



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

INGRID ANDRADE LIMA

**VALIDADE DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
ENFRENTAMENTO INEFICAZ PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Recife

2022

INGRID ANDRADE LIMA

**VALIDADE DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
ENFRENTAMENTO INEFICAZ PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

Linha de pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde no Diferentes Cenários do Cuidar.

Orientadora: Profa. Dra. Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli

Coorientadora: Profa. Dra. Suzana de Oliveira Mangueira

Recife

2022

Catálogo na Fonte
Bibliotecário: Rodrigo Leopoldino Cavalcanti I, CRB4-1855

L732v Lima, Ingrid Andrade.
Validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos / Ingrid Andrade Lima. – 2022.
159 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora : Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli.
Coorientadora : Suzana de Oliveira Manguiera.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, 2022.

Inclui referências, apêndices e anexo.

1. Diagnóstico de Enfermagem. 2. Educação em Saúde. 3. Adaptação Psicológica. 4. Oncologia. 5. Estudo de Validação. I. Perrelli, Jaqueline Galdino Albuquerque (Orientadora). II. Manguiera, Suzana de Oliveira (Coorientadora). III. Título.

610.7 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2023-089)

INGRID ANDRADE LIMA

**VALIDADE DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
ENFRENTAMENTO INEFICAZ PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

Aprovada em: 16/12/2022

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Magaly Bushatsky (Examinadora Externa)
Universidade de Pernambuco

A Deus, sempre, toda honra e toda glória a ti.

Ao meu anjo, minha avó Djanira (*in memoriam*).

Aos meus tesouros, meus pais, Ozielita Andrade e Luiz Antônio, por todo amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, minha rocha inabalável, por todas as bênçãos derramadas sobre mim, por sempre ser a minha força e a minha esperança.

A minha avó **Djanira** (*in memoriam*), minha inspiração, agradeço pelas orações e pela maior e mais bela herança: a fé.

A meus pais, **Ozielita Andrade e Luiz Antônio**, que são a minha vida, agradeço pelo amor, carinho, apoio incondicional, pela torcida, incentivo, por acreditarem em mim até mesmo quando nem eu mesma acreditava. Não conseguiria sem vocês. Essa vitória é nossa!

A meu irmão, **Igor**, por ser meu amigo e confidente, agradeço por todo amor, pelos momentos de alegria e apoio diário.

A meu amor, **Erivelton**, por todo incentivo, pela compreensão nos momentos de ausência e por acreditar sempre em mim.

A **Benji, Vivi e Minnie**, por me darem a patinha e pela companhia.

A **todos os meus familiares** que, de algum modo, torceram por mim e estiveram dispostos a ajudar nas circunstâncias adversas.

A **meus amigos**, tantos que não ousou citar. Porém jamais poderiam deixar de estar aqui e em meu coração.

A minha chefe **Mirella**, pela paciência e por me incentivar nessa jornada.

A todos do **Ambulatório de Oncologia IMIP** pelo apoio e torcida.

A **meus irmãos acadêmicos**, pela cooperação e compartilhamento de sonhos e conquistas. Um agradecimento especial a Rafaella Tenório, Caroline Cavalcanti, Suelayne Santana e Gabrielle Pessôa pela torcida e por terem compartilhado tanto comigo.

A minhas orientadoras, **Prof.^a Dr.^a Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli e Prof.^a Dr.^a Suzana de Oliveira Mangueira**, a quem eu devo parcela significativa dessa conquista. Obrigada! Agradeço pela dedicação, confiança, disponibilidade, pelos valiosos ensinamentos e pelas “broncas” que foram preciosas para o meu crescimento.

Aos **juízes** que dedicaram seu tempo à validade de conteúdo desse diagnóstico. Suas contribuições foram de grande relevância.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE**, pela oportunidade e pelo compromisso na formação de mestres e doutores diferenciados.

A **todos os funcionários e professores do Departamento de Enfermagem**, pelo carinho e apoio durante esta trajetória.

Aos **membros das bancas de qualificação e defesa**, por todas as contribuições e

sugestões para o aprimoramento desta dissertação.

Por fim, **agradeço a todos** que, mencionados ou não, contribuíram direta ou indiretamente para essa conquista. É uma imensa satisfação apresentar aqui os resultados da minha trajetória durante o mestrado. **Gratidão!**

“O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem” (ROSA, 2001, p. 334).

RESUMO

O cuidado de enfermagem ao paciente oncológico deve considerar as diversas formas de enfrentamento adotadas para lidar com o adoecimento, além da multidimensionalidade humana, subjetividades e inter-relações. A identificação de qualquer alteração na capacidade de enfrentamento do paciente oncológico pode subsidiar a adoção de intervenções de enfermagem, na perspectiva da educação em saúde, direcionadas para aprimorar as estratégias de enfrentamento no contexto do câncer. Assim, a taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA – I apresenta o diagnóstico “Enfrentamento ineficaz” como um fenômeno de atuação do enfermeiro que necessita de refinamento para atender as necessidades dessa população. Dessa forma, esta pesquisa teve como objetivo investigar a validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “Enfrentamento ineficaz” para pacientes oncológicos, construído a partir de uma teoria de médio alcance. Trata-se de um estudo metodológico, realizado em duas etapas: validade teórico-causal e validade de conteúdo por juízes. Na primeira etapa, foi elaborada uma teoria de médio alcance com a identificação dos atributos, dos antecedentes e consequentes do diagnóstico, pictograma, proposições e relações causais. A construção dessa etapa foi ancorada em uma revisão integrativa e no modelo teórico de adaptação de Sister Callista Roy, que também subsidiaram a elaboração das definições conceituais e operacionais dos indicadores do diagnóstico em estudo. A segunda etapa foi realizada com 60 juízes enfermeiros, com diferentes níveis de expertise, que avaliaram a adequabilidade dos seguintes elementos do diagnóstico: rótulo, definição, domínio, classe, definições conceituais e operacionais. Ademais, as características definidoras, os fatores relacionados, a população em risco e as condições associadas foram avaliadas quanto a sua relevância para o diagnóstico “Enfrentamento ineficaz”. Para essas avaliações, foi utilizada uma escala likert de cinco pontos. Os dados obtidos foram organizados em uma planilha e analisados com o auxílio do programa SPSS, versão 21.0, e do software R, versão 3.2.0. Foi calculado o índice de validade de conteúdo (IVC), ponderado pelo nível de expertise dos juízes, medianas e seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%. O elemento foi considerado válido quando apresentou mediana de $IVC \geq 0,80$, no IC. A pesquisa atendeu à resolução nº 466/12 CNS/MS e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFPE, sob CAAE nº: 5 6901422.6.0000.5208 e parecer nº: 5.412.382. A definição diagnóstica elaborada a partir da teoria de médio alcance foi considerada mais adequada para o fenômeno do estudo. O domínio e a classe mais apropriados foram, respectivamente, enfrentamento/tolerância ao estresse e respostas de

enfrentamento, em conformidade com a taxonomia NANDA – I. Em relação aos indicadores diagnósticos, 22 antecedentes/estímulos e 14 consequentes/comportamentos foram considerados relevantes ($IVC \geq 0,8$, no IC). A validade de conteúdo do diagnóstico “Enfrentamento ineficaz” apresentou elementos diagnósticos relevantes que corroboram com o aperfeiçoamento de tal diagnóstico e de seus componentes. Dessa forma, sugere-se que os resultados deste estudo sejam submetidos à validação clínica em população específica, a fim de contribuir para uma assistência segura e implementação de ações de educação em saúde, que ressaltem o protagonismo do paciente e o auxílio no enfrentamento do câncer.

Palavras-chave: diagnóstico de enfermagem; educação em saúde; adaptação psicológica; oncologia; estudos de validação.

ABSTRACT

Nursing care for cancer patients must consider the different forms of coping adopted to deal with the illness, in addition to human multidimensionality, subjectivities and interrelationships. The identification of any alteration in the cancer patient's coping capacity can support the adoption of nursing interventions, from the perspective of health education, aimed at improving coping strategies in the context of cancer. In this sense, the NANDA – I taxonomy of nursing diagnoses presents the diagnosis of Ineffective Coping as a phenomenon of nursing performance that needs refinement to meet the needs of this population. Thus, this research aimed to investigate the content validity of the nursing diagnosis Ineffective Coping for cancer patients, constructed from a Medium-Range Theory. This is a methodological study carried out in two stages: theoretical-causal validity and content validity by judges. For the first stage, a Medium Range Theory was elaborated with the identification of attributes, antecedents and consequences of the diagnosis, pictogram, propositions and causal relationships. The construction of these steps was anchored in an integrative review and in the theoretical model of Adaptation by Sister Callista Roy, which also supported the elaboration of conceptual and operational definitions of the indicators of the diagnosis under study. The second stage was carried out with 60 judges, nurses with different levels of expertise, who evaluated the adequacy of the following elements of the diagnosis: label, definition, domain, class, and conceptual and operational definitions. In addition, defining characteristics, related factors, population at risk and associated conditions were evaluated for their relevance to the Ineffective Coping diagnosis. For these assessments, a five-point Likert scale was used. The data obtained were organized in a spreadsheet and analyzed using SPSS version 21.0 and R software version 3.2.0. Content Validity Index (CVI) was calculated, weighted by the level of expertise of the judges, medians and their respective Confidence Intervals (CI) of 95%. Thus, the element was considered valid when it presented a median $CVI \geq 0.80$ in the CI. The research complied with resolution 466/12 CNS/MS and was approved by the Ethics Committee for Research with Human Beings at UFPE, under CAAE nº: 5 6901422.6.0000.5208 and opinion nº: 5.412.382. The diagnostic definition elaborated from the TMA was considered more adequate for the study phenomenon. The most appropriate domain and class were, respectively, Coping/stress tolerance and Coping responses, in accordance with the NANDA Taxonomy - I. For diagnostic indicators, twenty-two antecedents/stimuli and fourteen consequents/behaviors were considered relevant ($CVI \geq 0.8$ in CI). The content validity of the Ineffective Coping diagnosis presented relevant diagnostic elements that corroborate the improvement of such diagnosis and

its components. Thus, it is suggested that the results of this study be submitted to clinical validation in a specific population, in order to contribute to safe care and the implementation of health education actions that emphasize the role of the patient and help him in coping with cancer.

Keywords: nursing diagnosis; health education; adaptation psychological; oncology; validation studies

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 — Fluxograma com as etapas para realização da pesquisa. Recife, Pernambuco, 2022.....39
- Figura 2 — Pictograma com a inter-relação dos conceitos do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022.....65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 —	Descrição das pontuações utilizadas pelos juízes para julgamento dos itens e definições conceituais e operacionais. Recife, Pernambuco, 2022.....	45
Quadro 2 —	Atributos essenciais do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022.....	48
Quadro 3 —	Antecedentes/Estímulos do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022.....	48
Quadro 4 —	Consequentes/Comportamentos do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022.....	49
Quadro 5 —	Definições conceituais e operacionais dos antecedentes/estímulos do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022.....	50
Quadro 6 —	Definições conceituais e operacionais dos consequentes/comportamentos do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022.....	58
Quadro 7 —	Proposições com a inter-relação dos conceitos da Teoria de Médio Alcance do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022.....	68
Quadro 8 —	Equivalência entre os termos descritos na NANDA – I e os componentes do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos a partir da Teoria de Médio Alcance.....	72
Quadro 9 —	Proposta de nova estrutura para o diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos, após avaliação de conteúdo pelos juízes. Recife, Pernambuco, 2022.....	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 —	Parâmetros para classificação dos juízes quanto ao nível de expertise. Recife, Pernambuco, 2022.....	43
Tabela 2 —	Caracterização dos juízes participantes do processo de validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos (n=60). Recife, Pernambuco, 2022.....	75
Tabela 3 —	Avaliação dos juízes quanto à adequabilidade do rótulo, definição, domínio e classe do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos (n=60). Recife, Pernambuco, 2022.....	78
Tabela 4 —	Validade de conteúdo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos (n=60). Recife, Pernambuco, 2022.....	78
Tabela 5 —	Validade de conteúdo das definições conceituais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos (n=60). Recife, Pernambuco, 2022.....	79
Tabela 6 —	Validade de conteúdo das definições operacionais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos (n=60). Recife, Pernambuco, 2022.....	80
Tabela 7 —	Validade de conteúdo dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos (n=60). Recife, Pernambuco, 2022.....	81
Tabela 8 —	Validade de conteúdo das definições conceituais dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos (n=60). Recife, Pernambuco, 2022.....	82
Tabela 9 —	Validade de conteúdo das definições operacionais dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos (n=60). Recife, Pernambuco, 2022.....	83
Tabela 10 —	Validade de conteúdo das condições associadas do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos (n=60). Recife, Pernambuco, 2022.....	84
Tabela 11 —	Validade de conteúdo da população em risco do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos (n=60). Recife, Pernambuco, 2022.....	84

LISTA DE SIGLAS

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CD	Características definidoras
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DCV	Validade de Conteúdo Diagnóstico
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EI	Enfrentamento Ineficaz
FR	Fatores relacionados
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde
MACR	Modelo de Adaptação de <i>Sister Callista Roy</i>
MEDLINE/PubMed	<i>National Library of Medicine and National Institutes of Health</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
NANDA – I	<i>NANDA – International</i>
PE	Processo de Enfermagem
PNCC	Programa Nacional de Combate ao Câncer
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
OBS	Observação
RAYYAN QCRI	<i>Rayyan Qatar Computing Research Institute</i>
RI	Revisão Integrativa
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMA	Teoria de Médio Alcance
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	OBJETIVOS.....	23
2.1	OBJETIVO GERAL.....	23
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
3	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	24
3.1	O CÂNCER E O ENFRENTAMENTO.....	24
3.2	ENFERMAGEM ONCOLÓGICA E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	28
3.3	TEORIA DE MÉDIO ALCANCE COMO BASE PARA A VALIDADE DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM.....	30
3.4	MODELO DE ADAPTAÇÃO DE <i>SISTER</i> CALLISTA ROY.....	35
4	MÉTODO.....	39
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	39
4.2	PRIMEIRA ETAPA: VALIDADE TEÓRICO-CAUSAL.....	40
4.3	SEGUNDA ETAPA: VALIDADE DE CONTEÚDO.....	42
4.3.1	População, amostra e amostragem.....	42
4.3.2	Instrumento de coleta de dados.....	44
4.3.3	Procedimento para coleta de dados.....	45
4.3.4	Análise e organização dos dados.....	46
4.3.5	Aspectos Éticos.....	46
5	RESULTADOS.....	48
5.1	VALIDADE TEÓRICO-CAUSAL.....	48
5.1.1	Definição dos conceitos principais da TMA.....	48
5.1.2	Desenvolvimento de um esquema pictorial da TMA.....	64
5.1.2.1	Metamorfose das borboletas com demonstração do ciclo de vida e a sua relação com a oncologia.....	66
5.1.2.2	Esquema pictorial da metamorfose e a equivalência com o Modelo de Adaptação de <i>Sister</i> Callista Roy (MACR).....	67
5.1.3	Construção das proposições da TMA.....	67
5.1.4	Estabelecimento das relações de causalidade e de evidências para a prática.....	69
5.2	EQUIVALÊNCIA ENTRE OS ELEMENTOS DA TMA E OS COMPONENTES DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ENFRENTAMENTO INEFICAZ PROPOSTOS PELA NANDA – I.....	70

5.3	VALIDADE DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ENFRENTAMENTO INEFICAZ PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS.....	74
6	DISCUSSÃO.....	86
6.1	A CONSTRUÇÃO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE.....	86
6.2	O PERFIL DOS JUÍZES AVALIADORES DO FENÔMENO DO ENFRENTAMENTO INEFICAZ.....	87
6.3	ANÁLISE DA DEFINIÇÃO, RÓTULO/TÍTULO, DOMÍNIO E CLASSE DO FENÔMENO DO ENFRENTAMENTO INEFICAZ.....	89
6.4	ANÁLISE DOS ANTECEDENTES/ ESTÍMULOS DO FENÔMENO DO ENFRENTAMENTO INEFICAZ.....	89
6.5	ANÁLISE DOS CONSEQUENTES/ COMPORTAMENTOS DO FENÔMENO DO ENFRENTAMENTO INEFICAZ.....	92
7	CONCLUSÃO.....	97
	REFERÊNCIAS.....	99
	APÊNDICE A – CARTA CONVITE AOS JUÍZES.....	116
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – JUÍZES.....	117
	APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA VALIDADE DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ENFRENTAMENTO INEFICAZ PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS.....	120
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	154

1 INTRODUÇÃO

O câncer é caracterizado como uma doença crônico-degenerativa, resultante do crescimento anormal e desordenado de células, que podem atingir tecidos e órgãos distantes do local de origem. Além disso, configura-se como um grave problema de saúde pública, com considerável amplitude epidemiológica no Brasil e no mundo, sendo uma das quatro principais causas de morte prematura, antes dos 70 anos de idade, na maioria dos países. Em todo mundo, são esperados 28,4 milhões de novos casos de câncer em 2040, um aumento de aproximadamente 47% em relação a 2020 (BRAY et. al, 2018; OLIVEIRA; REIS; SILVA., 2018; SUNG et al., 2021).

No cenário brasileiro, a estimativa para cada ano do triênio 2023-2025 aponta que ocorrerão 704 mil casos novos de câncer (70% dos diagnósticos projetados para as regiões Sul e Sudeste do país). O câncer de pele não melanoma será o mais incidente (31,3% do total de casos), seguido pelos de mama feminina (10,5%), próstata (10,2%), cólon e reto (6,5%), pulmão (4,6%) e estômago (3,1%) (BRASIL, 2022a).

O aumento da incidência e da mortalidade por câncer no mundo pode ser justificado pelo crescimento e envelhecimento populacional, assim como pelas mudanças na distribuição e na prevalência dos fatores de risco, intimamente relacionados ao desenvolvimento socioeconômico. Dessa forma, observa-se uma transição dos principais tipos de câncer, com um declínio daqueles associados a infecções e um aumento dos associados a melhoria das condições sociais e econômicas, acrescidas dos hábitos e atitudes relacionadas com a urbanização (BRAY et al., 2018; BRASIL, 2020).

Em relação ao diagnóstico do câncer, além da sintomatologia física, como náuseas, vômitos, menor capacidade funcional e dor, o paciente é colocado perante uma situação de alta ameaça e morbidade e, na maioria dos casos, relacionada a um grande impacto e sofrimento emocional, que é proporcional ao avançar da doença (SILVA et. al., 2016; BRASIL, 2022b). É importante ressaltar que essas condições repercutem no bem-estar e na construção das estratégias de enfrentamento dos pacientes e familiares.

Nesse âmbito, o enfrentamento, ou *coping*, consiste em um conjunto de estratégias elaboradas pelo indivíduo, para lidar com uma ameaça iminente ou evento estressor, que se relaciona a uma sobrecarga das suas habilidades cognitivas e comportamentais. Diante da doença oncológica, diferentes comportamentos podem ser adotados pelos pacientes, visto que alguns utilizam estratégias com foco na emoção, enquanto outros podem concentrar o foco no problema (MATTOS et. al., 2016; DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019).

As estratégias de enfrentamento centradas na emoção caracterizam-se pela presença de um esforço significativo para regulação da resposta emocional relacionada ao evento estressor. Por outro lado, nas estratégias focadas no problema, são observadas respostas concretas à situação desencadeadora do estresse, sendo realizada uma análise dessa situação, para que formas de resolvê-la sejam construídas (MATTOS et. al., 2016; DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019).

Desse modo, a compreensão das estratégias, demonstradas por comportamentos positivos ou por sentimentos de negação da situação, merecem destaque, pois, no que se refere ao paciente oncológico, podem ter relação direta com a mobilização de recursos para lidar com o estresse decorrente da doença oncológica (SILVA; MISSIATTO; FEITOSA, 2020).

A análise de comportamentos faz parte da atuação da enfermagem, que deve considerar a multidimensionalidade humana, subjetividades e as inter-relações, a fim de que um cuidado integral seja realizado, independentemente da terapêutica oncológica empregada, já que o paciente oncológico demanda uma assistência especializada, para minimizar complicações e favorecer a qualidade de vida (PEITER, et. al., 2016).

Por meio da troca de saberes, o enfermeiro com ações de educação em saúde possibilita que o paciente participe ativamente de seu tratamento, além de favorecer a mobilização de recursos de enfrentamento diante do diagnóstico do câncer, assim como dos desconfortos relacionados à sintomatologia da doença e toxicidades relacionadas à terapêutica (SILVA, et. al., 2018). Nesse processo, o enfermeiro tem um papel fundamental junto à equipe interdisciplinar, para a identificação das necessidades de cada paciente, e deve buscar, por meio de uma postura acolhedora e humanizada, minimizar o sofrimento emocional e físico, a fim de ressaltar o protagonismo do paciente no enfrentamento da doença (OLIVEIRA et. al., 2018).

No cuidado aos pacientes oncológicos, o enfrentamento da doença consiste em uma meta a ser alcançada e, quando há uma alteração na obtenção desse objetivo, identifica-se um diagnóstico de enfermagem, etapa primordial do processo de enfermagem. O processo de enfermagem (PE) tem a finalidade de orientar a assistência, por ser iniciado com a coleta de dados, seguida das etapas do diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. Na etapa do diagnóstico de enfermagem (DE), é realizado um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos da vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade (HERDMAN; KAMITSURO; LOPES, 2021).

Entre as classificações utilizadas para elencar diagnósticos de enfermagem, a NANDA International (NANDA – I) é uma taxonomia que oferece uma maneira de classificar e categorizar áreas de preocupação de um enfermeiro. Em sua versão 2021-2023, organiza os 267

diagnósticos de enfermagem em domínios e classes. A NANDA – I define o DE “Enfrentamento ineficaz” (00069) como um padrão de avaliação inválida de estressores, com esforços cognitivos e/ou comportamentais, que falha em controlar as demandas relativas ao bem-estar. Esse diagnóstico se encontra no domínio “enfrentamento/tolerância ao estresse” e na classe ‘respostas de enfrentamento’ e possui 20 características definidoras (CD): abuso de substâncias, acesso insuficiente a apoio social, alteração na concentração, alteração no padrão de sono, comportamento de assumir riscos, comportamento destrutivo em relação a si mesmo, comportamento destrutivo em relação aos outros, comportamento voltado a metas insuficiente, dificuldade para organizar informações, doença frequente, estratégias de enfrentamento ineficazes, fadiga, habilidades insuficientes para a solução de problemas, incapacidade de atender às expectativas do papel, incapacidade de lidar com uma situação, incapacidade de pedir ajuda, incapacidade de satisfazer às necessidades básicas, incapacidade de seguir informações, mudança no padrão de comunicação e resolução insuficiente de problemas (HERDMAN; KAMITSURO; LOPES, 2021).

O DE “Enfrentamento ineficaz” também é composto por nove fatores relacionados (FR) (alto grau de ameaça, apoio social insuficiente, avaliação imprecisa de ameaças, confiança inadequada na capacidade de lidar com uma situação, estratégias ineficazes para alívio de tensão, incapacidade de conservar energias adaptativas, oportunidade inadequada de preparar-se para estressores, recursos inadequados e sensação de controle insuficiente) e duas populações em risco (crise maturacional e crise situacional) (HERDMAN; KAMITSURO; LOPES, 2021).

O fenômeno do enfrentamento ineficaz se encontra presente nos pacientes oncológicos (AKECHI et. al., 2002; TROMP et. al., 2004; PIMENTEL, et. al., 2019) e, segundo a versão 2021-2023 da taxonomia da NANDA – I, consiste em um dos diagnósticos que necessitam de validade para assegurar uma terminologia que busca legitimar a prática profissional com base em evidências, pois, caso contrário, será retirado da próxima edição da taxonomia, a menos que trabalhos adicionais sejam realizados para elevá-lo a um nível de evidência 2.1 ou superior (HERDMAN; KAMITSURO; LOPES, 2021).

A realização de pesquisas de validade dos diagnósticos de enfermagem tem a finalidade de aperfeiçoar a capacidade de reconhecimento do fenômeno de enfermagem. Dentre os diversos métodos para validade de DE, destaca-se a validade de conteúdo diagnóstico (*Diagnostic Content Validation – DCV*), caracterizada, primeiramente, pela realização de uma análise teórica, sendo recomendada a construção de uma teoria de médio alcance (TMA), na qual são levantados os achados relacionados ao diagnóstico e seus componentes, assim como novos conceitos e definições. Em seguida, em uma segunda etapa, são obtidas as opiniões de

juízes ou profissionais especializados na temática em questão, para validade do conteúdo identificado na etapa anterior. E por último, em uma terceira etapa, a validade clínica, que consiste na verificação da precisão e qualidade dos indicadores clínicos (LOPES; SILVA, 2016; LOPES; SILVA; HERDMAN, 2017).

Na construção da TMA, um modelo conceitual deve ser utilizado para embasar a explicação dos elementos e fenômenos relacionados à prática e a pesquisa no âmbito da enfermagem (DENADAI et al., 2020). Dessa forma, a elaboração da TMA, relacionada com a validade do DE “Enfrentamento ineficaz” para pacientes oncológicos, foi fundamentada no Modelo de Adaptação de *Sister Callista Roy* (MACR) (ROY, 2009).

O MACR foi selecionado considerando as diferentes mudanças que o paciente oncológico enfrenta diante do diagnóstico e da terapêutica, o que repercute na elaboração de mecanismos de adaptação a tal situação. No MACR, o indivíduo é compreendido como um sistema adaptativo holístico, de natureza biopsicossocial, em interação contínua com o ambiente, por meio de estímulos (entradas) e comportamentos (saídas/respostas). Os comportamentos que ocorrem, resultantes dos estímulos, podem ser caracterizados como adaptativos ou ineficientes (ROY, 2009).

Para o MACR, a forma com que o indivíduo responde aos estímulos irá caracterizar os comportamentos e refletir o uso dos mecanismos de enfrentamento (ROY, 2009). Diante disso, por meio da observação das respostas da pessoa perante uma situação estressora, como a doença oncológica, a enfermagem pode direcionar ações, com vistas a promover a adaptação, utilizando a interação do indivíduo com o ambiente como fator para promoção da saúde.

Validar o conteúdo do DE “Enfrentamento Ineficaz” para pacientes oncológicos, além de corroborar com a qualificação da assistência em saúde e o processo de cuidar, por meio da educação em saúde, consiste na apresentação de indicadores diagnósticos aos enfermeiros, de forma a subsidiar a prática profissional baseada em evidências. Dessa forma, se faz necessária a permanência do DE “Enfrentamento Ineficaz” na taxonomia da NANDA – I, pois estudos indicam a necessidade de identificar os fatores que podem influenciar na dificuldade de adesão e seguimento dos pacientes oncológicos à terapêutica, assim como a construção de estratégias que proporcionem intervenções eficazes em tempo oportuno e capacitem o paciente a elaborar estratégias de enfrentamento, diante do estresse advindo com diagnóstico do câncer (RIM et. al., 2017; TESTON, et. al., 2018).

Vale ressaltar que a realização deste estudo busca contribuir com as pesquisas relacionadas à enfermagem oncológica e estudos de validade diagnóstica, assim como se pretende elevar o nível de evidência do DE “Enfrentamento Ineficaz”, a partir do envio dos

resultados para a NANDA – I. Diante disso, este estudo tem como questão de pesquisa: quais as evidências de validade de conteúdo dos elementos do diagnóstico de enfermagem “Enfrentamento ineficaz”, construídos a partir de uma TMA, em pacientes oncológicos?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar evidências de validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos, construído a partir da Teoria de Médio Alcance (TMA).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver uma TMA sobre o Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos;
- Realizar a equivalência dos elementos da TMA com os componentes do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz propostos pela NANDA – I;
- Verificar com juízes a relevância e a adequabilidade da estrutura diagnóstica construída (definição, fatores relacionados, características definidoras, populações em risco e condições associadas) para o diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Nesta seção, foram abordadas as seguintes temáticas: o câncer e o enfrentamento; enfermagem oncológica e a educação em saúde; teoria de médio alcance como base para a validade do diagnóstico de enfermagem; e o Modelo de Adaptação de *Sister Callista Roy*.

3.1 O CÂNCER E O ENFRENTAMENTO

Os tecidos do corpo humano são formados a partir da multiplicação de “células normais”, por meio de um processo natural, controlado, ordenado e contínuo. Desse modo, a proliferação celular não implica necessariamente em presença de malignidade, pois responde às necessidades específicas do corpo. Porém, o crescimento das células cancerosas é diferente do crescimento das células normais, pois as células dividem-se de forma rápida, agressiva e incontrolável, espalham-se para outras regiões do corpo e acarretam o transtorno funcional, o câncer. Dessa forma, o câncer abrange um conjunto de mais de cem doenças, e caracteriza-se pela multicausalidade, assim como pela perda do controle da divisão celular e pela capacidade de invadir outras estruturas orgânicas (SOUZA; GALLON, 2017; BRASIL, 2020).

Os fatores de risco podem ser encontrados no ambiente físico, como o ocupacional, ser herdados ou representar comportamentos ou costumes próprios de um determinado ambiente social e cultural. Vale destacar que cerca de um terço dos casos pode ser evitado apenas controlando os fatores determinantes de sua ocorrência, por se configurarem como fatores modificáveis, dentre eles: estilos inadequados de vida, inatividade física, sedentarismo, obesidade, uso do álcool, alimentação inadequada, tabagismo, prática de sexo sem proteção, exposição excessiva à radiação solar, entre outros (BRASIL, 2020; BRASIL, 2021a).

O câncer é compreendido como neoplasia maligna ou tumor maligno, o qual, por meio de um processo denominado carcinogênese, caracterizado pelas mutações celulares, manifesta um maior grau de autonomia e capacidade de invadir tecidos adjacentes. Em relação a sua localização, o câncer pode ser classificado – com exceção dos cânceres hematológicos – em câncer não invasivo ou carcinoma *in situ*, que consiste no primeiro estágio, no qual as células cancerosas estão somente na camada de tecido de origem. Nessa fase, a maioria tem chance de cura, pois as células cancerosas ainda não invadiram as outras camadas celulares dos órgãos de origem ou se disseminaram pela via sanguínea ou linfática. Quando isso ocorre, classifica-se como câncer invasivo. Essa disseminação, que ocasiona novos focos de doença, configura-se

como metástase (BRASIL, 2020).

No âmbito da saúde pública, a partir da década de 1960, foi percebida a relevância social dessa problemática e a necessidade de construção de ações de prevenção, educação em saúde, diagnóstico e tratamento. Entre as ações para controlar o câncer, se destacou a criação do Programa Nacional de Combate do Câncer (PNCC), com objetivo de coordenar as ações referentes à doença em todo o país (TEIXEIRA, et al., 2007). Outro avanço, na atenção a essa temática no Brasil, consistiu na implementação da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando contribuir para uma melhor qualidade de vida das pessoas com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013^a; BRASIL, 2020).

Ainda nesse contexto, avanços em relação ao prazo para o início do tratamento também foram implementados. Inicialmente, foi promulgada a Lei nº 12.732/12, que previa um prazo de 60 dias para início do tratamento de pacientes diagnosticados com câncer, no SUS (BRASIL, 2012), sendo substituída posteriormente pela Lei nº 13.896/19, que estabelece que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, a fim de otimizar o diagnóstico e início da terapêutica oncológica (BRASIL, 2019).

Nos últimos anos, observa-se, no Brasil, um conjunto de transformações demográficas, sociais e econômicas, que engloba aspectos como: a elevação da morbimortalidade pelas doenças e agravos não transmissíveis e pelas causas externas; o deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para grupos mais idosos; e a transformação de uma situação em que a morbidade predomina sobre a mortalidade, com impacto para o sistema de saúde. As estimativas apontam que, no cenário brasileiro, o número de casos novos de câncer cresce a cada ano (BRASIL, 2022a).

O conhecimento das estimativas de câncer permite a elaboração das ações para controle dos diferentes tipos de câncer, assim como um melhor planejamento do cuidado ofertado para prevenção e controle do câncer na população. Dentre os cânceres mais incidentes na população brasileira, estão os cânceres de mama feminina, próstata, cólon e reto, pulmão e estômago. Em homens, o câncer de próstata é predominante em todas as regiões, totalizando 72 mil casos novos estimados a cada ano do próximo triênio (2023-2025), atrás apenas do câncer de pele não melanoma. Nas regiões de maior índice de desenvolvimento humano (IDH), os tumores malignos de cólon e reto ocupam a segunda ou a terceira posição. Já nas regiões de menor IDH, o câncer de estômago é o segundo ou o terceiro mais frequente, entre a população masculina (BRASIL, 2020; BRASIL, 2022a).

Entre as mulheres, o câncer de mama é o mais incidente (depois do de pele não melanoma), com 74 mil casos novos previstos por ano até 2025. Em seguida, nas regiões mais desenvolvidas, vem o câncer colorretal; e nas de menor IDH, o câncer do colo do útero ocupa essa posição (BRASIL, 2020; BRASIL, 2022a).

Vale ressaltar que a detecção precoce é fundamental para melhores chances de tratamento e possibilidade de cura. Além disso, as pesquisas relacionadas ao entendimento das anomalias genéticas e o comportamento das células tumorais possibilitaram o surgimento de diferentes modalidades de tratamento, que objetivam, além da cura, o prolongamento e a melhora da qualidade de vida. As principais formas de tratamento consistem na cirurgia, radioterapia e quimioterapia, as quais podem ser usadas de forma isolada ou combinadas (BRASIL, 2020).

Os estudos em relação às modalidades terapêuticas possibilitaram o desenvolvimento do campo da imuno-oncologia, no qual estão inseridas as imunoterapias, que agem na identificação de antígenos específicos dos tumores para tornar a terapia direcionada e ocasionar menos toxicidades, sendo, no momento, a modalidade mais promissora para o tratamento do câncer (FREIRE, 2019; TAVARES et al, 2021).

Ainda que diferentes avanços em relação ao diagnóstico e as modalidades de tratamento oncológico tenham sido desenvolvidos, é importante observar a presença e o impacto dos desconfortos relacionados à terapêutica ou a sintomatologia da doença, visto que levam ao surgimento de diferentes emoções e influenciam o processo de enfrentamento do câncer (MATHIAS et al., 2022). Um estudo realizado com 1.156 pacientes, em diferentes serviços oncológicos, verificou que fatores como dor, ansiedade, medo, depressão e incerteza em relação ao prognóstico influenciaram a forma de enfrentamento da doença, assim como a qualidade de vida ao longo do tratamento, o que ressalta a necessidade de compreensão dos fatores de suporte ao paciente, durante a terapia oncológica (RIM et al., 2017).

A relação do diagnóstico do câncer com sentimentos de incerteza, angústia, medo, estigma social de doença incurável e a possibilidade da morte (CAPELLO et al., 2012; LIMA et al., 2012; TESTON, et al., 2018) corrobora com a ampliação de sentimentos desagradáveis e a complexidade do enfrentamento da doença, que resulta em impactos negativos em relação ao lidar com o diagnóstico e suas consequências, tanto para o paciente, levando a mudanças no padrão de comportamento e autoestima, quanto para os seus familiares e amigos (SILVA et al., 2011; LEITE et al., 2015).

A discussão sobre o enfrentamento permeia várias áreas do conhecimento. Dentro do âmbito da psicologia, se relaciona com a forma com que a pessoa se adapta às diversas fases do

desenvolvimento e as situações potencializadoras de estresse (NASCIMENTO; NUNES, 2011). Dentre as abordagens teóricas mais utilizadas para conceituar o *coping*, ou estratégias de enfrentamento, está a proposta por Lazarus e Folkman, que considera aspectos simbólicos e o contexto no qual a pessoa está inserida, sendo o enfrentamento definido como os esforços cognitivos e comportamentais que o sujeito utiliza com o intuito de manejar demandas estressantes internas e externas (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Vale destacar que as estratégias de enfrentamento são dinâmicas, pois, diante de uma situação de estresse, a pessoa pode utilizar diferentes estratégias que podem modificar, de acordo com a interação, com o ambiente, com o domínio sobre a situação estressora, a interpretação do fenômeno e as demandas advindas com o evento estressor (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

As estratégias de enfrentamento podem ser categorizadas de acordo com o foco no problema ou centradas na emoção, utilizadas de forma simultânea ou não, a depender do contexto, da aceitação do diagnóstico, do tratamento, entre outras variáveis. As estratégias focadas no problema são consideradas ativas, por levarem a aproximação da situação estressora como forma de buscar soluções para tal. Já as estratégias centradas na emoção podem se relacionar com atitudes de distanciamento do evento estressor, se conectado à ideia de que não há como modificar os fatores estressores (SANTOS, 2013; MATTOS et al., 2016). Também pode ser encontrado um terceiro tipo de estratégia de enfrentamento, centrado nas relações interpessoais, no qual a pessoa, para a superação do evento estressor, busca suporte social naqueles que fazem parte do seu círculo de convivência (DIAS; LEITE, 2014).

Alguns estudos categorizam as estratégias de enfrentamento em adaptativas ou mal adaptativas (FAISAL-CURY et. al., 2012; CAPELO; POCINHO, 2016), mas é importante ressaltar que o enfrentamento e as estratégias elaboradas devem ir além dessa questão. O *coping* deve ser sempre analisado considerando o contexto no qual a pessoa está inserida, a natureza do estressor, a disponibilidade de recursos para o enfrentamento e o resultado do esforço de enfrentamento, pois, a depender da situação, diferentes resultados podem ser apresentados (LAZARUS, 1966; LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

É importante considerar que, diante dos diferentes significados relacionados ao câncer, também se observa uma diversidade das estratégias de enfrentamento, por meio da mobilização de mecanismos da esfera pessoal, social e emocional, que podem se modificar ao longo do curso da doença oncológica (NUNES, 2010). A assistência de enfermagem proporciona o esclarecimento de anseios relacionados ao diagnóstico do câncer e a terapia, por meio da identificação dos sintomas, do grau de complexidade e das dificuldades relacionadas com o

enfrentamento da doença, de forma a viabilizar ferramentas que facilitem o lidar com evento estressante, mediante o desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento que irão repercutir na realização eficaz do tratamento e na qualidade de vida do paciente (SILVA; MOREIRA, 2018; TESTON, et. al., 2018).

Na prática profissional do enfermeiro, ao lidar com o paciente oncológico, é importante que seja implementado o processo de enfermagem para realização do cuidado, a partir da compreensão das necessidades e particularidades da pessoa, por meio da valorização das suas crenças, valores e esperanças, e o contexto no qual está inserida, a fim de levar à formulação de diagnósticos de enfermagem que predizem intervenções que irão auxiliar na elaboração de estratégias para o enfrentamento da doença, diminuição do sofrimento e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida e bem-estar.

3.2 ENFERMAGEM ONCOLÓGICA E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Diante da complexidade e das repercussões do tratamento oncológico na vida do paciente e de sua família, emerge a necessidade de formação e especialização de recursos humanos para a realização de um cuidado de enfermagem que proporcione uma assistência individualizada, com um suporte adequado (SILVA et. al., 2016; LIVEIRA; STANCATO; SILVA, 2018). O Estatuto da Pessoa com Câncer e a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS destacam a importância da qualificação dos profissionais envolvidos na assistência oncológica (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2021b).

Os cuidados de enfermagem ao paciente oncológico requerem intervenções que percorrem a pré-quimioterapia, a administração dos fármacos, o manejo dos sintomas adversos, as toxicidades e a sua prevenção; e transcendem o âmbito assistencial direto, como nas áreas gerenciais, de pesquisa e educacionais. Nesse contexto, a atuação educativa das intervenções de enfermagem constitui-se em uma importante ferramenta tanto para atendimento das demandas ao longo da terapêutica quanto para minimizar os impactos decorrentes do diagnóstico, por meio do auxílio ao paciente na elaboração das estratégias de enfrentamento (CAPTEIN et. al., 2017; OLIVEIRA et. al., 2019).

As ações educativas devem envolver estratégias interativas e adequadas às particularidades do paciente, como crenças e hábitos instituídos no cotidiano, e levar em consideração as necessidades relacionadas à doença oncológica, uma vez que o reconhecimento dessas especificidades pelo enfermeiro, em associação com a estratégia da comunicação efetiva,

facilita a criação do vínculo e da humanização do cuidado. Assim, a assistência de enfermagem ao paciente oncológico também contempla os aspectos emocionais, morais, cognitivos e intuitivos (ROECKER; NUNES; MARCON, 2013; SANTO et. al., 2013; MATOSO; ROSÁRIO; MATOSO, 2015).

A realização de ações educativas, em que há a valorização do conhecimento prévio do paciente e de sua família, favorece, além da empatia e formação do vínculo, a capacidade de adaptação às situações e sentimentos vivenciados ao longo da doença oncológica, como toxicidades, múltiplos sintomas, dor, medo, ansiedade, entre outros. Vale destacar que também se observa uma ampliação da capacidade de adesão, do comprometimento com a terapêutica e do protagonismo do paciente, quando as ações educativas de enfermagem valorizam o incentivo ao conhecimento do diagnóstico oncológico, do tratamento e as suas repercussões (SILVA et. al., 2021; CAPTEIN et. al., 2017; SANTO et. al., 2013).

Na realização do cuidado integral ao paciente e a família, é fundamental que a enfermagem reconheça a capacidade de enfrentamento dos envolvidos no processo de adoecimento, a fim de construir e adequar estratégias educativas que facilitem a compreensão das orientações e informações sobre a doença oncológica (VICENZI et. al., 2013; SILVA et. al., 2019). No contexto da promoção das ações e uso das tecnologias educativas, a interdisciplinaridade é vista como uma alternativa que amplia o progresso do cuidado oncológico, sobretudo quando composta por uma equipe integrada e humanizada, de modo que são otimizados os esforços para resultar em um efeito favorável à saúde e bem-estar do paciente (LOPES-JUNIOR; LIMA, 2019).

Para viabilizar a promoção das ações educativas, é indispensável destacar o papel da enfermagem na gestão dos fluxos e planejamento da assistência ao paciente oncológico, que também resulta em melhorias na qualidade do cuidado e na segurança do paciente. A enfermagem no âmbito oncológico também expressa as ações de educação em saúde, para auxiliar o paciente no enfrentamento e reconhecimento no seu processo de adoecer, por meio da produção de materiais didáticos, das consultas de enfermagem, do telemonitoramento e dos processos e tecnologias educacionais, como as relacionadas ao manejo dos sintomas e uso de recursos não-farmacológicos para melhora das toxicidades (SILVA et. al., 2021; SILVA et. al., 2019).

As ações educativas realizadas por enfermeiros para os pacientes oncológicos, além de favorecer a aprendizagem, troca de saberes e construção do vínculo paciente-família-profissional, possuem o potencial de proporcionar a construção do pensamento reflexivo sobre o contexto no qual se encontram e auxiliar na construção de estratégias adaptativas diante de

tal situação, a fim de contribuir para o alcance do bem-estar (ROSINI; SALUM, 2013).

3.3 TEORIA DE MÉDIO ALCANCE COMO BASE PARA A VALIDADE DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Na realização da assistência de enfermagem, o processo de enfermagem instrumentaliza o cuidado, por meio da organização, estrutura, planejamento e avaliação das ações realizadas (OLIVEIRA et. al., 2013). O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a partir da resolução nº 358/2009 – que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) – e a implementação do processo de enfermagem em instituições públicas e privadas, apresenta cinco etapas inter-relacionadas, que direcionam a prática profissional: investigação (histórico de saúde), diagnóstico de enfermagem (julgamento clínico das necessidades), planejamento (intervenções de enfermagem), implementação (prescrição de enfermagem) e avaliação (verificação da eficácia do plano de cuidados).

A elaboração dos diagnósticos de enfermagem ocorre por meio da análise e interpretação dos dados coletados na etapa da investigação, quando são identificadas as situações que devem receber as intervenções (POTTER; PERRY, 2013). Ao compreender que o enfermeiro lida com respostas a problemas e/ou condições de saúde e vida das pessoas, famílias e comunidades, um diagnóstico de enfermagem pode ser focado em um problema, estado de promoção de saúde ou um risco potencial (HERDMAN; KAMITSURO; LOPES, 2021).

Diagnóstico com foco no problema é definido como um julgamento clínico a respeito de uma resposta humana indesejável diante de condições de saúde ou processos de vida que existe em um indivíduo, família, grupo ou comunidade (HERDMAN; KMITSURU; LOPES, 2021). Diagnóstico de risco se refere ao julgamento clínico diante da suscetibilidade do indivíduo, família e comunidade, para o progresso de uma resposta humana indesejável a condições de saúde/processo de vida comunidade (HERDMAN; KMITSURU; LOPES, 2021). Por fim, diagnóstico de promoção da saúde é definido como julgamento clínico a partir de uma motivação ou desejo de elevar ou melhorar o bem-estar e alcançar o potencial humano de saúde (HERDMAN; KMITSURU; LOPES, 2021).

Essas respostas são expressas por uma disposição para melhorar comportamentos de saúde específicos e podem ser usadas em qualquer estado de saúde. No caso de pessoas incapazes de expressar sua própria disposição para melhorar comportamentos de saúde, o enfermeiro pode determinar a existência de uma condição para promoção da saúde e agir em

benefício do indivíduo. As respostas de promoção da saúde podem manifestar-se em um indivíduo, família, grupo ou comunidade (HERDMAN; KMITSURU; LOPES, 2021).

Os diagnósticos de enfermagem fazem parte de iniciativas organizadas, que buscam o desenvolvimento e a utilização de uma terminologia padronizada na prática de enfermagem (PEREIRA et. al., 2015). Dentre as classificações, uma das mais reconhecidas é a taxonomia da NANDA – I, que apresenta um sistema padronizado dos diagnósticos e fornece uma estrutura para aplicação desses diagnósticos na assistência (HERDMAN; KAMITSURO; LOPES, 2021). Essa taxonomia está em constante atualização, por meio de estudos que contribuem com a sua evolução e aperfeiçoamento e, conseqüentemente, com a garantia da qualidade do exercício profissional (BARROS, 2009).

Segundo a taxonomia da NANDA – I, o DE consiste em um "juízo clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos da vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta de um indivíduo, família, grupo ou uma comunidade". A partir desse juízo, os enfermeiros diagnosticam problemas de saúde, estados de risco e disposição para a promoção da saúde. É importante destacar que o DE deve ser claro no título e em sua definição, assim como os indicadores diagnósticos, que consistem em informações usadas para diagnosticar e diferenciar um diagnóstico do outro. Esses indicadores contemplam características definidoras e fatores relacionados e/ou fatores de risco (HERDMAN; KMITSURU; LOPES, 2021).

As características definidoras (CD) são indicadores/inferências observados, que se agrupam como manifestações de um diagnóstico. Por meio da observação realizada pelo enfermeiro, a identificação da presença de CD irá corroborar com a precisão do diagnóstico de enfermagem. Já os fatores relacionados (FR) consistem em um componente que integra todos os DE, com o foco no problema, e incluem etiologias, circunstâncias, influências que se relacionam com o DE, identificadas a partir da investigação realizada por meio do processo de enfermagem. Os fatores de risco são aqueles que aumentam a vulnerabilidade de indivíduos, famílias, grupos ou comunidades a um evento não saudável, seja de natureza ambiental, psicológica e/ou genética (HERDMAN; KMITSURU; LOPES, 2021).

Desde a edição da NANDA – I (2018-2020), foram inseridas duas novas categorias aos diagnósticos de enfermagem: as “populações em risco” e as “condições associadas”. A categoria “populações em risco” são grupos de pessoas que compartilham características que levam cada uma delas a ser suscetível a determinada resposta humana. E as “condições associadas” correspondem aos diagnósticos ou dispositivos médicos, lesões, procedimentos ou agentes farmacêuticos. Vale destacar que os enfermeiros não podem intervir de forma independente nessas condições e que ambas foram acrescentadas aos DE com a finalidade de

auxiliar os enfermeiros, por meio do julgamento clínico, a confirmar potenciais diagnósticos (HERDMAN; KMITSURU; LOPES, 2021).

Os DE da taxonomia da NANDA – I são construídos por meio de sistema multiaxial, composto por sete eixos inter-relacionados. Os eixos podem ser compreendidos como uma dimensão da resposta humana considerada no processo diagnóstico, sendo eles: eixo 1 – foco do diagnóstico; eixo 2 – sujeito do diagnóstico; eixo 3 – julgamento; eixo 4 – localização; eixo 5 – idade; eixo 6 – tempo; e eixo 7 – categoria do diagnóstico. O DE é constituído pela combinação de valores dos eixos 1, 2 e 3, sendo acrescidos, quando necessário, os valores dos demais eixos (HERDMAN; KMITSURU; LOPES, 2021).

A versão da taxonomia da NANDA – I (12ª edição – 2021/2023) é composta por 267 DE, organizados em 13 domínios e 47 classes que constituem áreas de preocupação para os enfermeiros. Os domínios compreendem “esferas de conhecimento”, sendo, posteriormente, divididos em classes que são agrupamentos com características comuns entre si. As classes apresentam os possíveis DE que poderão ser usados na prática clínica de acordo com a área de interesse. Segundo a taxonomia, os 13 domínios são: promoção da saúde; nutrição; eliminação e troca; atividade/repouso; percepção/cognição; autopercepção; papéis e relacionamentos; sexualidade; enfrentamento/tolerância ao estresse; princípios da vida; segurança/proteção; conforto; e crescimento/desenvolvimento (HERDMAN; KMITSURU; LOPES, 2021).

Neste estudo, dentre os diagnósticos, destaca-se o “Enfrentamento ineficaz” (00069), inserido no domínio “enfrentamento/ tolerância so estresse”, aprovado em 1978 e revisado em 1998, caracterizado como um dos 41 diagnósticos de enfermagem com necessidade de revisão e/ou validade, segundo a versão atualizada da taxonomia da NANDA – I (HERDMAN; KMITSURU; LOPES, 2021).

Os estudos de validade devem ser realizados com a finalidade de ressaltar a importância do pensamento crítico para a tomada de decisão dos enfermeiros, para favorecer a precisão do julgamento clínico e o aperfeiçoamento da comunicação e dos registros de enfermagem. A validade de um DE consiste em comprovar a sua importância e aplicação na assistência, por meio de indicadores clínicos de determinado evento e/ou condição clínica, de forma sistematizada. Para validade de um DE, se faz necessária a realização das seguintes etapas: análise de conceito, análise de conteúdo por juízes e a análise da acurácia de indicadores clínicos (LOPES; SILVA, 2016; HERDMAN; KMITSURU; LOPES, 2021).

Vale destacar que, diante de algumas limitações e entraves, relacionados aos modelos clássicos em processos de validade de diagnóstico de enfermagem, e a forma de análise dos elementos, com vistas a ampliar a relação da pesquisa com a prática, surgiu a necessidade de

uma nova abordagem para a validade do diagnóstico de enfermagem, composta pelas seguintes etapas: validade teórico-causal, baseada no desenvolvimento de teorias de médio alcance (TMA); validade de conteúdo, segundo a abordagem da sabedoria coletiva; e a validade clínica, com base em estudos epidemiológicos (LOPES; SILVA, 2016).

A teoria de médio alcance (TMA) é definida como a união dos conceitos sobre um determinado fenômeno de enfermagem com a inclusão de conceitos e proposições definidos empiricamente, de modo a viabilizar subsídios à pesquisa e a prática profissional, com a característica de ser menos abstrata que as grandes teorias (SMITH; LIEHR, 2008; ROY, 2013; LOPES; SILVA; HERDMAN, 2017).

Em relação aos tipos de TMA, são apresentados três tipos: a descritiva, a explicativa ou explanatória e a preditiva. A TMA descritiva corresponde à teoria mais básica, que descreve e/ou classifica um fenômeno, podendo envolver, portanto, apenas um conceito e apresentar as semelhanças pertinentes ao contexto no qual o fenômeno foi colocado. Na TMA do tipo explicativa ou explanatória, são consideradas as relações existentes entre vários conceitos, com a apresentação de justificativas e a forma como um conceito está associado a outro. No que se refere as TMA preditivas, são identificados os efeitos de um ou mais conceitos, a fim de descrever a forma como as mudanças ocorrem em um fenômeno, e ir além das explicações prévias para as relações causais entre os conceitos. Para este estudo, pretende-se realizar a TMA do tipo preditiva, por permitir estabelecer relações precisas de causa-efeito entre os conceitos (ROY, 2013; LOPES; SILVA; HERDMAN, 2017).

Para a construção de uma TMA com foco na validade de DE, as seguintes fases devem ser realizadas: definição da abordagem de construção da TMA; definição dos modelos conceituais a serem analisados; definição dos conceitos principais; desenvolvimento do diagrama pictórico; construção das proposições; estabelecimento de relações causais e evidências para a prática (LOPES; SILVA, 2016).

Para a realização da primeira fase, existem três tipos de abordagens, a saber: derivação partindo de um modelo teórico específico; elaboração a partir de múltiplas abordagens conceituais; e revisões de estudos publicados (como as revisões integrativas da literatura), de forma que o embasamento teórico na perspectiva causal contribua para o processo de raciocínio clínico (LOPES; SILVA, 2016). Para este estudo, a revisão integrativa da literatura foi a abordagem selecionada.

Segundo Lopes e Silva (2016), a segunda e a terceira fase correspondem à análise dos conceitos principais e secundários, que irá permitir o pensamento sobre a estrutura da TMA em construção, sendo importante existir congruência com o modelo teórico específico escolhido.

Para a terceira fase, os conceitos principais de uma TMA devem ser os mais discretos e observáveis possíveis, conquanto sejam também generalizáveis para diferentes situações clínicas, na mesma proporção do alcance da teoria (ROY, 2013; LOPES; SILVA, 2016).

A construção do esquema pictorial, correspondente à quarta fase, deve representar os conceitos fundamentais da teoria, de forma inter-relacionada, com vistas a facilitar a compreensão das relações causais entre os conceitos que foram evidenciados a partir da revisão integrativa da literatura (ROY, 2013). Na quinta fase, os conceitos da teoria devem ser explicitados em enunciados ou proposições teóricas e incluir afirmações claras que permitam a identificação da relação clínica das características definidoras como consequentes ao diagnóstico. Já na sexta fase, as relações clínicas que permitam impactar a prática clínica, com base nas relações de causalidade descritas, devem ser indicadas (ROY, 2013; LOPES; SILVA, 2016; LOPES; SILVA; HERDMAN, 2017).

Após a etapa de validade teórico-causal, construída a partir da TMA, deve ser realizada a validade de conteúdo, com o objetivo de verificar a relevância dos fatores etiológicos e indicadores clínicos como componentes do DE, assim como a precisão das definições conceituais e operacionais desses elementos e a própria definição do diagnóstico (LOPES; SILVA, 2016). Na validade de conteúdo, é utilizada a abordagem da sabedoria coletiva, na qual enfermeiros com diferentes níveis de expertise participam da avaliação e as médias obtidas por meio do julgamento do grupo devem ser consideradas, visto que o julgamento coletivo resulta em uma avaliação mais assertiva, em relação aos julgamentos individuais (LOPES; SILVA, 2016).

É importante ressaltar que alguns pesquisadores têm relatado dificuldades em relação ao desenvolvimento da validade de conteúdo, principalmente no que corresponde a captação e os critérios de escolha dos juízes, que parecem privilegiar a formação acadêmica em detrimento da experiência clínica (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012; DINIZ, 2017). Dessa forma, algumas adaptações na seleção de juízes são realizadas e incluem a exigência de um período de experiência prática; mudança nas pontuações inicialmente propostas; acréscimo de outras características dos supostos juízes, que indicariam maior aproximação com o tema ou mesmo a especificação de conhecimento; ou experiência prévia com determinado diagnóstico específico (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2013).

Referente às estimativas relacionadas com a validade de conteúdo diagnóstico, se permite que sejam modeladas de forma probabilística, a considerar que a cognição se desenvolva na forma de uma suposta distribuição de probabilidade individual. Nesse sentido, ao julgar a validade de um indicador diagnóstico como representativo de um DE, o valor

atribuído pelo avaliador resulta de sua crença sobre a relevância ou adequação desse indicador como definidor de uma resposta humana (LOPES; SILVA, 2016).

O tamanho amostral para um estudo realizado pela abordagem da sabedoria coletiva deve se basear no índice de validade de conteúdo (IVC), que se propõe a medir a proporção de juízes que apresentam concordância em relação a determinados itens de um instrumento. Primeiramente, é feita uma análise individual, em cada item, e, em seguida, em casos de instrumentos de medidas, é feita a análise como um todo. O índice emprega uma escala de cinco níveis, para avaliar a relevância e autenticidade dos itens, com as opções de respostas definidas pelo pesquisador (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; LOPES; SILVA, 2016).

Em seguida, deve ser realizado o método de validade clínica, que visa verificar a acurácia de indicadores clínicos e a modelagem hierárquica para fatores etiológicos (LOPES; SILVA, 2016). Vale ressaltar que, neste estudo, foram realizadas as duas primeiras etapas: a validade teórico-causal e a validade de conteúdo com juízes, pelo método da sabedoria coletiva.

3.4 MODELO DE ADAPTAÇÃO DE *SISTER* CALLISTA ROY

Para auxiliar na explicação do fenômeno do enfrentamento ineficaz e das respostas comportamentais dos pacientes oncológicos diante do diagnóstico do câncer, a teoria elencada para a realização da estruturação teórica foi o Modelo de Adaptação de *Sister* Callista Roy (MACR), com vistas a compreender os fatores relacionados aos modos adaptativos, de forma a direcionar as intervenções de enfermagem – prioritárias para a construção de habilidades de enfrentamento pelo paciente – às condições trazidas pela doença oncológica.

O Modelo de Adaptação de *Sister* Callista Roy (MACR) define o indivíduo como um sistema holístico adaptativo, receptor do cuidado prestado, em constante interação com o ambiente, formado por entradas (estímulos), saídas (respostas), controles (mecanismos de enfrentamento) e pela retroalimentação, e que pode desencadear comportamentos a partir dos estímulos recebidos (ROY, 2009; SALDANHA et.al., 2013).

Segundo Roy e Andrews (2001), a entrada ocorre por meio de estímulos que podem ser descritos em três classes (focais, contextuais e residuais), em forma de estímulos internos e externos que, ao interagir com a pessoa, resultará em uma resposta (comportamento). Os estímulos focais são aqueles que confrontam imediatamente uma pessoa; os contextuais são todos os outros estímulos que influenciam a situação e ajudam a efetivar os estímulos focais; e os residuais são aqueles que podem estar presentes ou não na pessoa, embora seus efeitos sejam ainda obscuros (ROY; ANDREWS, 2001).

O processo de adaptação ao diagnóstico do câncer é dinâmico e envolve diversas variáveis físicas e psicológicas, que podem levar a diferentes respostas. As características relacionadas ao paciente, a doença e o contexto, geralmente se apresentam de forma integrada e podem interferir na elaboração de estratégias adequadas às suas necessidades. A compreensão dos diferentes estímulos permite conhecer sua influência no estilo de enfrentamento construído pelo paciente, perante uma ameaça estressora à saúde, como o câncer, e intervir, ao identificar aqueles que dificultam o desenvolvimento de competências adaptativas (BRANDÃO, SCHULZ, MATOS, 2017; KANG et al., 2020).

Os estímulos ativam mecanismos de enfrentamento que vão coordenar os comportamentos e, dessa forma, as maneiras inatas ou adquiridas de respostas ao ambiente. Os mecanismos podem ser reguladores, os quais envolvem o sistema químico, neural e endócrino; e cognoscente, que abrange o sistema cognitivo-emocional e se refere às funções cerebrais de percepção, emoção ou julgamento. Esses mecanismos atuam para manter adaptação, a partir dos quatro modos adaptativos inter-relacionados, a saber: fisiológico, autoconceito, desempenho de papéis e interdependência (ROY, 2009).

O modo adaptativo fisiológico está relacionado às necessidades fisiológicas básicas (oxigenação, nutrição, eliminação, atividade de repouso e proteção), assim como processos complexos (os sentidos, os fluidos, os eletrólitos, a função neurológica e a endócrina), sendo as respostas observadas por meio das reações fisiológicas, células, tecidos, órgãos e sistemas do organismo. Além disso, percebe-se que, nesse modo, as respostas dos indivíduos se adaptam aos estímulos que os afetam (ROY, 2009).

No modo adaptativo do autoconceito, prevalecem aspectos relacionados à integridade psíquica, composto por padrões de crenças, valores e emoções. O foco desse modo são os aspectos psicológico e espiritual, bem como a atenção ao ser físico (imagem corporal e as sensações) e pessoal (autocoerência). No modo adaptativo, chamado desempenho de papéis, se identifica o desempenho e os padrões de interação social que a pessoa ocupa na sociedade em relação aos outros, no qual se observa a necessidade da integração social. Por último, o modo adaptativo de interdependência, que também é um modo de natureza social, engloba as relações estreitas entre as pessoas e é caracterizado pela necessidade da adequação afetiva (ROY, 2009).

Para o MACR, o nível de adaptação do indivíduo é influenciado pelo seu desenvolvimento e pelo uso dos mecanismos de enfrentamento. O uso desses mecanismos está associado de forma proporcional ao maior nível de adaptação da pessoa, diante da variação de estímulos. Nesse contexto, o nível de adaptação do indivíduo pode ser classificado em: integrado, compensatório e comprometido. O nível integrado está relacionado a estruturas e

funções do processo de vida, para atendimento das necessidades humanas. No nível compensatório, existe uma promoção da ativação dos sistemas regulador ou cognato. Já no nível comprometido, tem-se uma representação da situação de quando os processos integrados e compensatórios não estão adequados e, conseqüentemente, resulta em problemas adaptativos (ROY, 2009).

O processo adaptativo, diante do câncer, é complexo e se relaciona diretamente com os estímulos e respostas construídas. Portanto, no cuidado oncológico, a identificação de padrões de funcionamento não integrados ao acolhimento das demandas do paciente, é fundamental para a prevenção de estratégias ineficazes no gerenciamento da doença oncológica (NETO et al., 2021).

A compreensão, pelo enfermeiro, desse processo de estímulos e comportamentos mediados por mecanismos, segundo o MACR, tem a função de promover a saúde dos indivíduos, por meio de respostas adaptativas. O MACR orienta que a adaptação deve ocorrer mediante o uso do processo de enfermagem e que essas ações resultam em quatro modos adaptativos (ROY, 2009). A realização desse processo deve ocorrer em seis estágios: investigação comportamental; investigação de estímulos; diagnóstico de enfermagem; estabelecimento de metas; intervenção; e avaliação (ROY, 2009).

Na investigação comportamental, o enfermeiro, por meio da observação, medições e técnicas de entrevista, direcionadas para a averiguação dos quatro modos adaptativos, investiga as respostas do indivíduo perante os modos adaptativos. Em seguida, na investigação de estímulos, busca-se esclarecer a etiologia dos problemas. O enfermeiro deve analisar os padrões de comportamento do indivíduo na busca de respostas adaptativas ou ineficientes, que necessitam de maior atenção diante dos estímulos focais, contextuais e/ou residuais (ROY, 2009).

Após a realização da investigação comportamental e da investigação de estímulos, o enfermeiro deve estabelecer os diagnósticos de enfermagem que podem estar associados aos modos adaptativos ou as respostas adaptativas, a fim de direcionar as metas. O estabelecimento de metas deve determinar quais os comportamentos finais que o indivíduo deve atingir para o alcance de respostas adaptativas. Na etapa de intervenção, deve ser realizada a implementação das ações, conforme as metas estabelecidas, visando alterar ou controlar os estímulos identificados e ampliar a capacidade de enfrentamento ou do nível de adaptação do paciente. Por último, na etapa de avaliação, o enfermeiro deve verificar se as metas estabelecidas foram atingidas e se as intervenções foram efetivas, pois, caso contrário, uma readaptação das metas e das intervenções pode ser realizada (ROY, 2009).

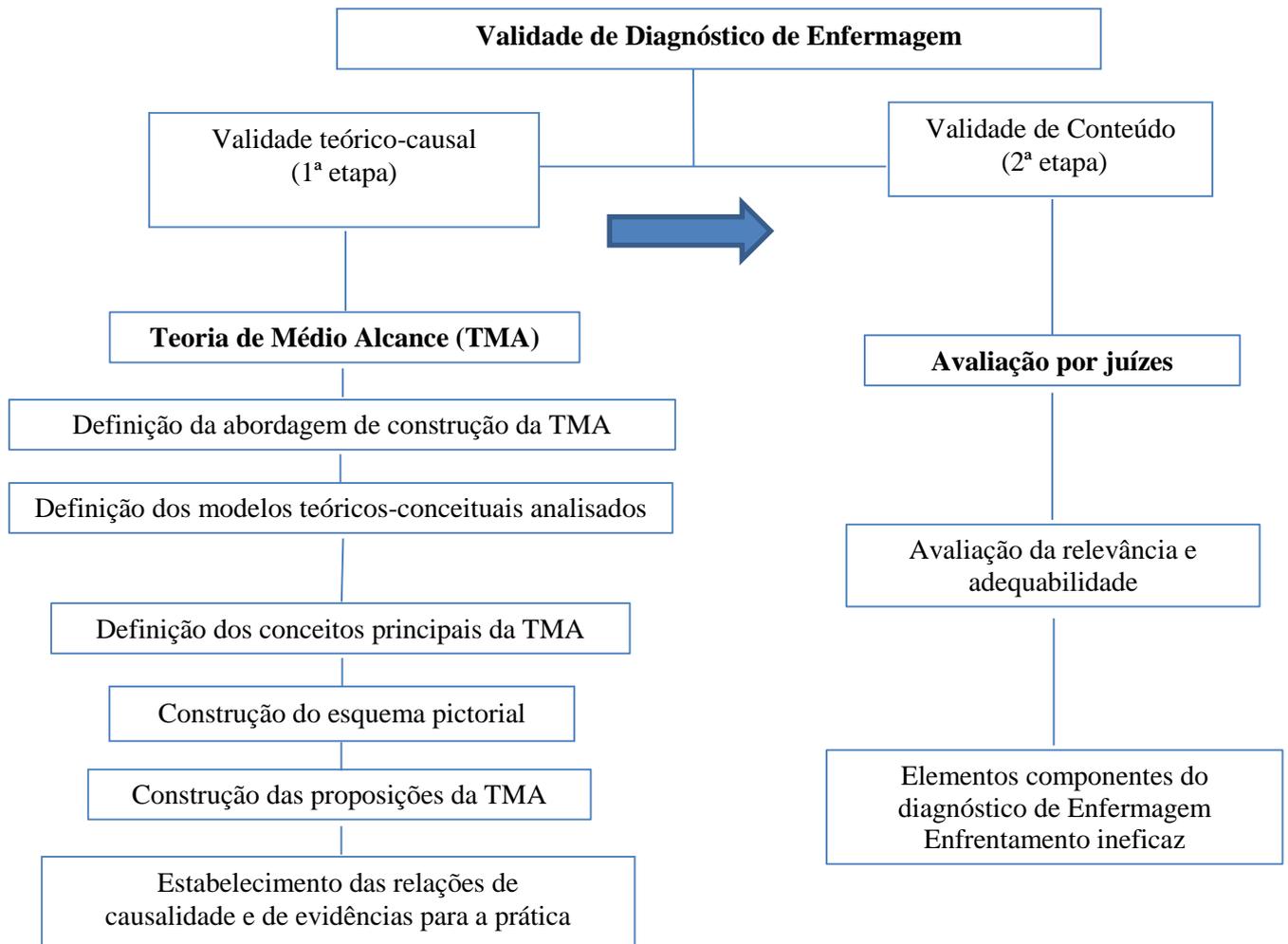
Dessa forma, no que se refere ao diagnóstico e as condições relacionadas ao câncer, percebe-se que diversos estímulos podem repercutir na construção de mecanismos de enfrentamento e que esses enfrentamentos são integrados e interagem com os modos adaptativos estabelecidos pelo MACR. Assim, a compreensão pelo enfermeiro acerca da relevância dos principais problemas adaptativos dos pacientes no enfrentamento do câncer permite identificar os estímulos, minimizar a influência das dificuldades e do sofrimento, assim como colaborar com a realização do enfrentamento eficaz, diante da doença oncológica.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico, o qual consiste na investigação dos métodos de obtenção, organização e análise de dados, com elaboração, validade e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa (POLIT; BECK, 2018). O presente estudo foi realizado segundo os métodos avançados de validade de diagnósticos de enfermagem, estabelecidos por Lopes e Silva (2016), constituído por três etapas: validade teórico-causal, validade de conteúdo e validade clínica. Entretanto, para este estudo, foram realizadas as duas primeiras etapas, conforme ilustrado na figura 1.

Figura 1 - Fluxograma com as etapas para realização da pesquisa. Recife, Pernambuco, 2022



Fonte: A autora, 2022.

4.2 PRIMEIRA ETAPA: VALIDADE TEÓRICO-CAUSAL

Nesta primeira etapa, validade teórico-causal, foi construída uma TMA, conforme a abordagem metodológica de Lopes e Silva (2016), para a construção/validade de um diagnóstico de enfermagem. As TMA nos processos de construção/validade de diagnóstico de enfermagem, por meio do desenvolvimento de um arcabouço teórico, buscam contribuir com a prática de enfermagem baseada em evidências, por meio da identificação dos indicadores diagnósticos, com o objetivo de estabelecer as relações de causa que auxiliam na explicação de comportamentos e fenômenos (LOPES; SILVA, 2016).

Dessa forma, para a construção da TMA, foram percorridas seis fases: definição da abordagem de construção da TMA; definição dos modelos teórico-conceituais a serem analisados; definição dos conceitos principais da TMA; desenvolvimento de um esquema pictorial; construção das proposições da TMA; e estabelecimento das relações de causalidade e de evidências para a prática (LOPES; SILVA, 2016).

Neste estudo, como recomendação para construção/validade da TMA para diagnósticos de enfermagem, na primeira fase, foi realizada uma revisão integrativa da literatura (RI) (MELNYK; F-OVERHOLT, 2011), para responder as seguintes questões norteadoras: quais são os atributos essenciais do “Enfrentamento Ineficaz” em pacientes oncológicos? Quais são os antecedentes e os consequentes do “Enfrentamento Ineficaz” em pacientes oncológicos?

A busca na literatura foi realizada no período entre agosto e setembro de 2021, e atualizada em setembro de 2022, a partir do Portal de Periódicos da Capes, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine and National Institutes of Health* (MEDLINE/PubMed), PsycINFO, *Web of Science*, SCOPUS e o Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Foram utilizados os seguintes descritores da saúde (DeCS) e seus respectivos termos alternativos: Adaptação Psicológica; Comportamento Adaptativo; Comportamento de Enfrentamento; Habilidade de Enfrentamento; e Oncologia. E os descritores em inglês, do *Medical Subject Headings* (MeSH): Adaptation, Psychological; Adaptive Behavior; Coping Behavior; Coping Skill; e Oncology.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos primários completos e disponíveis na íntegra (estudos transversais, ensaios clínicos randomizados, estudos de coorte, estudos de caso-controle), teses, dissertações, nas bases de dados selecionadas, sem limite temporal, em qualquer idioma; e artigos que respondam às questões norteadoras construídas. Foram excluídos

artigos de opinião, editoriais, cartas ao leitor, resumos, comunicações breves, artigos de revisão e estudos duplicados.

Após o cruzamento dos descritores nas bases, foram identificadas 1.680 publicações. Em seguida, foi utilizado o programa gerenciador de referências *EndNote* e o software *Rayyan Qatar Computing Research Institute* (Rayyan QCRI), para auxiliar na seleção dos estudos (MOURAD et al., 2016; BRAMER; MILIC; MAST, 2017). Posteriormente, foram averiguados os critérios de inclusão e de exclusão, e a amostra final foi de 45 estudos que compuseram a RI.

A partir dos 45 estudos, foram extraídos os atributos essenciais, os antecedentes e os consequentes, para subsidiar a construção da TMA. Para cada indicador diagnóstico encontrado, foram construídas definições operacionais e conceituais, com base nos achados da revisão integrativa, assim como na literatura cinzenta e na experiência das pesquisadoras. Para a realização da segunda fase de construção da TMA para diagnósticos de enfermagem, foi selecionado o Modelo de Adaptação de *Sister Callista Roy* (MACR), visando auxiliar no desenvolvimento das proposições e relações de causalidade, a partir dos resultados encontrados na RI.

Em seguida, na terceira fase, foram estabelecidos os conceitos principais da TMA, com a construção das definições conceituais e operacionais dos indicadores diagnósticos, a fim de esclarecer os conceitos na prática clínica. Na quarta fase, de desenvolvimento de um esquema pictorial, foi realizada uma representação dos elementos da TMA, inter-relacionados aos conceitos do MACR, e a metamorfose das borboletas, pela sua significância no âmbito da oncologia.

Para a construção da quinta fase, os conceitos da teoria foram explicitados em enunciados ou proposições teóricas, para apresentar o conhecimento produzido de forma organizada, assim como fundamentar as relações de causalidade estabelecidas na etapa seguinte, e corroborar com a tríade teoria-pesquisa-prática. Sobre a sexta fase, foram estabelecidas as relações de causalidade e evidências para a prática, conforme estabelecido por Lopes e Silva (2016), por meio das inter-relações dos elementos que justificam o diagnóstico e as evidências da TMA, associadas aos conceitos do MACR, de forma a conduzir a um raciocínio e julgamento clínico.

Após as etapas de construção da TMA, foi realizada a equivalência dos elementos da TMA com os componentes do DE “Enfrentamento Ineficaz”. Para isso, os atributos essenciais constituíram a definição do diagnóstico; os antecedentes/estímulos, de acordo com os conceitos do MACR, foram categorizados em fatores relacionados, condições associadas e populações em risco; e os consequentes/comportamentos consistiram nas características definidoras.

4.3 SEGUNDA ETAPA: VALIDADE DE CONTEÚDO

Nesta etapa, o objetivo foi de verificar com os juízes a relevância dos fatores da estrutura diagnóstica sobre o “Enfrentamento Ineficaz” para pacientes oncológicos, a partir da TMA. Com esse propósito, enfermeiros foram selecionados para verificar a adequação da estrutura diagnóstica construída (definição, características definidoras, fatores relacionados, populações em risco e condições associadas) para o diagnóstico de enfermagem “Enfrentamento Ineficaz” para pacientes oncológicos.

A determinação dos juízes foi baseada no modelo da sabedoria coletiva, que considera que a média das opiniões de um grupo de pessoas tem percentual de erros de julgamento clínico reduzido, quando comparado ao de uma única pessoa, ainda que essa pessoa apresente elevado nível de expertise (LOPES; SILVA, 2016).

4.3.1 População, amostra e amostragem

A população do estudo foi composta por enfermeiros com experiência prática e/ou em pesquisa em oncologia e/ou diagnóstico de enfermagem da NANDA – I.

O tamanho amostral para um estudo que utilizou o modelo de sabedoria coletiva deve ser baseado em fórmulas, a fim de estimar o índice de validade de conteúdo (IVC) das avaliações de cada elemento do diagnóstico. Para isso, foi utilizada a seguinte fórmula e valores: $n_0 = (Z1 - \alpha/2.S/e)^2$, onde o “Z1 - $\alpha/2$ ” refere-se ao nível de confiança, sendo considerado o valor de 95%; o “S” se relaciona ao desvio padrão, com valor de 0,17; e a variável “e”, que equivale ao erro amostral de 0,043, totalizando 45 juízes. Porém, a fim de atentar as possíveis perdas diante da aplicação de testes não paramétricos, foi utilizada uma correção de 5% em cima desse total, sendo a amostra final composta por 60 juízes (LOPES; SILVA, 2016).

Haja vista os preceitos da busca de juízes com certa proficiência, foram selecionados enfermeiros com diversos graus de expertise, por meio dos seguintes critérios de elegibilidade, tendo como referência Benner, Tanner e Chesla (2009):

- a) critérios de inclusão (o enfermeiro devia atender, obrigatoriamente, a pelo menos um dos itens): enfermeiros com experiência prática e/ou em pesquisa em oncologia e/ou diagnóstico de enfermagem da NANDA – I; ter experiência clínica e/ou de pesquisa em oncologia e/ou diagnósticos de enfermagem, definida por no mínimo dois anos de experiência em atividade assistencial direta; enfermeiros que publicaram ao menos dois trabalhos acadêmicos com a temática diagnósticos de enfermagem e/ou oncologia; ser

enfermeiro com titulação mínima de mestre ou estar cursando mestrado ou doutorado na temática diagnósticos de enfermagem e/ou oncologia;

- b) critério de exclusão: enfermeiros que não responderem ao instrumento de pesquisa, no prazo estabelecido de 30 dias.

Em relação ao nível de expertise, os juízes foram classificados de acordo com os cinco níveis propostos por Benner, Tanner e Chesla (2009). Foram considerados os seguintes critérios: o critério experiência prática envolveu o tempo de prática clínica em oncologia; o critério experiência acadêmica envolveu o tempo de participação em grupo de pesquisa sobre diagnósticos de enfermagem e/ou oncologia; e o conhecimento científico, dividido em titulação, temática do trabalho de titulação na área de diagnóstico de enfermagem e/ou oncologia e ter produção científica em diagnósticos de enfermagem e/ou oncologia. Para a avaliação de cada quesito, visando o julgamento da relevância, foi utilizada uma escala com pontuação variando de 0 a 5 (Tabela 1), que resultará no nível de expertise, a partir da média aritmética das três variáveis (X, Y e Z), por meio da seguinte fórmula: nível de expertise = $(X+Y+Z)/3$, onde X corresponde ao tempo de prática; Y equivale ao tempo em grupo de pesquisa; e Z se refere ao conhecimento científico, que corresponde à titulação, trabalho de titulação e produção científica dos juízes.

Tabela 1 - Parâmetros para classificação dos juízes quanto ao nível de expertise. Recife, Pernambuco, 2022

Pontuação	Experiência Prática		Experiência Acadêmica		
	Tempo de Prática* (X)	Tempo Grupo de Pesquisa* (Y)	Conhecimento Científico (Z)		
			Titulação (Z ₁)	Trabalho de Titulação (Z ₂)	Prod. Científica DE e/ou Oncologia (Z ₃)
0	-	-	Graduado	Não	Não
1	1-6	1-4	Especialista	Sim	Sim
2	7-12	5-8	Mestre	-	-
3	13-18	9-12	Doutor	-	-
4	19-24	13-16	-	-	-
5	25-30	17-20	-	-	-

Fonte: DINIZ, 2017 (Adaptado).

Legenda: *em anos; DE: diagnóstico de enfermagem.

Nível de Expertise = Somatório das pontuações obtidas nas colunas X, Y e Z dividido por 3.

Por fim, a média obtida serviu para classificar os juízes conforme os cinco extratos estabelecidos por Benner, Tanner e Chesla (2009): novato (enfermeiros com conhecimento básico que não possuem experiência prévia na área que está sendo estudada); iniciante avançado (enfermeiros que já passaram por um quantitativo suficiente de vivências práticas, o que lhes

permite inferir julgamentos com mais segurança sobre o tema discutido); competente (enfermeiros que possuem experiência prática prévia, o que lhes permite maior compreensão dos dados para realizar os julgamentos); proficiente (enfermeiros que possuem relevante experiência prática e teórica, o que lhes permite realizar análises críticas mais aprofundadas e complexas sobre o material estudado); e *Expert* (enfermeiros que possuem maior capacidade de diferenciação e refinamento nos julgamentos, sem a necessidade de seguir normas e protocolos como guia, realiza inferências por meio de suas intuições e conhecimento global do assunto estudado).

A captação dos juízes foi realizada por meio do currículo Lattes, disponível no portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A busca foi efetuada com uso dos termos “oncologia” e “diagnóstico de enfermagem” inseridos no campo “assunto”. Além disso, foram assinaladas as opções “doutores”, “demais pesquisadores” e “nacionalidade brasileira”. Outrossim, foram convidados participantes que indicaram outros potenciais juízes, por meio da amostragem do tipo “bola de neve” (*snowball sampling*).

4.3.2 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi construído no *Google Forms*, composto por variáveis sobre a caracterização dos juízes e relacionadas com a análise do conteúdo do diagnóstico de enfermagem “Enfrentamento Ineficaz” para pacientes oncológicos. Para a caracterização dos juízes, foram investigadas as seguintes variáveis: gênero, idade, cidade onde atua, titulação, ocupação atual, tempo de atuação profissional, experiência na pesquisa, no ensino e na assistência com as terminologias de enfermagem e/ou oncologia, tempo de atuação e participação em grupos de pesquisa sobre terminologias de enfermagem e/ou oncologia.

Para a análise de conteúdo, foram avaliados, quanto à relevância, os elementos do diagnóstico (fatores relacionados, características definidoras, condições associadas e populações em risco); e quanto à adequabilidade, os demais componentes propostos pela NANDA – I (rótulo/título, domínio e classe), além das definições conceituais e operacionais construídas para os indicadores clínicos do diagnóstico em estudo.

A relevância analisa a importância de cada item para o instrumento e a capacidade de apresentarem relações de causalidade com o diagnóstico em estudo. A adequabilidade representa a capacidade de compreensão das definições e se elas possuem uma estrutura linguística simples (PASQUALI, 1999). Para avaliação do critério de relevância dos fatores relacionados, características definidoras, condições associadas e populações em risco, assim

como em relação à adequabilidade das definições conceituais e operacionais, foi utilizada uma escala Likert de cinco pontos, sendo “1” correspondente ao menor nível de julgamento, e o “5” o nível máximo de relevância e/ou adequabilidade, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição das pontuações utilizadas pelos juízes para julgamento dos itens e definições conceituais e operacionais. Recife, Pernambuco, 2022

PONTUAÇÃO	RELEVÂNCIA	ADEQUABILIDADE
1	Totalmente irrelevante - o componente do diagnóstico não apresenta qualquer relação com o diagnóstico estando associado a outros fenômenos.	Totalmente inadequado – a definição proposta está descrita de uma forma incompreensível e necessita de uma revisão completa.
2	Pouco relevante - o componente do diagnóstico apresenta muito pouca relação com o diagnóstico estando mais associado a outros fenômenos similares.	Pouco adequado – a definição proposta está descrita de forma pouco compreensível e necessita de ajustes.
3	Parcialmente relevante - o componente do diagnóstico apresenta relação duvidosa com o diagnóstico e apresenta relação com outros fenômenos similares.	Parcialmente adequado – a definição proposta está escrita de forma compreensível, porém podem necessitar alguns ajustes.
4	Muito relevante - o componente do diagnóstico está fortemente relacionado ao diagnóstico embora apresente alguma relação com outros fenômenos similares.	Muito adequado – a definição proposta está descrita de forma compreensível, porém pode se beneficiar de alguns pequenos ajustes.
5	Totalmente relevante - o componente do diagnóstico está diretamente relacionado ao diagnóstico.	Totalmente adequado – a definição proposta está descrita de forma compreensível sem a necessidade de ajustes.

Fonte: Adaptado de Silva (2019).

4.3.3 Procedimento para a coleta de dados

Os juízes selecionados foram contatados via correio eletrônico (*e-mail*), de forma individual. Na oportunidade, foi enviada uma carta-convite (APÊNDICE A), contendo os objetivos da pesquisa, além da solicitação para participar no estudo. Foi solicitado que o juiz respondesse a carta-convite em um prazo máximo de sete dias. Após a confirmação da participação na pesquisa, foi enviado, via correio eletrônico (*e-mail*), de forma individual, o *link* de acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e ao instrumento de coleta de dados no *Google Forms* (APÊNDICE C).

O juiz teve o prazo máximo de 30 dias para responder e devolver o TCLE e o instrumento de coleta de dados. Na ocorrência de erro de preenchimento ou alguma informação com a necessidade de esclarecimento, a pesquisadora entrou em contato com o participante para solucionar o problema. Além disso, o participante foi orientado a salvar e/ou imprimir uma via

do TCLE, que foi enviada, via correio eletrônico (*e-mail*), após a sua participação, caso fosse preciso entrar em contato com a pesquisadora.

Vale ressaltar que o convite para participação do estudo foi enviado, via e-mail, para 150 juízes, haja vista a dificuldade encontrada, em estudos semelhantes a este, para o retorno dos materiais em tempo oportuno. Dessa forma, a amostra final do estudo correspondeu a 60 juízes, os quais retornaram o material no prazo estabelecido.

4.3.4 Análise e organização dos dados

Os dados obtidos foram organizados em uma planilha do programa *Microsoft Office Excel* 2019 e em seguida analisados com o auxílio do programa *SPSS*, versão 21.0, e do *software R*, versão 3.2.0. Foi realizada uma análise descritiva, com frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão e intervalo interquartil), com a aplicação do teste de Shapiro-Wilk para verificação da normalidade dos dados.

O índice de validade de conteúdo (IVC) foi calculado com base no modelo da diversidade preditiva, em que a avaliação dos juízes é ponderada por seu nível de expertise. Dessa forma, os valores de cada item analisado variaram entre 1 e 5, de forma a estabelecer as definições perante o conceito de relevância e adequabilidade, sendo atribuídos pesos para a obtenção da média ponderada (DINIZ, 2017). Para cada mediana ponderada, foram adotados intervalos de confiança de 95%, sendo utilizado o teste de hipóteses não paramétrico, teste de Wilcoxon, com o valor de referência para a hipótese nula com valor IVC igual ou acima de 0,80. Dessa forma, foi considerada a hipótese nula de que os dados seguem a distribuição normal, quando o teste de Wilcoxon resultava em um valor *p* maior que 0,05.

4.3.5 Aspectos Éticos

A pesquisa obedeceu as normas e diretrizes da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2013b); da Carta circular nº 1/2021 (BRASIL, 2021c) e do Ofício circular nº 2/2021, da CONEP (BRASIL, 2021d). A coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sob o Parecer nº: 5.412.382 e CAAE nº: 5 6901422.6.0000.5208 (ANEXO A), e após o consentimento do participante, por meio da concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os *links* de acesso ao TCLE e ao instrumento de coleta de dados, no formato eletrônico, foram enviados por *e-mail*, após a confirmação de participação na pesquisa, por meio de resposta afirmativa à carta-convite enviada previamente, para fins de esclarecimentos quanto aos objetivos do estudo. Foram garantidos o anonimato, o sigilo das informações e o direito do participante de desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso lhe trouxesse nenhum prejuízo.

5 RESULTADOS

5.1 VALIDADE TEÓRICO-CAUSAL

Para a construção da TMA, uma das etapas para validade do conteúdo do diagnóstico de enfermagem “Enfrentamento Ineficaz” para pacientes oncológicos, foram percorridas seis fases, conforme a abordagem metodológica de Lopes e Silva (2016). Nesta seção estão apresentadas as quatro últimas fases, ancoradas pela revisão integrativa e literatura cinzenta, acrescidas da experiência das pesquisadoras. Vale ressaltar que as duas primeiras fases foram apresentadas na seção do método da pesquisa.

5.1.1 Definição dos conceitos principais da TMA

Os conceitos principais identificados para a TMA foram os atributos essenciais, os antecedentes e os consequentes, relacionados ao DE “Enfrentamento ineficaz” para pacientes oncológicos. Foram evidenciados três atributos essenciais, os quais estão descritos no Quadro 2.

Quadro 2 – Atributos essenciais do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022.

Atributos essenciais	
	Dificuldade em exercer habilidades para resolução de problemas
	Dificuldade em lidar com demandas específicas
	Dificuldade em construir estratégias adaptativas

Fonte: A autora, 2022.

Os antecedentes estão organizados em três estímulos: focais, contextuais e residuais. Foram identificados 15 antecedentes relacionados com estímulos focais, seis referentes aos estímulos contextuais e dois relacionados aos residuais. Maiores detalhes estão contidos no Quadro 3.

Quadro 3 – Antecedentes/Estímulos do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022. Continua

Antecedentes/ Estímulos	
Estímulos Focais	Apoio emocional diminuído
	Apoio familiar insuficiente
	Apoio psicossocial insuficiente
	Autoculpa
	Comunicação profissional-paciente ineficiente
	Conhecimento insuficiente sobre a doença e/ou tratamento

Quadro 3 – Antecedentes/Estímulos do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022. Conclusão

Antecedentes/ Estímulos	
Estímulos Focais	Incerteza do prognóstico
	Medo do curso da doença
	Negação do diagnóstico
	Sentimento de impotência
	Sofrimento emocional
	Angústia
	Ansiedade
	Baixa autoestima situacional
	Depressão
Estímulos Contextuais	Crenças e/ou hábitos de saúde incompatíveis com a terapêutica
	Crise espiritual/ religiosa
	Déficit de recursos materiais
	Dificuldades financeiras
	Múltiplos sintomas relacionados à doença
	Toxicidades relacionadas ao tratamento
Estímulos Residuais	Déficit cognitivo
	Pessoas com baixa escolaridade

Fonte: A autora, 2022.

Quanto aos consequentes, foram encontrados 15, os quais estão relacionados com comportamentos do Enfrentamento ineficaz. O Quadro 4 mostra o detalhamento desses consequentes.

Quadro 4 – Consequentes/Comportamentos do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022.

Consequentes/ Comportamentos
Abandono da terapêutica
Complicações relacionadas ao prognóstico
Comprometimento da qualidade de vida
Conduta de enfrentamento ineficaz
Déficit no autocuidado
Desregulação do sistema imunológico
Desregulação do sistema neuroendócrino
Dificuldade para realizar o tratamento
Distúrbios do sono
Estresse
Fadiga
Limitações funcionais
Sofrimento mental
Uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas
Vulnerabilidade à doenças oportunistas

Fonte: A autora, 2022.

Após a identificação dos atributos essenciais, antecedentes e consequentes, foram elaboradas definições conceituais e operacionais para esses dois últimos componentes, as quais estão apresentadas nos Quadros 5 e 6.

Quadro 5 – Definições conceituais e operacionais dos antecedentes/estímulos do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022. Continua

Antecedentes/Estímulos	
Estímulos Focais	
Apoio emocional diminuído	
Definição Conceitual	Definição Operacional
Falta de ligação social ou rede de suporte emocional enfraquecida, que envolva empatia, confiança e a disponibilidade de cuidado.	Relato da existência enfraquecida ou de nenhuma ligação social ou rede de suporte emocional próxima com que se tenha vínculo e/ou intimidade.
Referências: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Cadernos de Psicologia – O corpo na perspectiva interdisciplinar . Rio de Janeiro: INCA, 2019. GEYIKCI, R.; ÇAKMAK, S.; DEMIRKOL, M.E.; UGUZ, S. Correlation of anxiety and depression levels with attitudes towards coping with illness and sociodemographic characteristics in patients with a diagnosis of breast cancer. Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences , v. 3, n. 31, p. 246-257, 2018.	
Apoio familiar insuficiente	
Definição Conceitual	Definição Operacional
Suporte familiar deficiente caracterizado pela falta de vínculo significativo recebido e/ ou percebido pelo indivíduo.	Relato de suporte familiar deficiente caracterizado pela falta de vínculo significativo recebido e/ ou percebido pelo indivíduo.
Referências: SARI, D. K. <i>et al.</i> Association Between Family Support, Coping Strategies and Anxiety in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy at General Hospital in Medan, North Sumatera, Indonesia. Asian Pac J Cancer Prev , v. 20, n. 10, p. 3015-3019, 2019.	
Apoio psicossocial insuficiente	
Definição Conceitual	Definição Operacional
Rede de suporte psicossocial deficiente, caracterizada pela ausência de relações sociais, que envolvam disponibilidade, segurança e encorajamento para resolução de conflitos.	Relato de rede de suporte psicossocial deficiente, caracterizada pela ausência de relações sociais, que envolvam disponibilidade, segurança e encorajamento para resolução de conflitos.
Referências: SARI, D. K. <i>et al.</i> Association Between Family Support, Coping Strategies and Anxiety in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy at General Hospital in Medan, North Sumatera, Indonesia. Asian Pac J Cancer Prev , v. 20, n. 10, p. 3015-3019, 2019.	
Autoculpa	
Definição Conceitual	Definição Operacional
Estado emocional de culpa decorrente da autoavaliação sob sua condição atual de saúde, sendo considerado resultado de comportamento e/ou ações prejudiciais.	Relato pelo indivíduo de ações e/ou comportamentos considerados prejudiciais que levam ao sentimento de culpa pela sua condição atual de saúde.

Quadro 5 – Definições conceituais e operacionais dos antecedentes/estímulos do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022. Continuação

<p>Referências: NIPP, R.D. et al. The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. Cancer, v. 122, n. 13, p. 2110-2116, 2016. LEWIS, M.; HAVILAND-JONES, J. M.; BARRETT, L. F. (org.). Handbook of emotions. 4. ed. New York: Guilford Publications, 2016.</p>	
Comunicação profissional-paciente ineficiente	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Processo de emissão, transmissão ou recebimento de mensagens de forma ineficaz entre o paciente e a equipe de saúde.</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Relato de dificuldade de comunicação com a equipe de saúde, com prejuízo na formação do vínculo e/ou no atendimento das suas necessidades.</p>
<p>Referências: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Minidicionário Aurélio – O dicionário da língua portuguesa. 8 ed. Curitiba: Positivo, 2018. MATSUO, K <i>et al.</i> Patient compliance for postoperative radiotherapy and survival outcome of women with stage I endometrioid endometrial cancer. Journal of Surgical Oncology, v. 116, n. 4, p. 482-491, 2017.</p>	
Conhecimento insuficiente sobre a doença e/ou tratamento	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Compreensão deficiente e/ou ausente pelo indivíduo acerca de informações relacionadas a sua condição de saúde, fatores etiológicos ou agravantes de tal situação e/ou sobre a terapêutica recomendada.</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Relato deficiente e/ou ausente sobre informações relacionadas a sua condição de saúde, fatores etiológicos ou agravantes de tal situação, assim como sobre a terapêutica recomendada, resultando em pouca e/ou nenhuma participação no planejamento do cuidado e/ou dificuldade de adaptação ao diagnóstico.</p>
<p>Referências: SORATO, Daniela Batista. Tratamento paliativo oncológico e desesperança: análise dos fatores clínicos e psicossociais associados. 2013. 108f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Fundação Pio XII, Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, 2013.</p>	
Incerteza do prognóstico	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Falta de certeza e/ou dúvida acerca da evolução ou do resultado provável de determinada condição de saúde.</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Relato de falta de certeza e/ou dúvida em relação a evolução e prováveis resultados e/ou consequências de sua condição de saúde.</p>
<p>Referências: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Minidicionário Aurélio – O dicionário da língua portuguesa. 8 ed. Curitiba: Positivo, 2018. GUAN, T. <i>et al.</i> Illness uncertainty, coping, and quality of life among patients with prostate cancer. Psychooncology, v. 29, n. 6, p. 1019-1025, 2020.</p>	
Medo do curso da doença	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Estado emocional de temor, insegurança, preocupação e/ou receio diante do andamento ou progressão de determinada condição de saúde.</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Relato de temor, insegurança, preocupação e/ou receio diante do andamento ou progressão de sua condição de saúde.</p>

Quadro 5 – Definições conceituais e operacionais dos antecedentes/estímulos do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022. Continuação

<p>Referências: GIESLER, J.M.; WEIS, J. Patient competence in the context of cancer: its dimensions and their relationships with coping, coping self-efficacy, fear of progression, and depression. Support Care Cancer, v. 29, n. 4, p. 2133-2143, 2021. HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi; LOPES, Camila Takáo. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2021-2023. 12ed. Porto Alegre: Artmed. 2021.</p>	
<p>Negação do diagnóstico</p>	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Estado emocional de não aceitação e/ou recusa da relevância de um evento ameaçador à manutenção e a integridade da saúde.</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Relato de não aceitação e/ou recusa da relevância de um evento ameaçador à manutenção e a integridade da saúde, podendo envolver questionamentos sobre a veracidade das informações e prejuízos ao prognóstico.</p>
<p>Referências: HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi; LOPES, Camila Takáo. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2021-2023. 12ed. Porto Alegre: Artmed. 2021. KULPA M. <i>et. al.</i> Anxiety and depression and cognitive coping strategies and health locus of control in patients with ovary and uterus cancer during anticancer therapy. Contemp. Oncol. (Pozn), v. 20, n. 2, p. 171-175, 2016.</p>	
<p>Sentimento de impotência</p>	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Experiência emocional correspondente a sensação de falta de controle e/ou de incapacidade sobre uma situação vivenciada, envolvendo sentimentos de frustração, desamparo e/ou desmotivação.</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Relato de sensação de falta de controle e/ou de incapacidade sobre uma situação vivenciada, envolvendo sentimentos de frustração e/ou desmotivação.</p>
<p>Referências: HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi; LOPES, Camila Takáo. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2021-2023. 12ed. Porto Alegre: Artmed. 2021.</p>	
<p>Sofrimento emocional</p>	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Estado de sofrimento relacionado a infelicidade ou estado de aflição emocional grave diante de um evento e/ou situação de ameaça a integridade, caracterizado por sintomas ansiosos, tristeza e/ou medo.</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Será utilizada a <i>Escala de Distress Psicológico de Kessler (K10)</i>. Esse instrumento é composto por dez itens sobre sintomas relacionados ao sofrimento mental experimentados no período mais recente de quatro semanas. Cada item é pontuado em uma escala de cinco pontos (5 - O tempo todo; 4 - A maior parte do tempo; 3 - Parte do tempo; 2 - Um pouco; 1 - Nunca). Os valores possíveis variam de 10 a 50. Para o cálculo dos escores totais, deve-se, inicialmente, inverter a escala de cinco pontos e, posteriormente, efetuar o somatório das respostas. O indivíduo com resultado de pontuação maior do que 14 será considerado com sofrimento emocional.</p>

Quadro 5 – Definições conceituais e operacionais dos antecedentes/estímulos do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022. Continuação

<p>Referências: CASSELL, E. J. The nature of suffering and the goals of medicine. 2ed. Oxford: Oxford University Press; 2004. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Minidicionário Aurélio – O dicionário da língua portuguesa. 8 ed. Curitiba: Positivo, 2018. KESSLER, R. C. <i>et. al.</i> Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. Int J Methods Psychiatr Res., v. 19, n. 1, p. 4-22, 2010.</p>	
<p>Angústia</p>	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Estado emocional de aflição e/ou mal-estar psicológico ou sensação psíquica desagradável relacionada a uma ameaça ou perigo impreciso.</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Relato de aflição e/ou mal-estar psicológico ou sensação psíquica desagradável relacionada a uma ameaça ou perigo impreciso, sendo geralmente associada a alterações como tremores, vertigem ou taquicardia.</p>
<p>Referências: SILLAMY, N. Dicionário de Psicologia: Larousse. 1ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.</p>	
<p>Ansiedade</p>	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Para avaliação da ansiedade, a <i>Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21)</i> pode ser utilizada. No instrumento, os participantes indicam o grau em que experimentaram cada um dos sintomas descritos nos itens, durante a última semana (semana anterior), em uma escala do tipo Likert de 4 pontos entre 0 (não se aplica a mim) e 3 (aplica-se muito a mim, ou a maior parte do tempo). As perguntas 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18 formam a subescala de estresse. As perguntas 2, 4, 7, 9, 15, 19, e 20 formam a subescala de ansiedade. As perguntas 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21 formam a subescala de depressão. Para a pontuação final, os valores de cada subescala são somados e multiplicados por dois para corresponder à pontuação da escala original (DASS-42). Para a classificação dos sintomas de ansiedade são considerados os valores: 0-6 normal; 7-9 leve; 10-14 moderado; 15-19 severo e 20-42 extremamente severo. O indivíduo com pontuação maior ou igual a 7 apresenta sintomas ansiosos.</p>
<p>Referências: HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi; LOPES, Camila Takáo. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2021-2023. 12ed. Porto Alegre: Artmed. 2021. VIGNOLA, R. C.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. Journal of affective disorders, v. 155, p. 104-109, 2013.</p>	

Quadro 5 – Definições conceituais e operacionais dos antecedentes/estímulos do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022. Continuação

Baixa autoestima situacional	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Desenvolvimento de percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual, envolvendo verbalizações autonegativas.</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Para avaliação da baixa autoestima situacional, a <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> – RSES pode ser utilizada. O instrumento é constituído por 10 questões com conteúdos referentes aos sentimentos de respeito e de aceitação de si mesmo. As respostas das questões são apresentadas em quatro itens no formato Likert (concordo totalmente = 4; concordo = 3; discordo = 2; discordo totalmente = 1). A soma das respostas dos 10 itens fornece o escore da escala, sendo que a obtenção de uma pontuação alta reflete autoestima elevada. De acordo com o instrumento, o indivíduo com pontuação abaixo de 15 pontos apresenta baixa auto-estima.</p>
<p>Referências:</p> <p>HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi; LOPES, Camila Takáo. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2021-2023. 12ed. Porto Alegre: Artmed. 2021.</p> <p>HUTZ, C. S.; ZANON, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. Aval. psicologia, v. 10, n. 1, p. 41-49, 2011.</p>	
Depressão	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Transtorno mental caracterizado por tristeza desadaptada, intensa, prolongada e perturbadora, relacionada a perda de interesse em atividades que normalmente são prazerosas, pessimismo, isolamento, insônia ou irritabilidade que podem resultar em doenças psicossomáticas, sintomas psicóticos e impulsos suicidas podendo ter a duração prolongada.</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Para avaliação da depressão a <i>Depression Anxiety and Stress Scale</i> (DASS-21) pode ser utilizada. No instrumento, os participantes indicam o grau em que experimentaram cada um dos sintomas descritos nos itens, durante a última semana (semana anterior), em uma escala do tipo Likert de 4 pontos entre 0 (não se aplica a mim) e 3 (aplica-se muito a mim, ou a maior parte do tempo). As perguntas 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18 formam a subescala de estresse. As perguntas 2, 4, 7, 9, 15, 19, e 20 formam a subescala de ansiedade. As perguntas 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21 formam a subescala de depressão. Para a pontuação final, os valores de cada subescala são somados e multiplicados por dois para corresponder à pontuação da escala original (DASS-42). Para a classificação dos sintomas depressivos são considerados os valores: 0-9 = normal; 10-12 = leve; 13-20 = moderada; 21-17 = severo e 28-42 = extremamente severo. O indivíduo com pontuação maior ou igual a 10 apresenta sintomas depressivos.</p>
<p>Referências:</p> <p>AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. American Psychiatric Association. 5. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014.</p> <p>VIGNOLA, R. C.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. Journal of affective disorders, v. 155, p. 104-109, 2013.</p>	

Quadro 5 – Definições conceituais e operacionais dos antecedentes/estímulos do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022. Continuação

Antecedentes/Estímulos	
Estímulos Contextuais	
Crenças e/ou hábitos de saúde incompatíveis com a terapêutica	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Comportamentos e/ou práticas habituais que podem influenciar negativamente a motivação para início e/ou seguimento do tratamento.</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Relato de comportamentos e/ou práticas habituais prejudiciais para a manutenção da saúde, que podem influenciar negativamente a motivação para início e/ou seguimento do tratamento, tais como: sedentarismo, estresse, dieta insuficiente e/ou alimentação não saudável (incluindo alimentos ricos em gorduras, açúcares livres e sal/sódio), privação de sono, tabagismo, entre outros.</p>
<p>Referências:</p> <p>FILHO, L. S. M.; KHOURY, H. T. T. Uso do Coping Religioso/Espiritual diante das Toxicidades da Quimioterapia no Paciente Oncológico. Revista Brasileira de Cancerologia. [Internet], v. 64, n. 1, p. 27-33, 2018.</p> <p>JONSEN, Albert R.; SIEGLER, Mark; WINSLADE, William J. Ética clínica: abordagem prática para decisões éticas na medicina clínica. 7. ed. Tradução: Ananyr Porto Fajardo. Porto Alegre: AMGH, 2012.</p> <p>SOUZA, J. G. S. <i>et. al.</i> Análise de hábitos nocivos à saúde entre pacientes com lesões bucais. Revista de Odontologia da UNESP [online], v. 44, n. 2, p. 92-98, 2015.</p>	
Crise espiritual/ religiosa	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Estado emocional de desequilíbrio ou conflito espiritual e/ou religioso, que envolva questionamentos ou prejuízos a capacidade de confiança em crenças espirituais e/ou religiosas.</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Relato de estado de desequilíbrio ou conflito espiritual e/ou religioso, envolvendo questionamentos ou prejuízos a capacidade de confiança em crenças espirituais e/ou religiosas.</p>
<p>Referências:</p> <p>MESQUITA, A.C. <i>et. al.</i> A utilização do enfrentamento religioso/ espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet], v. 21, n. 2, p. 01-07, 2013.</p>	
Déficit de recursos materiais	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Ausência ou pouco acesso a meios, ferramentas, tecnologias e/ou serviços que viabilizem o alcance a um objetivo e/ou a superação de condições adversas.</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Relato de ausência ou pouco acesso a meios, ferramentas, tecnologias e/ou serviços que viabilizem o alcance a um objetivo e/ou a superação de condições adversas.</p>
<p>Referências:</p> <p>FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Minidicionário Aurélio – O dicionário da língua portuguesa. 8 ed. Curitiba: Positivo, 2018.</p> <p>ZULLIG, L. L. <i>et. al.</i> Financial Distress, Use of Cost-Coping Strategies, and Adherence to Prescription Medication Among Patients with Cancer. JCO Oncology Practice, v. 9, n. 6, p. 60-63, 2013.</p> <p>MESQUITA, A.C. <i>et. al.</i> A utilização do enfrentamento religioso/ espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet], v. 21, n. 2, p. 01-07, 2013.</p>	

Quadro 5 – Definições conceituais e operacionais dos antecedentes/estímulos do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022. Continuação

Dificuldades financeiras	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Situação aflitiva e/ ou adversa resultante do desequilíbrio na aquisição e/ou organização dos recursos financeiros.</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Relato de situação aflitiva e/ou adversa resultante do desequilíbrio na aquisição e/ou organização dos recursos financeiros.</p>
<p>Referências:</p> <p>FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Minidicionário Aurélio – O dicionário da língua portuguesa. 8 ed. Curitiba: Positivo, 2018.</p> <p>ZULLIG, L. L. <i>et. Al.</i> Financial Distress, Use of Cost-Coping Strategies, and Adherence to Prescription Medication Among Patients with Cancer. JCO Oncology Practice, v. 9, n. 6, p. 60-63, 2013.</p>	
Múltiplos sintomas relacionados à doença	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Presença de diversas manifestações clínicas relacionadas a alteração da função orgânica e/ou funcional do corpo, sendo percebidas e relatadas pelo indivíduo, e provenientes do estado e/ou nível de saúde.</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Relato da percepção de diferentes manifestações clínicas relacionadas a doença oncológica, que levam a alterações na função orgânica e/ou funcional do corpo, como astenia, falta de apetite, dispneia, dor, náuseas, entre outras. Para avaliação dos múltiplos sintomas relacionados à doença oncológica, a <i>Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)</i> pode ser utilizada. A ESAS é uma escala que traz como forma de avaliação a combinação de sintomas físicos e psicológicos frequentemente encontrados em pacientes com câncer. Possui uma graduação que varia de zero a 10, onde zero representa a ausência do sintoma e 10 representa o sintoma em sua mais forte manifestação. De acordo com instrumento, o indivíduo com pontuação maior ou igual a 1 apresenta sintomas relacionados à doença oncológica.</p>
<p>Referências:</p> <p>FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Minidicionário Aurélio – O dicionário da língua portuguesa. 8 ed. Curitiba: Positivo, 2018.</p> <p>MONTEIRO, D.R.; ALMEIDA, M. A.; KRUSE, M.H.L. Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para uso em cuidados paliativos. Rev Gaúcha Enferm, v. 34, n. 2, P. 163-171, 2013.</p>	
Toxicidades relacionadas ao tratamento	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Conjunto de possíveis efeitos provenientes de um desequilíbrio fisiológico nocivo, em consequência da exposição do indivíduo a uma modalidade terapêutica.</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Relato de toxicidades e/ou efeitos adversos após exposição a uma modalidade de tratamento oncológico, como a quimioterapia e/ou a radioterapia. O indivíduo exposto a quimioterapia comumente pode apresentar as seguintes toxicidades: supressão da medula óssea, alopecia, imunossupressão, náuseas e vômitos, mucosite, bem como mudanças sociais e emocionais.</p>

Quadro 5 – Definições conceituais e operacionais dos antecedentes/estímulos do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022. Conclusão

<p>Referências: BARROS SBM, DAVINO SC. Avaliação da toxicidade. In: Oga S, Camargo MMA, Batistuzzo JAO, editores. Fundamentos de toxicologia. 3ed. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 61-70. GOMES, R.A. <i>et al.</i> Avaliação da qualidade de vida de pacientes com doença oncohematológica em quimioterapia. Rev enferm UFPE [online], v.12, n.5, p.1200-1205, 2018.</p>	
Estímulos Residuais	
Pessoas com baixa escolaridade	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Pessoas com quatro anos ou menos de escolaridade e/ou de estudo formal (analfabetismo funcional).</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Será questionado ao indivíduo se ele frequentou a escola e por qual período (anos). Caso a resposta seja menor ou igual a quatro anos, será considerado com baixa escolaridade.</p>
<p>Referências: INAF. Indicador de alfabetismo funcional – INAF - Estudo especial sobre alfabetismo e mundo do trabalho. Instituto Paulo Montenegro. 2016. UNESCO. Alfabetização como liberdade. Brasília: UNESCO/MEC, 2003.</p>	
Déficit cognitivo	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Declínio da função cognitiva caracterizado por alterações na capacidade de memória, raciocínio, atenção, linguagem e/ou percepção, com repercussões nas habilidades para realização das atividades diárias.</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Para avaliação do déficit cognitivo o <i>Mini Exame do Estado Mental</i> (MEEM) pode ser utilizado. O MEEM consiste em um instrumento de rastreamento e avaliação da função cognitiva por meio dos seguintes domínios: orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. Para o resultado a soma dos pontos de cada item é realizada. Os valores utilizados no resultado do MEEM compreendem a função cognitiva normal qualquer pontuação igual ou superior a 27 pontos (de um total de 30 pontos). O indivíduo que apresente como resultado do MEEM pontuação menor ou igual a 24 pontos (se mais de 4 anos de escolaridade) ou menor ou igual a 17 pontos (se menos de 4 anos de escolaridade) será considerado com déficit cognitivo.</p>
<p>Referências: BERTOLUCCI, P.H.F. <i>et al.</i> O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arquivos de Neuropsiquiatria, São Paulo, v. 52, n. 1, p.1-7, 1994. MACHADO, J.C. <i>et al.</i> Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., v. 14, n. 1. p. 109-121, 2011.</p>	

Fonte: A autora, 2022.

As definições conceituais e operacionais dos consequentes estão descritas no Quadro 6.

Quadro 6 – Definições conceituais e operacionais dos consequentes/comportamentos do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022. Continua

Consequentes/ Comportamentos	
Abandono da terapêutica	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Situação de interrupção do tratamento e/ou do vínculo com o equipamento assistencial, envolvendo impactos negativos ao prognóstico de determinada condição de saúde.</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Relato de interrupção do tratamento e/ou do vínculo com o equipamento assistencial, envolvendo impactos negativos ao prognóstico de determinada condição de saúde.</p>
<p>Referências:</p> <p>ZULLIG, L. L. <i>et al.</i> Financial Distress, Use of Cost-Coping Strategies, and Adherence to Prescription Medication Among Patients with Cancer. JCO Oncology Practice, v. 9, n. 6, p. 60-63, 2013.</p>	
Complicações relacionadas ao prognóstico	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Circunstâncias ou eventos desfavoráveis com impacto significativo na provável evolução de determinada condição clínica.</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Relato de circunstâncias ou eventos desfavoráveis que impactam de forma significativa a provável evolução de determinada condição clínica.</p>
<p>Referências:</p> <p>FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Minidicionário Aurélio – O dicionário da língua portuguesa. 8 ed. Curitiba: Positivo, 2018.</p> <p>GUAN, T. <i>et al.</i> Illness uncertainty, coping, and quality of life among patients with prostate cancer. Psychooncology, v. 29, n. 6, p. 1019-1025, 2020.</p>	
Déficit no autocuidado	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Capacidade prejudicada para a realização de práticas de cuidado em benefício próprio, com repercussões no atendimento das necessidades de saúde e/ou na manutenção do bem-estar.</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Para avaliação do autocuidado, será utilizado o <i>Instrumento de Avaliação da Capacidade de Autocuidado de Pacientes Adultos – CADEM</i>. O instrumento avalia cinco funções (comunicação; atividades diárias; deambulação; eliminações e mobilização), onde cada uma das funções recebe pontos de 1 a 5. A soma total dos pontos das cinco funções define a capacidade do paciente: (05 pontos - apto para o autocuidado; 06 a 10 pontos - necessita de pouca ajuda; 11 a 17 pontos – necessidade moderada para exercer o autocuidado e 18 a 25 pontos - totalmente dependente). Caso o indivíduo apresente pontuação ≥ 06 pontos será considerado com déficit de autocuidado.</p>
<p>Referências:</p> <p>OREM, D.E. <i>Nursing concepts of practice</i>. 6th ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 2001.</p> <p>DIAS, Denise Costa. Instrumento para avaliação da capacidade de autocuidado de pacientes adultos: CADEM. Rev. bras. Enferm., v. 49, n. 3, p. 315-332, 1996.</p>	

Quadro 6 – Definições conceituais e operacionais dos consequentes/comportamentos do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022. Continuação

Comprometimento da qualidade de vida	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Prejuízo percebido e/ou vivenciado pelo indivíduo acerca de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, envolvendo o bem-estar espiritual, físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos, assim como, saúde, educação, habitação, saneamento básico e outras circunstâncias da vida.</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Para avaliação da qualidade de vida, será utilizado o instrumento <i>World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)</i>, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O WHOQOL-bref é composto por 26 questões, sendo duas questões gerais sobre qualidade de vida e 24 questões que compõem quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, e possuem quatro tipos de escalas de respostas, do tipo Likert: intensidade, capacidade, frequência e avaliação, todas graduadas em cinco níveis de 1 a 5. Os domínios são pontuados de forma independente, considerando a premissa de que a qualidade de vida é um construto multidimensional, dessa forma quanto maior o valor, melhor é o domínio e a qualidade de vida avaliada. O resultado final é expresso em porcentagem. Quanto mais distante de 100% for o seu resultado, de forma proporcional, pior será considerada a sua qualidade de vida.</p>
<p>Referências: FLECK, M. P. A. <i>et al.</i> Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. Revista de Saúde Pública, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Promoción de la salud: glosario. Genebra: WHO, 1998.</p>	
Conduta de enfrentamento ineficaz	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Conjunto de comportamentos, ações e/ou atitudes prejudiciais para lidar com informações, crises situacionais e/ou controlar as demandas relativas ao bem-estar.</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Para avaliação da conduta de enfrentamento ineficaz, será utilizado o <i>Inventário de Estratégias de Coping</i>. O instrumento composto por 66 itens que englobam pensamentos e ações utilizados para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico, classifica as estratégias de enfrentamento em oito fatores (confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva) e de acordo com a intensidade, por meio de uma escala tipo Likert ordinal de 4 pontos (não usei essa estratégia, usei um pouco, usei bastante e usei em grande quantidade). O valor mais alto na pontuação total de um fator em questão significa que o sujeito enfrenta mais adaptadamente as situações difíceis e tem melhores atitudes para enfrentar problemas. Quanto menor o valor total avaliado para cada fator, de forma proporcional, pior será considerada a conduta de enfrentamento.</p>

Quadro 6 – Definições conceituais e operacionais dos consequentes/comportamentos do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022. Continuação

<p>Referências: HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi; LOPES, Camila Takáó. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2021-2023. 12ed. Porto Alegre: Artmed. 2021. SAVOIA, Mariangela Gentil; SANTANA, Paulo Reinhardt; MEJIAS, Nilce Pinheiro. Adaptação do inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. Psicol. USP, São Paulo, v. 7, n. 1-2, p. 183-201, 1996.</p>	
<p>Desregulação do sistema imunológico</p>	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Desequilíbrio e/ou alterações na função imunológica do organismo caracterizada por modificações sistêmicas que falham na detecção, bloqueio e proteção contra componentes estranhos, como bactérias, vírus e outros patógenos.</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Deverá ser realizada a investigação dos registros em prontuário, incluindo a história clínica do paciente, os sinais e sintomas relacionados ao desequilíbrio do sistema imunológico (febre, alterações intestinais, desconforto abdominal, fadiga, alterações cutâneas, entre outros), assim como o resultado de exames laboratoriais e/ou de imagens (hemograma, imunoglobulinas, entre outros) que sinalizem o desequilíbrio da função imunológica do organismo.</p>
<p>Referências: ANTONI, M.H. et al. Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. Brain, Behavior, and Immunity, v. 23, n. 5, p. 580-591, 2009. CONDINO-NETO, A. Susceptibilidade a infecções: imaturidade imunológica ou imunodeficiência? Rev Med, v. 93, n. 2, p. 78-82, 2014.</p>	
<p>Desregulação do sistema neuroendócrino</p>	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Desequilíbrio e/ou alterações na produção e secreção de hormônios e substâncias químicas produzidas no organismo, com consequentes desajustes na regulação das atividades das células e órgãos.</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Deverá ser realizada a investigação dos registros em prontuário, incluindo a história clínica do paciente, os sinais e sintomas relacionados ao desequilíbrio do sistema neuroendócrino (fadiga, diminuição da força muscular, aumento/ perda ponderal repentina, alteração do nível pressórico, entre outros), assim como o resultado de exames laboratoriais e/ou de imagens (medição dos níveis sanguíneos dos hormônios endócrinos periféricos e/ou dos hormônios hipofisários, coleta urinária ou de concentrações salivares para pesquisa de cortisol livre, entre outros) que sinalizem o desequilíbrio da produção e secreção de hormônios e outras substâncias necessárias para a regulação das atividades celulares do organismo.</p>
<p>Referências: ANTONI, M.H. et al. Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. Brain, Behavior, and Immunity, v. 23, n. 5, p. 580-591, 2009. COHEN, S. <i>et al.</i> Chronic stress, glucocorticoid receptor resistance, inflammation, and disease risk. Proc natl acad sci USA [Internet], v. 109, n. 16, p. 5995-5999, 2012.</p>	

Quadro 6 – Definições conceituais e operacionais dos consequentes/comportamentos do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022. Continuação

Dificuldade para realizar o tratamento	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Barreiras e/ou adversidades que interferem na realização e/ou êxito da terapêutica.</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Relato de barreiras e/ou adversidades que interferem na realização e/ou êxito da terapêutica, e que podem envolver as características do próprio indivíduo, da condição de saúde, do tratamento, da falta de suporte e/ou recursos, entre outros fatores dificultadores..</p>
<p>Referências: GRANJA, M. C. L. M.; LIMA, F. L. T. de. Barreiras à Prevenção do Câncer e Tratamento Oncológico para a População em Situação de Rua. Revista Brasileira de Cancerologia, [S. l.], v. 66, n. 2, p. e-09816, 2020.</p>	
Distúrbios do sono	
<p>Definição Conceitual</p> <p>Despertares com tempo limitado em razão de fatores externos ou conjunto de alterações que interferem na capacidade de sono adequado, resultando na desregulação entre o sono e a vigília.</p>	<p>Definição Operacional</p> <p>Para avaliação de distúrbios do sono, será utilizado o instrumento <i>Mini Sleep Questionnaire</i> (MSQ). O MSQ é composto por 10 questões, as quais analisam diferentes aspectos relacionados ao sono: dificuldades em adormecer, acordar no meio da noite ou cedo da manhã, uso de medicamentos para dormir, sono não restaurador, sonolência excessiva diurna e ronco. As respostas são classificadas em uma escala de frequência com sete possibilidades (nunca=1; muito raramente=2; raramente=3; às vezes=4; frequentemente=5; muito frequentemente=6; e sempre=7). A soma total das 10 respostas gera um escore dividido em quatro níveis para o grau de distúrbios do sono: boa qualidade do sono (escore entre 10 e 24 pontos), dificuldade leve do sono (escore entre 25 e 27 pontos), dificuldade moderada do sono (escore entre 28 e 30 pontos) e dificuldade severa do sono (escore acima de 30 pontos). Caso o indivíduo apresente pontuação ≥ 25 pontos será caracterizada a presença de distúrbios do sono.</p>
<p>Referências: FALAVIGNA, A. <i>et al.</i> Consistency and reliability of the Brazilian Portuguese version of the Mini-Sleep Questionnaire in undergraduate students. Sleep Breath, v. 15, n. 3, p. 351-355, 2011. HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi; LOPES, Camila Takáo. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2021-2023. 12ed. Porto Alegre: Artmed. 2021. SARI, D. K. <i>et al.</i> Association Between Family Support, Coping Strategies and Anxiety in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy at General Hospital in Medan, North Sumatera, Indonesia. Asian Pac J Cancer Prev, v. 20, n. 10, p. 3015-3019, 2019.</p>	

Quadro 6 – Definições conceituais e operacionais dos consequentes/comportamentos do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022. Continuação

Estresse	
Definição Conceitual	Definição Operacional
Resposta ou reação do organismo diante de estímulos do ambiente interno e/ou externo, compreendidos como perigo e/ou ameaça, provocando alterações físicas, cognitivas, emocionais e/ou comportamentais com a finalidade de defesa, adaptação e/ou manutenção da vida em equilíbrio.	Para avaliação do estresse, pode ser utilizado o instrumento <i>Distress Thermometer</i> . A ferramenta permite que o paciente assinale o nível de <i>distress</i> (estresse excessivo), partindo do 0 (zero) - sem <i>distress</i> - até 10 (dez) - <i>distress</i> extremo (se considera o escore maior ou igual a 04 como ponto de corte). Caso o indivíduo apresente escore maior ou igual a quatro, será considerado com <i>distress</i> .
<p>Referências:</p> <p>DECAT, C.S.; LAROS, J.A.; ARAUJO, T. C. C. F. Termômetro de <i>distress</i>: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. Psico USF, v. 14, n. 3, p. 243-260, 2009.</p> <p>LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company, 1984.</p> <p>SILVA, R. M.; GOULART, C. T.; GUIDO, L. A. Evolução histórica do conceito de estresse. Rev. Cient. Sena Aires, v. 7, n. 2, p. 148-156, 2018.</p>	
Fadiga	
Definição Conceitual	Definição Operacional
Sensação opressiva e prolongada de exaustão e capacidade diminuída de realizar trabalho físico e mental no nível habitual.	Para avaliação da fadiga, o <i>Inventário Multidimensional de Fadiga (IMF-20)</i> pode ser utilizado. O instrumento é composto por 20 itens, dispostos em cinco subescalas, relacionadas a diferentes dimensões da fadiga (Fadiga geral; Fadiga física; Atividade reduzida; Motivação reduzida e Fadiga mental), cujas afirmações referem-se a aspectos da fadiga experimentados durante os dias anteriores. A pontuação é calculada para cada subescala, variando de quatro a 20 pontos em uma proporção direta com o grau de fadiga. A avaliação será realizada pelo indivíduo, e quanto maior o escore, de forma proporcional, será considerado o grau de fadiga.
<p>Referências:</p> <p>BAPTISTA, Renata Lyrio R. et al. Psychometric properties of the multidimensional fatigue inventory in Brazilian Hodgkin's lymphoma survivors. Journal of pain and symptom management, v. 44, n. 6, p. 908-915, 2012.</p> <p>HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi; LOPES, Camila Takáo. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2021-2023. 12ed. Porto Alegre: Artmed. 2021.</p>	
Limitações funcionais	
Definição Conceitual	Definição Operacional
Redução das capacidades ou habilidades para o desempenho de ações ou atividades habituais, com repercussões na vida social, na capacidade de trabalho e no autocuidado.	Para avaliação das limitações funcionais, será utilizado a <i>Escala de Zubrod (ECOG)</i> , que avalia como a doença oncológica afeta as habilidades de vida diária do paciente, com escore que varia de zero (totalmente ativo, capaz de continuar todo o desempenho de pré-doença, sem restrição) a cinco pontos (morto). O indivíduo com pontuação maior ou igual a 1 será considerado com limitação funcional.

Quadro 6 – Definições conceituais e operacionais dos consequentes/comportamentos do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022. Continuação

<p>Referências: ALLEN, S. M. <i>et al.</i> A problem-solving approach to stress reduction among younger women with breast carcinoma: a randomized controlled trial. Cancer, v. 94, n. 12, p. 3089-3100, 2002. BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Cuidados Paliativos Oncológicos: controle da dor - Rio de Janeiro: INCA, 2001. PEREIRA, Esdras Edgar Batista; SANTOS, Nadia Barreto dos; SARGES, Edilene do Socorro Nascimento Falcão. Avaliação da capacidade funcional do paciente oncogeriátrico hospitalizado. Rev Pan-Amaz Saude, v. 5, n. 4, p. 37-44, 2014.</p>	
Sofrimento mental	
Definição Conceitual	Definição Operacional
<p>Disfunções da atividade cerebral e/ou perturbação do bem-estar mental, caracterizada pela combinação de pensamentos, percepções, emoções e comportamentos prejudiciais com impactos significativos sobre a saúde.</p>	<p>Para avaliação do sofrimento mental, será utilizado o instrumento multidimensional <i>Self-Reporting Questionnaire</i> (SRQ-20). O SRQ-20 é composto por 20 itens do tipo sim/não, contemplando as dimensões: humor depressivo-ansioso; sintomas somáticos; diminuição de energia vital e pensamentos depressivos. Caso o indivíduo apresente pontuação maior do que sete pontos será considerada a sugestão do sofrimento mental.</p>
<p>Referências: GONÇALVES, D.M.; STEIN, A.T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do <i>Self-Reporting Questionnaire</i> como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSMIV-TR. Cad Saude Publica., v. 24, n. 2, p. 380-390, 2008. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental health: a state of well-being. Genebra: WHO, 2014.</p>	
Uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas	
Definição Conceitual	Definição Operacional
<p>Consumo de substâncias, naturais ou sintéticas, que causam alguma alteração no funcionamento do organismo, a depender do tipo, quantidade e características pessoais de quem as utiliza, podendo levar a dependência e/ou abuso, a partir do uso nocivo, com repercussões biológicas, psicológicas e/ou sociais.</p>	<p>Para a avaliação do uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas, será utilizado o instrumento <i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST</i>. O ASSIST consiste em um questionário estruturado com oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos, e opiáceos). As questões abordam a frequência de uso, na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável. Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 a 4, sendo que a soma total pode variar de 0 a 20. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional, de 4 a 15 como indicativa de abuso e > 16 como sugestiva de dependência. Caso o indivíduo apresente pontuação ≥ 4 pontos será caracterizado o abuso de álcool e/ou outras drogas.</p>

Quadro 6 – Definições conceituais e operacionais dos consequentes/comportamentos do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022. Conclusão

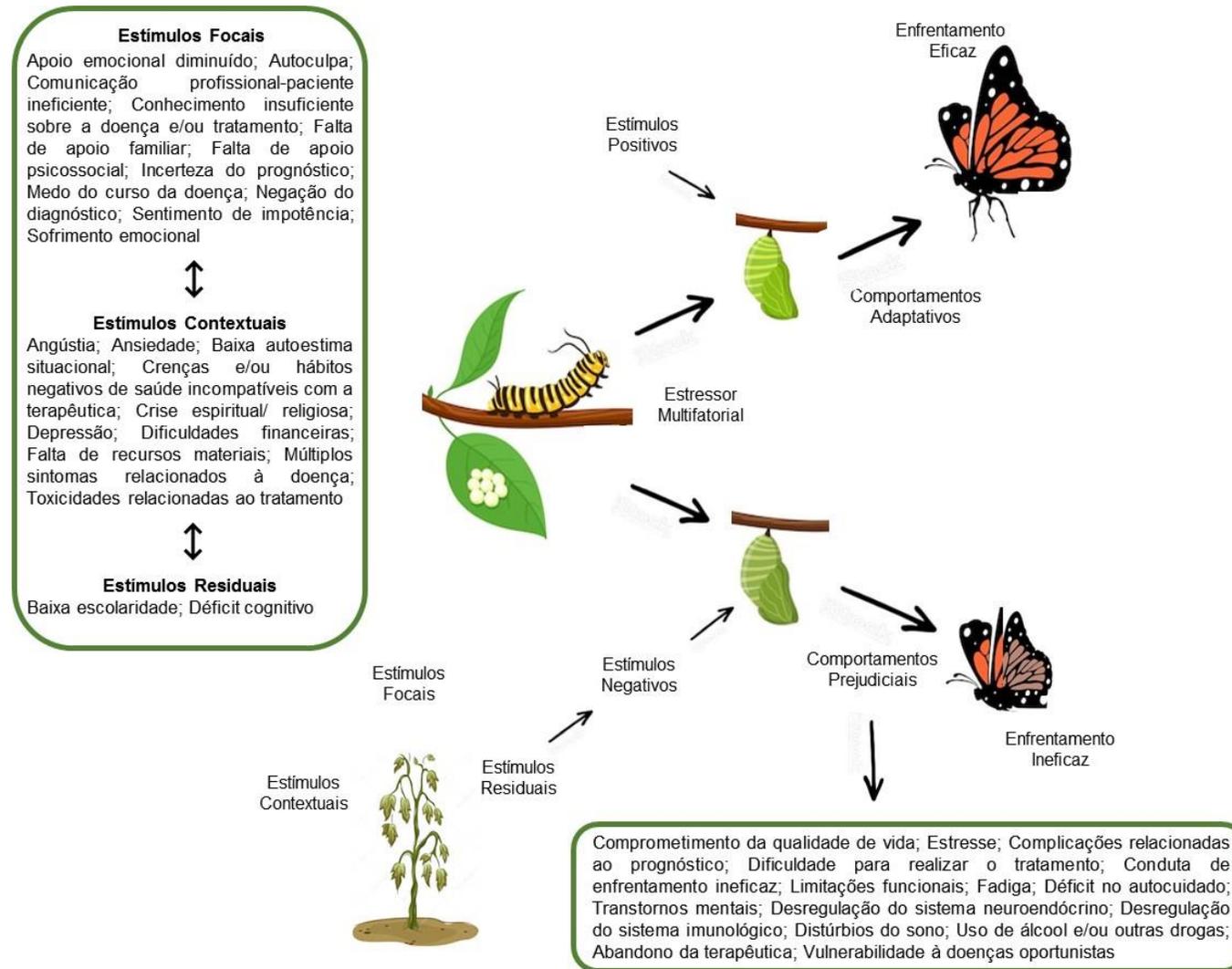
<p>Referências: GUAN, T. et al. Illness uncertainty, coping, and quality of life among patients with prostate cancer. <i>Psychooncology</i>, v. 29, n. 6, p. 1019-1025, 2020. HENRIQUE, I. F. S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). <i>Revista da Associação Médica Brasileira</i> [online], v. 50, n. 2, p. 199-206, 2004. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Tradução: Dorgival Caetano, 1ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 69-82, 1993.</p>	
<p>Vulnerabilidade a doenças oportunistas</p>	
<p>Definição Conceitual Suscetibilidade à doenças causadas por agentes de baixa patogenicidade (incluindo bactérias, protozoários, fungos e vírus), devido à diminuição da capacidade imunitária do indivíduo.</p>	<p>Definição Operacional Deverá ser realizada a investigação da história clínica do paciente, incluindo os sinais e sintomas relacionados a ocorrência de doenças oportunistas (febre; tosse; dispnéia; confusão mental; náuseas; vômitos; entre outros), assim como a observação dos resultados de exames laboratoriais e/ou de imagens que sinalizem a diminuição da capacidade imunitária do indivíduo e/ou a presença de patógenos oportunistas (hemograma, urocultura, marcadores inflamatórios como o PCR e VHS, pesquisa de vírus e bactérias no sangue, dosagem de anticorpos, entre outros).</p>
<p>Referências: BRASIL. Ministério da Saúde. Tesouro eletrônico. BVS Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsm2.saude.gov.br/cgi-bin/multites/mtwdk.exe?k=default&l=60&w=4678&n=1&s=5&t=2>. CONDINO-NETO, A. Susceptibilidade a infecções: imaturidade imunológica ou imunodeficiência? <i>Rev Med</i>, v. 93, n. 2, p. 78-82, 2014. DONOWITZ, G.R. et al. Infections in the neutropenic patient – new views of an old problem. <i>Hematology</i>, v. 1, 113-139, 2001.</p>	

Fonte: A autora, 2022.

5.1.2 Desenvolvimento do esquema pictorial da TMA

Para o desenvolvimento do pictograma ilustrado (Figura 2), utilizaram-se os atributos essenciais, antecedentes e consequentes clínicos encontrados na literatura acerca do DE “Enfrentamento Ineficaz” para pacientes oncológicos, com equivalência aos conceitos do MACR e a metamorfose das borboletas. O pictograma foi elaborado com a finalidade de facilitar o entendimento das relações causais entre os conceitos chaves (LOPES; SILVA, 2016). Para a explicação da representação gráfica, o pictograma, os seguintes tópicos foram construídos: metamorfose das borboletas, com demonstração do ciclo de vida e a sua relação com a oncologia; e esquema pictorial da metamorfose e a equivalência com o Modelo de Adaptação de *Sister Callista Roy* (MACR).

Figura 2 – Pictograma com a inter-relação dos conceitos do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022.



Fonte: A autora, 2022.

5.1.2.1 Metamorfose das borboletas com demonstração do ciclo de vida e a sua relação com a oncologia

Na natureza, as borboletas são importantes indicadores da biodiversidade total e de alterações ecológicas em ambientes florestais, por fornecerem respostas rápidas sobre os impactos ambientais. Por essa característica, são utilizadas como modelo em pesquisas no âmbito da ecologia de populações e comportamento, pela grande facilidade de marcação em suas asas, assim como no campo da genética da seleção natural e em processos básicos, como alimentação, parasitismo, camuflagem (adaptação ao ambiente), entre outros (DESSUY & MORAIS, 2007; ROUPA, 2012).

O seu ciclo de vida é caracterizado por uma metamorfose completa, que compreende um processo de modificações que levam ao seu desenvolvimento e a sua forma adulta definitiva. Essa transformação é formada por fases distintas: o ovo, a larva, a pupa e o ser adulto (borboleta). O ovo marca o início da vida e é posto, geralmente, em folhas rídigas, para garantir a sustentação e o seu alimento na fase larval. Na fase larval, também denominada de largata, o animal se alimenta das folhas em que foi colocado. A alimentação nessa fase é fundamental para a sobrevivência e transformação até a fase adulto, pois, por meio dela, o animal realiza o acúmulo de energia para o seu desenvolvimento. Em seguida, o animal inicia a fase da pupa, caracterizada pela crisálida, que irá garantir as transformações necessárias para a fase adulta, a borboleta (RAFAEL et al., 2012). O formato e a cor estrutural das asas da borboleta possibilitam uma série de fenômenos físicos, como efeitos de refração, fluorescência e iridescência, que contribuem para a sua capacidade de adaptabilidade e sobrevivência no ambiente (ASSIS, 2013; TSAI et al., 2020).

Nessa perspectiva, a simbologia entre a metamorfose das borboletas e a oncologia está relacionada com as transformações que o diagnóstico do câncer pode acarretar na trajetória de vida e nos mecanismos de enfrentamento do sujeito, capazes de levar ao renascimento de uma nova pessoa (COSTA; SOARES, 2015). Essa metamorfose está associada com as transições na vida do ser humano no enfrentamento do câncer, por contemplar suas inquietudes, emoções de perdas, tristeza e medo, assim como, suas expectativas, esperanças, desejos, além das experiências, das relações construídas e das necessidades de ajustes nas dimensões psicológica e espiritual, envolvidas nesse processo de enfrentamento (SLATTERY; CORBETT, 2004).

5.1.2.2 Esquema pictorial da metamorfose e a equivalência com o Modelo de Adaptação de *Sister Callista Roy* (MACR)

O esquema pictorial utilizou a metamorfose das borboletas e a equivalência com o MACR, para ilustrar o processo do enfrentamento do câncer. O ser humano nasce – fase representada pelo ovo – e cresce, assim como a lagarta. Nesse processo de transição das fases do indivíduo (lagarta), diversas alterações físicas e sociais são vivenciadas, entre elas o enfrentamento de doenças, como o câncer, constituindo na representação gráfica como o estressor multifatorial.

Nesse contexto, considerando que o nível de adaptação do indivíduo é influenciado pelo seu desenvolvimento e pelo uso dos mecanismos de enfrentamento, a depender dos antecedentes ou estímulos, correlacionando ao MACR, o enfrentamento e/ou adaptação diante do diagnóstico do câncer pode resultar em diferentes comportamentos/respostas e/ou consequentes.

O indivíduo que recebe estímulos positivos que favorecem o enfrentamento do câncer, fase representada pela pupa/crisálida na metamorfose, são conduzidos à elaboração de comportamentos adaptativos que proporcionam o enfrentamento eficaz, representado pela borboleta saudável. Porém, os indivíduos que interagem com o ambiente e recebem estímulos negativos, constituído de estímulos focais, contextuais e residuais, representados pela planta com folhas danificadas que constitui fonte de nutrientes nocivos para a lagarta, são levados a respostas/comportamentos prejudiciais, que resultam em problemas adaptativos e, conseqüentemente, no enfrentamento ineficaz, representado pela borboleta com danos estruturais no tamanho, formato e cores das asas.

Assim como na transformação da borboleta, o ser humano que vivencia o processo de enfrentamento do câncer se envolve em um casulo (crisálida), caracterizado por uma fase de transição, de tempo relativo, na qual estímulos estão relacionados e são reexaminadas crenças, hábitos e/ou valores, e que culminam em um novo ser, adaptado ou não a uma nova condição: o câncer.

5.1.3 Construção das proposições da TMA

As proposições foram construídas a partir da integração teórica dos achados provenientes da RI aos conceitos do MACR. Foram elaboradas as proposições contidas no quadro 7, de forma a organizar o conhecimento produzido e embasar o estabelecimento das relações de causalidade da etapa seguinte.

Quadro 7 – Proposições com a inter-relação dos conceitos da Teoria de Médio Alcance do Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Recife, Pernambuco, 2022.

Proposições para os antecedentes
A <i>baixa escolaridade</i> consiste em estímulo encontrado em pacientes com <i>conhecimento insuficiente sobre a doença e/ou tratamento</i> oncológico.
Fatores clínicos como <i>ansiedade, depressão e déficit cognitivo</i> consistem em estímulos encontrados em pacientes com <i>conhecimento insuficiente sobre a doença e/ou tratamento</i> oncológico.
O conhecimento insuficiente sobre a doença e/ou tratamento oncológico está relacionado a <i>comunicação profissional-paciente ineficiente</i> .
O conhecimento insuficiente sobre a doença e/ou tratamento oncológico está relacionado ao <i>medo do curso da doença e a incerteza do prognóstico</i> .
A comunicação profissional-paciente ineficiente colabora para existência de <i>crenças e/ou hábitos de saúde incompatíveis com a terapêutica</i> e prejudica a capacidade de enfrentamento adaptativo.
A dificuldade no gerenciamento de estressores como os <i>múltiplos sintomas relacionados à doença e as toxicidades relacionadas ao tratamento</i> contribui para o <i>sentimento de impotência, a baixa autoestima situacional e o sofrimento emocional</i> .
O sofrimento emocional é encontrado em pacientes oncológicos que apresentam <i>apoio emocional diminuído, apoio familiar insuficiente e/ou apoio psicossocial insuficiente</i> .
O apoio emocional diminuído está relacionado a <i>sentimentos de angústia e autculpa</i> diante do diagnóstico do câncer.
<i>Crise espiritual/ religiosa</i> juntamente com conhecimento insuficiente sobre a doença e/ou tratamento dificulta a construção de comportamentos adaptativos diante da doença oncológica.
<i>Dificuldades financeiras e o déficit de recursos materiais</i> juntamente com conhecimento insuficiente sobre a doença e/ou tratamento dificultam a construção de comportamentos adaptativos diante da doença oncológica.
Proposições para os consequentes
A <i>desregulação do sistema neuroendócrino e/ou do sistema imunológico</i> , assim como a <i>vulnerabilidade à doenças oportunistas</i> se relacionam a fatores como o apoio psicossocial insuficiente e o apoio emocional diminuído.
Os múltiplos sintomas e toxicidades relacionados com a terapêutica contribuem para as <i>limitações funcionais e a sensação de fadiga</i> .
A <i>dificuldade para realização do tratamento, a conduta de enfrentamento ineficaz e o abandono da terapêutica</i> são comportamentos presentes em pacientes que apresentam dificuldades financeiras e/ou déficit de recursos materiais.
A <i>dificuldade para realização do tratamento, a conduta de enfrentamento ineficaz e o abandono da terapêutica</i> são comportamentos presentes em pacientes com apoio emocional diminuído.
O <i>comprometimento da qualidade de vida</i> é perceptível nos pacientes oncológicos que apresentam conhecimento insuficiente sobre a doença e/ou tratamento oncológico.
A <i>incerteza do prognóstico</i> leva ao estado emocional de <i>estresse</i> nos pacientes oncológicos.
O conhecimento insuficiente sobre a doença e/ou tratamento oncológico contribui para o comportamento de <i>déficit no autocuidado</i> .
A <i>negação do diagnóstico</i> juntamente com a comunicação profissional-paciente ineficiente leva a <i>complicações relacionadas ao prognóstico</i> .
Os sentimentos de angústia, autculpa e impotência diante da doença oncológica favorecem o surgimento do <i>sofrimento mental</i> .
O <i>uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas</i> são comportamentos associados ao apoio psicossocial insuficiente durante o tratamento oncológico.
Os <i>distúrbios do sono</i> são comportamentos associados ao apoio psicossocial insuficiente durante o tratamento oncológico.

Fonte: A autora, 2022.

5.1.4 Estabelecimento das relações de causalidade e de evidências para a prática

Segundo Lopes, Silva e Herdman (2015), as relações de causalidade, construídas a partir da TMA, auxiliam o pensamento crítico do profissional no estabelecimento de inferências diagnósticas coerentes com a realidade clínica (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015). Dessa forma, as relações causais foram estabelecidas, considerando os antecedentes/ estímulos, em conformidade aos conceitos do MACR, do “Enfrentamento Ineficaz” para pacientes oncológicos, e estão descritas a seguir, a fim de conduzir a um julgamento clínico.

As diferentes características sociais, educacionais e culturais, assim como as condições clínicas do paciente, interferem no lidar com as situações estressoras provenientes do diagnóstico de câncer (JABBARIAN et al., 2020). Os conflitos no âmbito espiritual/religioso, como, por exemplo, o descontentamento espiritual/religioso e pensamentos sobre punição ou “abandono de Deus”, levam a desfechos negativos para o paciente, como o sofrimento emocional (CANADA et al., 2022).

O ajustamento psicossocial e a elaboração de mecanismos de enfrentamento, por meio do conhecimento sobre a terapêutica oncológica, também são influenciados pelo nível econômico e educacional dos pacientes (RIZALAR et al., 2014). As dificuldades financeiras e de acesso a recursos, como tecnologias e serviços de saúde, influenciam a baixa adesão e/ou descontinuação da terapêutica e a pior sobrevida global (HALPERN et al., 2008; NEUGUT et al. 2011; ZULLIG et al., 2013).

A incerteza quanto ao prognóstico é uma fonte significativa de estresse psicossocial, que resulta em prejuízos ao bem-estar dos pacientes com câncer, influencia negativamente a capacidade de enfrentamento da doença oncológica e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida, até mesmo após a conclusão do tratamento ativo do câncer, na sobrevivência a longo prazo (GRAMLING et. al., 2018; GUAN et al., 2020).

O compartilhamento de informações personalizadas sobre a doença oncológica está associado a menores níveis de sintomas ansiosos e depressivos, assim como a um maior ajuste psicossocial (SCHOFIELD et al., 2003; D'SOUZA et al., 2013). O comprometimento cognitivo também se relaciona de forma negativa ao conhecimento insuficiente para o gerenciamento do câncer, com repercursões no acesso ao tratamento, na realização dos cuidados estabelecidos pelas diretrizes e equipe oncológica, assim como na tomada de decisão em relação à terapêutica (BAILLARGEON et al., 2011).

Os comportamentos de evitação, como a negação diante do diagnóstico do câncer, estão associados a emoções, como a incerteza e o medo da doença, que podem dificultar a elaboração

do enfrentamento adaptativo e, conseqüentemente, influenciar a qualidade de vida de forma prejudicial (PARKER et al., 2013). A negação e o desengajamento comportamental durante o tratamento do câncer estão associados a maior sofrimento mental (SHERMAN et al., 2000).

A autculpabilização, relacionada ao diagnóstico do câncer, está associada a menores níveis de bem-estar físico e psicológico, sobretudo se um suporte emocional estiver diminuído (NIPP et al., 2016). As estratégias cognitivas e comportamentais que os pacientes oncológicos utilizam para o enfrentamento do estresse e sofrimento psicológico podem resultar no alívio ou na sustentação da incerteza do curso da doença e contribuir, respectivamente, para a melhora ou piora dos níveis de estresse psicológico e bem-estar (GUAN et al., 2020).

Os efeitos dos agentes quimioterápicos e os múltiplos sintomas da doença oncológica, como anemia, anorexia e miastenia, estão relacionados a maior sofrimento emocional, maior sensação de fadiga, menor capacidade funcional e qualidade de vida (ALLEN et al., 2002; VERMAETE et al., 2014; DAHAL; MEHETA, 2018; GUAN et al., 2020; GIESLER; WEIS, 2021).

O estabelecimento do vínculo entre o paciente, a família e a equipe de profissionais favorece a aceitação e o comportamento adaptativo à doença oncológica, a partir da construção de recursos, internos e externos, que ressaltam a autonomia e o protagonismo do paciente no processo do enfrentamento ao câncer (ALLEN et al., 2002). A compreensão da multidimensionalidade humana, pela equipe de assistência oncológica, permite auxiliar positivamente na capacidade de mobilização de recursos adaptativos pelo paciente, especialmente no lidar com uma doença ameaçadora à vida, como o câncer (SORATO, 2013; FILHO; KHOURY, 2018; JABBARIAN et al., 2020).

5.2 EQUIVALÊNCIA ENTRE OS ELEMENTOS DA TMA E OS COMPONENTES DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ENFRENTAMENTO INEFICAZ PROPOSTOS PELA NANDA – I

Os fatores relacionados, presentes na taxonomia da NANDA – I, para o diagnóstico de enfermagem “Enfrentamento ineficaz”, com ideia equivalente aos antecedentes encontrados neste estudo, foram: alto grau de ameaça (múltiplos sintomas relacionados à doença e toxicidades relacionadas ao tratamento); apoio social insuficiente (apoio familiar insuficiente e apoio psicossocial insuficiente); confiança inadequada na capacidade de lidar com uma situação (baixa autoestima situacional); recursos inadequados (déficit de recursos materiais e dificuldades financeiras); e sensação de controle insuficiente (incerteza do prognóstico, medo

do curso da doença e sentimento de impotência).

Para as características definidoras, presentes na taxonomia da NANDA – I, com equivalência aos consequentes provenientes dos achados da literatura, tem-se: abuso de substâncias (uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas); alteração no padrão de sono (distúrbios do sono); estratégias de enfrentamento ineficazes (conduta de enfrentamento ineficaz); fadiga; e incapacidade de lidar com uma situação (abandono da terapêutica).

Além disso, foram acrescentados, ao diagnóstico, dez antecedentes/estímulos (angústia; ansiedade; apoio emocional diminuído; autculpa; comunicação profissional-paciente ineficiente; conhecimento insuficiente sobre a doença e/ou tratamento; crenças e/ou hábitos de saúde incompatíveis com a terapêutica; crise espiritual/religiosa; negação do diagnóstico; e sofrimento emocional), duas condições associadas (déficit cognitivo e depressão), uma população de risco (baixa escolaridade) e dez consequentes/comportamentos (complicações relacionadas ao prognóstico; comprometimento da qualidade de vida; déficit no autocuidado; desregulação do sistema imunológico; desregulação do sistema neuroendócrino; dificuldade para realizar o tratamento; estresse; limitações funcionais; sofrimento mental; e vulnerabilidade a doenças oportunistas).

A realização da revisão e a análise dos atributos do diagnóstico em estudo apontaram a necessidade de uma definição mais abrangente, haja vista que as diferentes dimensões humanas (física, psicológica, social e espiritual) são envolvidas no enfrentamento do câncer e se relacionam a um processo de regulação emocional, diante de estressores de etiologia multifatorial, que repercutem na saúde e no bem-estar dos pacientes oncológicos. Dessa forma, foi sugerida a seguinte proposta para o DE “Enfrentamento Ineficaz”: “Padrão inválido no gerenciamento de estressores multifatoriais, com esforços cognitivos e/ ou comportamentais ineficazes no controle da regulação emocional das demandas relativas ao bem-estar biopsicossocioespiritual”.

A proposta para o fenômeno do enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos, a partir da TMA, que seguiu para validade de conteúdo por juízes, contou com uma nova formulação da definição, 23 antecedentes/estímulos e 15 consequentes/comportamentos, dos quais dez antecedentes/estímulos e cinco consequentes/comportamentos apresentaram correlação com termos descritos na NANDA – I, para o diagnóstico de enfermagem “Enfrentamento Ineficaz”, conforme o Quadro 8.

Quadro 8 – Equivalência entre os termos descritos na NANDA – I e os componentes do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos a partir da Teoria de Médio Alcance. Recife, Pernambuco, 2022. Continua

Taxonomia NANDA – I	Teoria de Médio Alcance	Proposta deste estudo
DE Enfrentamento ineficaz	Enfrentamento ineficaz em pacientes oncológicos	DE Enfrentamento ineficaz em pacientes oncológicos
Definição		
Padrão de avaliação inválida de estressores, com esforços cognitivos e/ou comportamentais, que falha em controlar as demandas relativas ao bem-estar.	Padrão inválido no gerenciamento de estressores multifatoriais, com esforços cognitivos e/ou comportamentais ineficazes no controle da regulação emocional das demandas relativas ao bem-estar biopsicossocioespiritual.	Padrão inválido no gerenciamento de estressores multifatoriais, com esforços cognitivos e/ou comportamentais ineficazes no controle da regulação emocional das demandas relativas ao bem-estar biopsicossocioespiritual.
Fatores relacionados	Antecedentes/ Estímulos	Fatores relacionados
Alto grau de ameaça	Múltiplos sintomas relacionados à doença	Múltiplos sintomas relacionados à doença
	Toxicidades relacionadas ao tratamento	Toxicidades relacionadas ao tratamento
Apoio social insuficiente	Apoio familiar insuficiente	Apoio familiar insuficiente
	Apoio psicossocial insuficiente	Apoio psicossocial insuficiente
Confiança inadequada na capacidade de lidar com uma situação	Baixa autoestima situacional	Baixa autoestima situacional
Recursos inadequados	Déficit de recursos materiais	Déficit de recursos materiais
	Dificuldades financeiras	Dificuldades financeiras
Sensação de controle insuficiente	Incerteza do prognóstico	Incerteza do prognóstico
	Medo do curso da doença	Medo do curso da doença
	Sentimento de impotência	Sentimento de impotência
Avaliação imprecisa de ameaças	-	Avaliação imprecisa de ameaças
Estratégias ineficazes para alívio de tensão	-	Estratégias ineficazes para alívio de tensão
Incapacidade de conservar energias adaptativas	-	Incapacidade de conservar energias adaptativas
Oportunidade inadequada de preparar-se para estressores	-	Oportunidade inadequada de preparar-se para estressores
-	Angústia	Angústia
-	Ansiedade	Ansiedade
-	Apoio emocional diminuído	Apoio emocional diminuído
-	Autoculpa	Autoculpa
-	Comunicação profissional-paciente ineficiente	Comunicação profissional-paciente ineficiente
-	Conhecimento insuficiente sobre a doença e/ou tratamento	Conhecimento insuficiente sobre a doença e/ou tratamento
-	Crenças e/ou hábitos de saúde incompatíveis com a terapêutica	Crenças e/ou hábitos de saúde incompatíveis com a terapêutica
-	Crise espiritual/ religiosa	Crise espiritual/ religiosa
-	Negação do diagnóstico	Negação do diagnóstico
-	Sofrimento emocional	Sofrimento emocional

Quadro 8 – Equivalência entre os termos descritos na NANDA – I e os componentes do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos a partir da Teoria de Médio Alcance. Recife, Pernambuco, 2022.

Continuação

-	-	Condições associadas
-	Déficit cognitivo	Déficit cognitivo
-	Depressão	Depressão
População em risco		População em risco
Crise maturacional	-	Pessoas em crise maturacional
Crise situacional	-	Pessoas em crise situacional
-	Pessoas com baixa escolaridade	Pessoas com baixa escolaridade
Características definidoras	Consequentes/Comportamentos	Características definidoras
Abuso de substâncias	Uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas	Uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas
Acesso insuficiente a apoio social	-	Acesso insuficiente a apoio social
Alteração na concentração	-	Alteração na capacidade de atenção
Alteração no padrão de sono	Distúrbios do sono	Alteração no padrão de sono
Comportamento de assumir riscos	-	Comportamento de assumir riscos
Comportamento destrutivo em relação a si mesmo	-	Comportamento destrutivo em relação a si mesmo
Comportamento destrutivo em relação aos outros	-	Comportamento destrutivo em relação aos outros
Comportamento voltado a metas insuficiente	-	Comportamento voltado a metas insuficiente
Dificuldade para organizar informações	-	Dificuldade para organizar informações
Doença frequente	-	Doença frequente
Estratégias de enfrentamento ineficazes	Conduta de enfrentamento ineficaz	Estratégias de enfrentamento ineficazes
Fadiga	Fadiga	Fadiga
Habilidades insuficientes para a solução de problemas	-	Habilidades insuficientes para a solução de problemas
Incapacidade de atender às expectativas do papel	-	Incapacidade de atender às expectativas do papel
Incapacidade de lidar com uma situação	Abandono da terapêutica	Incapacidade de lidar com uma situação
Incapacidade de pedir ajuda	-	Incapacidade de pedir ajuda
Incapacidade de satisfazer às necessidades básicas	-	Incapacidade de satisfazer às necessidades básicas
Incapacidade de seguir informações	-	Incapacidade de seguir informações
Mudança no padrão de comunicação	-	Mudança no padrão de comunicação
Resolução insuficiente de problemas	-	Resolução insuficiente de problemas
-	Comprometimento da qualidade de vida	Comprometimento da qualidade de vida

Quadro 8 – Equivalência entre os termos descritos na NANDA – I e os componentes do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos a partir da Teoria de Médio Alcance. Recife, Pernambuco, 2022. Conclusão

Taxonomia NANDA – I	Teoria de Médio Alcance	Proposta deste estudo
DE Enfrentamento ineficaz	Enfrentamento ineficaz em pacientes oncológicos	DE Enfrentamento ineficaz em pacientes oncológicos
-	Complicações relacionadas ao prognóstico	Complicações relacionadas ao prognóstico
-	Déficit no autocuidado	Déficit no autocuidado
-	Desregulação do sistema imunológico	Desregulação do sistema imunológico
-	Desregulação do sistema neuroendócrino	Desregulação do sistema neuroendócrino
	Dificuldade para realizar o tratamento	Dificuldade para realizar o tratamento
-	Estresse	Estresse
-	Limitações funcionais	Limitações funcionais
-	Sofrimento mental	Sofrimento mental
-	Vulnerabilidade à doenças oportunistas	Vulnerabilidade à doenças oportunistas

Fonte: A autora, 2022.

5.3 VALIDADE DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ENFRENTAMENTO INEFICAZ PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS

Para a realização desta etapa, participaram 60 juízes. Os participantes apresentaram, em média, 33,3 anos ($\pm 6,65$) ($p < 0,001$; teste de Shapiro-Wilk). A maioria se declarou mulher cisgênero (85,0%), procedente da região nordeste do Brasil (86,7%) e um participante de outro país. Sobre a titulação profissional, 66,7% possui especialização e 63,3% referiu que as pesquisas para conclusão da titulação profissional foram relacionadas com a oncologia. Em relação à área/tema do trabalho de titulação, 23,3% realizou pesquisas em outras áreas, que corresponderam a temáticas no âmbito da espiritualidade, práticas integrativas, cuidados paliativos, neuropsiquiatria e ciências do comportamento.

Quanto ao exercício profissional, 81,7% exerce a função assistencial ou hospitalar, 86,7% atua com pacientes oncológicos e a faixa de tempo de experiência mais frequente foi de um a seis anos (63,3%). Sobre a experiência com terminologias de enfermagem, 35,0% relatou ter desenvolvido estudos relacionados com diagnósticos de enfermagem e 28,3% referiu alguma participação em projeto de pesquisa sobre esse tema. A realização de pesquisas na área de oncologia e a participação em grupo de pesquisas nessa área foi relatado por 53,3% e 28,3% dos participantes, respectivamente.

Com relação à utilização de diagnóstico de enfermagem na prática assistencial, 90,0% informou a utilização dessa terminologia e 36,7% identificou, com frequência, o diagnóstico de

enfermagem “Enfrentamento ineficaz”, durante essa prática. No tocante à atuação docente, 38,3% ministrou disciplinas sobre diagnóstico de enfermagem, 18,3% sobre enfrentamento ineficaz e 30,0% sobre oncologia. De acordo com a classificação adotada de Benner, Tanner e Chesla (2009), a avaliação do nível de expertise dos juízes mostrou que 48,3% são principiantes e somente 3,3% são experts. Outras informações estão descritas na tabela 2.

Tabela 2 — Caracterização dos juízes participantes do processo de validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos (n=60). Recife, Pernambuco, 2022

Variáveis	n	%
<i>Continua</i>		
Gênero		
Mulher cisgênero	51	85,0
Homem cisgênero	8	13,3
Prefiro não responder	1	1,7
Região do Brasil/ Exterior		
Nordeste	52	86,7
Sudeste	5	8,3
Sul	2	3,3
Exterior	1	1,7
Atuação profissional		
Assistencial/ Hospitalar	49	81,7
Ensino	11	18,3
Faixa de tempo de experiência profissional em oncologia		
Sem experiência	8	13,3
1 a 6 anos	38	63,3
7 a 12 anos	10	16,7
13 a 18 anos	1	1,7
19 a 24 anos	1	1,7
25 a 30 anos	2	3,3
Titulação profissional		
Especialista	40	66,7
Mestrado	13	21,7
Doutorado	7	11,7
Área/ tema do trabalho de titulação		
Oncologia	38	63,3
Outra área/ tema	14	23,3
Terminologias/ Diagnósticos de Enfermagem	8	13,3
Desenvolvimento de estudos com a temática de Terminologias/ Classificações de Enfermagem		
Não	44	73,3
Sim	16	26,7

Tabela 2 — Caracterização dos juízes participantes do processo de validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos (n=60). Recife, Pernambuco, 2022

Continuação

Desenvolvimento de estudos com a temática de Diagnóstico de Enfermagem		
Não	39	65,0
Sim	21	35,0
Temática de estudo relacionado com Diagnóstico de Enfermagem		
Outras temáticas	14	23,3
Oncologia	5	8,3
Não informado	3	3,3
Desenvolvimento de estudos com na área de oncologia		
Sim	32	53,3
Não	28	46,7
Participação em grupos/projetos de pesquisa na temática de Terminologia/ Diagnóstico de Enfermagem		
Não	43	71,7
Sim	17	28,3
Participação em grupos/projetos de pesquisa na área de oncologia		
Não	37	61,7
Sim	23	38,3
Tempo em grupo de pesquisa sobre Diagnóstico de Enfermagem e/ou oncologia		
Sem participação em grupo de pesquisa	31	51,7
1 a 4 anos	20	33,3
5 a 8 anos	5	8,3
9 a 12 anos	2	3,3
13 a 16 anos	0	0,0
17 a 20 anos	2	3,3
Utilização de Diagnósticos de Enfermagem na prática assistencial		
Sim	54	90,0
Não	6	10,0
Na prática profissional atua com pacientes oncológicos?		
Sim	52	86,7
Não	8	13,3

Tabela 2 — Caracterização dos juízes participantes do processo de validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos (n=60). Recife, Pernambuco, 2022

	Conclusão	
Identificação do Diagnóstico de Enfermagem Enfrentamento ineficaz na prática profissional		
Poucas vezes	25	41,7
Frequentemente	22	36,7
Nunca	13	21,7
Utilização de Diagnósticos de Enfermagem na prática docente		
Não	33	55,0
Sim	27	45,0
Ministra disciplinas que envolvem a temática dos Diagnósticos de Enfermagem		
Não	37	61,7
Sim	23	38,3
Ministra disciplinas que abordam a temática do Enfrentamento ineficaz		
Não	49	81,7
Sim	11	18,3
Ministra disciplinas referentes a oncologia		
Não	42	70,0
Sim	18	30,0
Nível de expertise		
Principiante	29	48,3
Iniciante avançado	25	41,7
Juiz competente	4	6,7
Expert	2	3,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Sobre a avaliação do rótulo/título, definição, domínio e classe do diagnóstico de enfermagem “Enfrentamento ineficaz” para pacientes oncológicos (Tabela 3), a maioria considerou o título (93,3%), domínio e classe (95,0%) adequados para o diagnóstico “Enfrentamento ineficaz”. A definição considerada mais adequada para 86,7% dos juízes foi a proposta, a partir da TMA, a saber: “Padrão inválido no gerenciamento de estressores multifatoriais, com esforços cognitivos e/ ou comportamentais ineficazes no controle da regulação emocional, com repercussões negativas para a saúde, bem-estar biopsicossocioespiritual e qualidade de vida”.

Tabela 3 — Avaliação dos juízes quanto à adequabilidade do rótulo, definição, domínio e classe do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos (n=60). Recife, Pernambuco, 2022

Variáveis	n	%
Rótulo do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz		
Sim	56	93,3
Não	4	6,7
Definição diagnóstica para Diagnóstico de Enfermagem Enfrentamento ineficaz		
TMA	52	86,7
NANDA – I	8	13,3
Domínio - Enfrentamento/ tolerância ao estresse/ Classe 2 - Respostas de Enfrentamento		
Sim	57	95,0
Não	3	5,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Quanto à validade de conteúdo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Enfrentamento ineficaz” (Tabela 4), apenas a característica “Desregulação do sistema neuroendócrino” não foi considerada relevante para o diagnóstico em estudo. As demais características apresentaram intervalos de confiança acima de 0,80, ou contendo esse valor, e, portanto, são válidas para representar o “Enfrentamento Ineficaz”. No entanto, mesmo na presença de um indicador considerado inadequado, o conjunto das características foi considerado adequado e relevante.

Tabela 4 — Validade de conteúdo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos (n=60). Recife, Pernambuco, 2022

Características definidoras	Teste de Shapiro-Wilk		Medida de validade		
	W	Valor p	Pseudomediana	IC95%	
Abandono da terapêutica	0,74	<0,001	0,87	0,87	0,88
Complicações relacionadas ao prognóstico	0,74	<0,001	0,87	0,75	0,88
Comprometimento da qualidade de vida	0,71	<0,001	0,88	0,87	0,88
Conduta de enfrentamento ineficaz	0,72	<0,001	0,88	0,87	0,88
Déficit no autocuidado	0,78	<0,001	0,87	0,75	0,88
Desregulação do sistema imunológico	0,80	<0,001	0,75	0,75	0,87
Desregulação do sistema neuroendócrino	0,84	<0,001	0,75	0,63	0,75
Dificuldade para realizar o tratamento	0,76	<0,001	0,87	0,87	0,88

Tabela 4 – Validade de conteúdo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos (n=60). Recife, Pernambuco, 2022

				Conclusão	
Distúrbios do sono	0,79	<0,001	0,87	0,75	0,87
Estresse	0,68	<0,001	0,88	0,87	0,88
Fadiga	0,76	<0,001	0,87	0,75	0,88
Limitações funcionais	0,79	<0,001	0,87	0,75	0,87
Sofrimento mental	0,78	<0,001	0,87	0,75	0,87
Uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas	0,78	<0,001	0,87	0,75	0,87
Vulnerabilidade à doenças oportunistas	0,78	<0,001	0,75	0,75	0,87
Relevância do conjunto de características definidoras	0,75	<0,001	0,87	0,87	0,88
Adequabilidade do conjunto de características definidoras	0,77	<0,001	0,87	0,75	0,88

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

*Valor do Teste de de Shapiro-Wilk; **Valor de p – Teste de normalidade de Shapiro-Wilk; IC 95%: Intervalo de confiança de 95% para a pseudomediana.

Os resultados da validade de conteúdo das definições conceituais das características definidoras (Tabela 5) foram semelhantes aos evidenciados na tabela 4, que trata do conteúdo desses indicadores. Apenas a característica “Desregulação do sistema neuroendócrino” não apresentou definição conceitual adequada, na perspectiva dos juízes.

Tabela 5 – Validade de conteúdo das definições conceituais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos (n=60). Recife, Pernambuco, 2022.

Definições conceituais das características definidoras	Teste de Shapiro-Wilk		Medida de validade		
	W	Valor p	Pseudomediana	IC95%	
Abandono da terapêutica	0,73	<0,001	0,87	0,87	0,88
Complicações relacionadas ao prognóstico	0,72	<0,001	0,87	0,87	0,88
Comprometimento da qualidade de vida	0,69	<0,001	0,88	0,87	0,88
Conduta de enfrentamento ineficaz	0,73	<0,001	0,87	0,87	0,88
Déficit no autocuidado	0,76	<0,001	0,87	0,87	0,88
Desregulação do sistema imunológico	0,76	<0,001	0,75	0,75	0,87
Desregulação do sistema neuroendócrino	0,83	<0,001	0,75	0,75	0,75
Dificuldade para realizar o tratamento	0,75	<0,001	0,87	0,87	0,88
Distúrbios do sono	0,78	<0,001	0,87	0,75	0,88
Estresse	0,66	<0,001	0,88	0,87	0,88
Fadiga	0,77	<0,001	0,87	0,75	0,88

Tabela 5 — Validade de conteúdo das definições conceituais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos (n=60). Recife, Pernambuco, 2022.

				Conclusão	
Limitações funcionais	0,75	<0,001	0,87	0,87	0,88
Sofrimento mental	0,76	<0,001	0,87	0,75	0,88
Uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas	0,76	<0,001	0,87	0,75	0,87
Vulnerabilidade a doenças oportunistas	0,76	<0,001	0,87	0,75	0,87

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

*Valor do Teste de de Shapiro-Wilk; **Valor de p – Teste de normalidade de Shapiro-Wilk; IC 95%: Intervalo de confiança de 95% para a pseudomediana.

As definições operacionais das características definidoras (Tabela 6) apresentaram conteúdo adequado para todos esses indicadores, inclusive para “Desregulação do sistema neuroendócrino”, que apresentou problemas na definição conceitual e na avaliação de relevância como característica definidora do enfrentamento ineficaz.

Tabela 6 — Validade de conteúdo das definições operacionais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos (n=60). Recife, Pernambuco, 2022

Definições operacionais das características definidoras	Teste de Shapiro-Wilk		Medida de validade		
	W	Valor p	Pseudomediana	IC95%	
Abandono da terapêutica	0,73	<0,001	0,87	0,87	0,88
Complicações relacionadas ao prognóstico	0,72	<0,001	0,87	0,87	0,88
Comprometimento da qualidade de vida	0,70	<0,001	0,88	0,87	0,88
Conduta de enfrentamento ineficaz	0,74	<0,001	0,87	0,87	0,88
Déficit no autocuidado	0,75	<0,001	0,87	0,75	0,88
Desregulação do sistema imunológico	0,74	<0,001	0,87	0,75	0,87
Desregulação do sistema neuroendócrino	0,84	<0,001	0,75	0,75	0,87
Dificuldade para realizar o tratamento	0,71	<0,001	0,88	0,87	0,88
Distúrbios do sono	0,78	<0,001	0,87	0,75	0,88
Estresse	0,67	<0,001	0,88	0,87	0,88
Fadiga	0,79	<0,001	0,87	0,75	0,87
Limitações funcionais	0,74	<0,001	0,87	0,87	0,88
Sofrimento mental	0,76	<0,001	0,87	0,87	0,88
Uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas	0,76	<0,001	0,87	0,75	0,87
Vulnerabilidade a doenças oportunistas	0,77	<0,001	0,75	0,75	0,87

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

*Valor do Teste de de Shapiro-Wilk; **Valor de p – Teste de normalidade de Shapiro-Wilk; IC 95%: Intervalo de confiança de 95% para a pseudomediana.

Houve a sugestão de unificar os consequentes “Déficit no autocuidado” e “Limitações funcionais”, porém tal sugestão não foi acatada, haja vista corresponderem a comportamentos diferentes, sendo o primeiro relacionado às práticas de cuidado em benefício próprio e o segundo se refere às habilidades para o desempenho de ações funcionais, como por exemplo na vida social ou na capacidade de trabalho.

Quanto à validade de conteúdo dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem “Enfrentamento ineficaz” (Tabela 7), observa-se que os intervalos de confiança de todas as medianas estiveram acima de 0,80. Os fatores relacionados “Autoculpa” e “Toxicidades relacionadas ao tratamento” apresentaram mediana abaixo de 0,80, no entanto o intervalo de confiança contém esse valor, portanto esses itens também foram considerados relevantes como fatores relacionados do diagnóstico, juntamente com os demais. Adicionalmente, o conjunto dos fatores relacionados foi considerado relevante e adequado pelos juízes.

Tabela 7 — Validade de conteúdo dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos (n=60). Recife, Pernambuco, 2022 Continua

Fatores relacionados	Teste de Shapiro-Wilk		Medida de validade		
	W*	Valor p**	Pseudomediana	IC95%***	
Angústia	0,69	<0,001	0,88	0,87	1,00
Ansiedade	0,73	<0,001	0,88	0,87	0,88
Apoio emocional diminuído	0,71	<0,001	0,88	0,87	0,88
Apoio familiar insuficiente	0,60	<0,001	1,00	0,88	1,00
Apoio psicossocial insuficiente	0,70	<0,001	0,88	0,87	0,88
Autoculpa	0,82	<0,001	0,75	0,75	0,87
Baixa autoestima situacional	0,70	<0,001	0,88	0,87	0,88
Comunicação profissional-paciente ineficiente	0,66	<0,001	0,88	0,88	1,00
Conhecimento insuficiente sobre a doença e/ou tratamento	0,63	<0,001	0,88	0,88	1,00
Crenças e/ou hábitos de saúde incompatíveis com a terapêutica	0,65	<0,001	0,88	0,87	1,00
Crise espiritual/ religiosa	0,78	<0,001	0,87	0,75	0,87
Déficit de recursos materiais	0,79	<0,001	0,87	0,75	0,87
Dificuldades financeiras	0,70	<0,001	0,87	0,75	0,88
Incerteza do prognóstico	0,71	<0,001	0,88	0,87	0,88
Medo do curso da doença	0,66	<0,001	0,88	0,87	1,00
Múltiplos sintomas relacionados à doença	0,74	<0,001	0,87	0,75	0,88
Negação do diagnóstico	0,59	<0,001	1,00	0,88	1,00
Sentimento de impotência	0,63	<0,001	0,88	0,88	1,00
Sofrimento emocional	0,65	<0,001	0,88	0,88	1,00
Toxicidades relacionadas ao tratamento	0,81	<0,001	0,75	0,75	0,87

Tabela 7 — Validade de conteúdo dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos (n=60). Recife, Pernambuco, 2022

				Conclusão	
Relevância do conjunto de fatores relacionados	0,72	<0,001	0,88	0,87	0,88
Adequabilidade do conjunto de fatores relacionados	0,70	<0,001	0,88	0,87	0,88

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

*Valor do Teste de de Shapiro-Wilk; **Valor de p – Teste de normalidade de Shapiro-Wilk; IC 95%: Intervalo de confiança de 95% para a pseudomediana.

A validade de conteúdo das definições conceituais dos fatores relacionados (Tabela 8) apresentou resultados semelhantes, com intervalos de confiança de todas as medianas acima de 0,80, ou contendo esse valor. Porém, “Ansiedade”, “Autoculpa” e “Crise espiritual” apresentaram medianas abaixo de 0,80, isso pode estar relacionado com a natureza do fenômeno, que é permeado de subjetividade.

Tabela 8 — Validade de conteúdo das definições conceituais dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos (n=60). Recife, Pernambuco, 2022

Continua

Fatores relacionados	Teste de Shapiro-Wilk		Medida de validade		
	W*	Valor p**	Pseudomediana	IC95%***	
Angústia	0,70	<0,001	0,88	0,87	1,00
Ansiedade	0,80	<0,001	0,75	0,75	0,87
Apoio emocional diminuído	0,68	<0,001	0,88	0,87	1,00
Apoio familiar insuficiente	0,62	<0,001	0,88	0,88	1,00
Apoio psicossocial insuficiente	0,70	<0,001	0,88	0,87	0,88
Autoculpa	0,81	<0,001	0,75	0,75	0,87
Baixa autoestima situacional	0,75	<0,001	0,87	0,87	0,88
Comunicação profissional-paciente ineficiente	0,69	<0,001	0,88	0,87	0,88
Conhecimento insuficiente sobre a doença e/ou tratamento	0,63	<0,001	0,88	0,88	1,00
Crenças e/ou hábitos de saúde incompatíveis com a terapêutica	0,66	<0,001	0,88	0,87	1,00
Crise espiritual/ religiosa	0,78	<0,001	0,75	0,75	0,87
Déficit de recursos materiais	0,81	<0,001	0,87	0,75	0,87
Dificuldades financeiras	0,73	<0,001	0,87	0,75	0,88
Incerteza do prognóstico	0,71	<0,001	0,88	0,87	0,88
Medo do curso da doença	0,67	<0,001	0,88	0,87	1,00
Múltiplos sintomas relacionados à doença	0,73	<0,001	0,87	0,87	0,88
Negação do diagnóstico	0,63	<0,001	0,88	0,88	1,00
Sentimento de impotência	0,63	<0,001	0,88	0,88	1,00
Sofrimento emocional	0,66	<0,001	0,88	0,87	1,00
Toxicidades relacionadas ao tratamento	0,70	<0,001	0,88	0,87	1,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

*Valor do Teste de de Shapiro-Wilk; **Valor de p – Teste de normalidade de Shapiro-Wilk; IC 95%: Intervalo de confiança de 95% para a pseudomediana.

Diferente dos resultados encontrados na análise das definições conceituais dos fatores relacionados, todas as definições operacionais desses indicadores (Tabela 9) apresentaram mediana e seus respectivos intervalos de confiança acima de 0,80, ou contendo esse valor. Logo, todas foram consideradas adequadas para representar o conteúdo dos fatores relacionados do diagnóstico em estudo.

Tabela 9 – Validade de conteúdo das definições operacionais dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos (n=60). Recife, Pernambuco, 2022

Fatores relacionados	Teste de Shapiro-Wilk		Medida de validade		
	W	Valor p	Pseudomediana	IC95%	
Angústia	0,76	<0,001	0,87	0,75	0,88
Ansiedade	0,79	<0,001	0,87	0,75	0,87
Apoio emocional diminuído	0,75	<0,001	0,87	0,87	0,88
Apoio familiar insuficiente	0,67	<0,001	0,88	0,87	1,00
Apoio psicossocial insuficiente	0,67	<0,001	0,88	0,87	0,88
Autculpa	0,80	<0,001	0,87	0,75	0,87
Baixa autoestima situacional	0,74	<0,001	0,87	0,75	0,88
Comunicação profissional-paciente ineficiente	0,69	<0,001	0,88	0,87	0,88
Conhecimento insuficiente sobre a doença e/ou tratamento	0,65	<0,001	0,88	0,88	1,00
Crenças e/ou hábitos de saúde incompatíveis com a terapêutica	0,69	<0,001	0,88	0,87	0,88
Crise espiritual/ religiosa	0,76	<0,001	0,87	0,75	0,88
Déficit de recursos materiais	0,81	<0,001	0,87	0,75	0,87
Dificuldades financeiras	0,75	<0,001	0,87	0,75	0,88
Incerteza do prognóstico	0,72	<0,001	0,87	0,87	0,88
Medo do curso da doença	0,70	<0,001	0,88	0,87	0,88
Múltiplos sintomas relacionados à doença	0,71	<0,001	0,88	0,87	0,88
Negação do diagnóstico	0,64	<0,001	0,88	0,88	1,00
Sentimento de impotência	0,63	<0,001	0,88	0,88	1,00
Sofrimento emocional	0,68	<0,001	0,88	0,87	0,88
Toxicidades relacionadas ao tratamento	0,78	<0,001	0,87	0,75	0,87

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

*Valor do Teste de de Shapiro-Wilk; **Valor de p – Teste de normalidade de Shapiro-Wilk; IC 95%: Intervalo de confiança de 95% para a pseudomediana.

A relevância das condições associadas (Tabela 10), individualmente ou em conjunto, foi constatada para “Déficit cognitivo” e “Depressão”, com intervalos de confiança adequados para considerá-las válidas. As definições conceituais e operacionais dessas condições também foram consideradas adequadas.

Tabela 10 — Validade de conteúdo das condições associadas do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos (n=60). Recife, Pernambuco, 2022

Condições Associadas	Teste de Shapiro-Wilk		Medida de validade		
	W	Valor p	Pseudomediana	IC95%	
Déficit cognitivo	0,78	<0,001	0,75	0,75	0,87
Depressão	0,55	<0,001	1,00	0,88	1,00
Definição conceitual - Déficit cognitivo	0,77	<0,001	0,87	0,75	0,88
Definição operacional - Déficit cognitivo	0,78	<0,001	0,87	0,75	0,88
Definição conceitual - Depressão	0,61	<0,001	0,88	0,88	1,00
Definição operacional - Depressão	0,67	<0,001	0,88	0,87	1,00
Relevância do conjunto de condições associadas	0,65	<0,001	0,88	0,88	1,00
Adequabilidade do conjunto de condições associadas	0,68	<0,001	0,88	0,87	1,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

*Valor do Teste de de Shapiro-Wilk; **Valor de p – Teste de normalidade de Shapiro-Wilk; IC 95%: Intervalo de confiança de 95% para a pseudomediana.

Em contrapartida, para população em risco (Tabela 11), o item “Pessoas com baixa escolaridade” não foi considerado relevante para o diagnóstico em estudo, conforme mediana e intervalo de confiança <0,80. Porém, a avaliação das definições conceituais e operacionais foram consideradas adequadas para essa população em risco.

Tabela 11 — Validade de conteúdo da população em risco do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos (n=60). Recife, Pernambuco, 2022

População em risco	Teste de Shapiro-Wilk		Medida de validade		
	W	Valor p	Pseudomediana	IC95%	
Pessoas com baixa escolaridade	0,83	<0,001	0,75	0,75	0,75
Definição conceitual	0,82	<0,001	0,75	0,75	0,87
Definição operacional	0,82	<0,001	0,75	0,75	0,87

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

*Valor do Teste de de Shapiro-Wilk; **Valor de p – Teste de normalidade de Shapiro-Wilk; IC 95%: Intervalo de confiança de 95% para a pseudomediana.

Diante dos resultados apresentados, da validade de conteúdo dos componentes diagnósticos provenientes da TMA, este estudo sugere uma nova proposta de estrutura diagnóstica para o fenômeno do “Enfrentamento Ineficaz”, a ser validada posteriormente em uma amostra clínica de pacientes oncológicos. Para a proposta final, a definição resultante da TMA foi considerada a mais apropriada pelos juízes, assim como 22 antecedentes/estímulos e 14 consequentes/comportamentos validados (Quadro 10).

Quadro 9 – Proposta para o diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos, após avaliação de conteúdo pelos juízes . Recife, Pernambuco, 2022.

Diagnóstico de Enfermagem Enfrentamento ineficaz em pacientes oncológicos
<p>Definição Padrão inválido no gerenciamento de estressores multifatoriais, com esforços cognitivos e/ ou comportamentais ineficazes no controle da regulação emocional das demandas relativas ao bem-estar biopsicossocioespiritual.</p>
<p>Características definidoras</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abandono da terapêutica • Complicações relacionadas ao prognóstico • Comprometimento da qualidade de vida • Conduta de enfrentamento ineficaz • Déficit no autocuidado • Desregulação do sistema imunológico • Dificuldade para realizar o tratamento • Distúrbios do sono • Estresse • Fadiga • Limitações funcionais • Sofrimento mental • Uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas • Vulnerabilidade a doenças oportunistas
<p>Fatores relacionados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angústia • Ansiedade • Apoio emocional diminuído • Apoio familiar insuficiente • Apoio psicossocial insuficiente • Autoculpa • Baixa autoestima situacional • Comunicação profissional-paciente ineficiente • Conhecimento insuficiente sobre a doença e/ou tratamento • Crenças e/ou hábitos de saúde incompatíveis com a terapêutica • Crise espiritual/ religiosa • Déficit de recursos materiais • Dificuldades financeiras • Incerteza do prognóstico • Medo do curso da doença • Múltiplos sintomas relacionados à doença • Negação do diagnóstico • Sentimento de impotência • Sofrimento emocional • Toxicidades relacionadas ao tratamento
<p>Condições associadas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déficit cognitivo • Depressão

Fonte: A autora, 2022.

6 DISCUSSÃO

6.1 A CONSTRUÇÃO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE

Os estudos de validade buscam contribuir para a precisão do julgamento clínico e acurácia dos fenômenos observados na assistência de enfermagem, por meio da apresentação sistematizada de indicadores clínicos relacionados a determinado evento ou condição clínica (LOPES; SILVA, 2016; HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). Diante disso, uma das etapas para validade de diagnósticos de enfermagem consiste no desenvolvimento de uma teoria de médio alcance (TMA), que consiste em um conjunto de ideias inter-relacionadas sobre um fenômeno de enfermagem, com conceitos e proposições direcionadas à pesquisa e a prática profissional (LOPES; SILVA, 2016). Para esse estudo, a TMA do tipo preditiva foi utilizada, por ser capaz de estabelecer relações de causa-efeito e direcionar o conhecimento desenvolvido em pesquisas sobre a prática clínica, baseado na lógica temporal e na interação espectral entre as classificações de enfermagem (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015).

A construção da TMA, como uma das etapas para validade de um diagnóstico de enfermagem, foi realizada por alguns estudos (DINIZ, 2017; FERNANDES, 2018; CARINO, 2021), a fim de proporcionar um melhor embasamento para a geração de hipóteses testáveis e a abordagem de populações específicas de pacientes (McEWEN, 2016), como os pacientes oncológicos abordados no presente estudo. Ainda, para o desenvolvimento de uma TMA, recomenda-se a utilização de um modelo conceitual abrangente na área, como uma grande teoria (BRANDÃO et. al., 2017). Para este estudo, foi selecionado o Modelo de Adaptação de *Sister Callista Roy* (MACR), um dos mais utilizados para nortear a construção de teorias de médio alcance (ROY, 2014; TONIN et al., 2019).

De acordo com o MACR, a pessoa é vista como um ser em interação contínua com o ambiente e que está constantemente sujeita a estímulos que exigem respostas/comportamentos, que podem ser adaptativos, quando promovem a integridade do ser, ou ineficazes, quando não contribuem para o equilíbrio dos diferentes objetivos do sistema humano (ROY, 2009). O MACR também defende a elaboração de TMA, considerando que a teoria contribui para o desenvolvimento de conceitos que, ao serem relacionados, podem ser traduzidos em variáveis mensuráveis e, portanto, aplicáveis ao contexto clínico (ROY, 2014).

Nesta pesquisa, os indicadores diagnósticos, levantados a partir da revisão integrativa da literatura, abordagem selecionada para a construção da TMA, foram relacionados ao MACR e classificados em: antecedentes/estímulos (Quadro 3), os quais foram subdivididos em focais

(com impactos diretos na pessoa), residuais (encontram-se no ambiente, porém a pessoa não tem consciência sobre a existência e o impacto causado) e contextuais (desenvolvido e relacionado ao estímulo focal) (ROY, 2009); e consequentes/comportamentos (Quadro 4).

Além disso, conforme as etapas de desenvolvimento da TMA, também foram definidos seus principais conceitos; o esquema pictorial, relacionando o MACR e a metamorfose das borboletas, pelo seu significado no contexto oncológico; e as proposições e relações de causalidade.

6.2 O PERFIL DOS JUÍZES AVALIADORES DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ENFRENTAMENTO INEFICAZ

A validade de conteúdo, por meio do método da sabedoria coletiva, buscou verificar a avaliação dos juízes sobre a adequação da definição conceitual do diagnóstico de enfermagem “Enfrentamento ineficaz”, a relevância dos elementos do diagnóstico (fatores relacionados, características definidoras, condições associadas e populações em risco) e a adequabilidade dos demais componentes – rótulo/título, domínio e classe – propostos pela NANDA – I, além das definições conceituais e operacionais construídas para o diagnóstico em estudo. Foram enviadas 150 cartas-convite para potenciais juízes, dos quais 40,0% (n=60) responderam positivamente e aceitaram participar do estudo. Os juízes eram, predominantemente, da região Nordeste, o que pode ser justificado pelo fato da maioria participante ser do universo das pesquisadoras e/ou indicação dos próprios participantes.

A taxa de retorno foi semelhante a outros estudos de validade (DINIZ, 2017; CAVALCANTE, 2022). Alguns pesquisadores destacam os possíveis fatores relacionados a dificuldade para a obtenção de uma quantidade satisfatória de materiais respondidos, como a escassez de enfermeiros com elevado grau de conhecimento sobre a temática (diagnósticos de enfermagem e/ou oncologia), bem como a disponibilidade de tempo, diante das atribuições profissionais. Ainda, a falta de consenso na determinação de critérios de seleção dos juízes tem sido apontada pela literatura como outro fator dificultador nos estudos de validação do conteúdo diagnóstico (GALDEANO, ROSSI, 2006; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012; DINIZ, 2017; CAVALCANTE, 2022).

Os critérios de seleção dos juízes, no presente estudo, foram de acordo com a classificação estabelecida por Benner, Tanner e Chesla (2009), que consideram a experiência clínica e acadêmica dos juízes, assim como encontrado em outros estudos de análise de conteúdo, sendo essa uma justificativa para uso nesta pesquisa (FERREIRA, 2017; DINIZ,

2017; SILVA, 2019; CAVALCANTE, 2022).

Ainda, no que se refere ao tempo de prática clínica, ele consiste em um aspecto significativo na classificação do nível de conhecimento dos juízes, quando se considera sua importância no processo de tomada de decisão (ABATE; BIRHANU; GEBRIE, 2022). Simmons et al. (2003) defendem um tempo mínimo de dois anos de prática para que um profissional seja considerado um bom avaliador. No entanto, Fukada et al. (2018) recomendam um tempo mínimo de cinco anos de experiência clínica para um bom perfil, enquanto avaliador. Em relação aos participantes deste estudo, eles apresentaram tempo de prática clínica entre um e seis anos; e entre sete e doze anos. Além disso, foram evidenciados níveis de principiante, iniciante, avançado, competente e *expert*, sendo estes últimos definidos como profissionais com experiência prática e teórica relevante, o que lhes permite realizar análises críticas mais aprofundadas acerca do material (BENNER; TANNER; CHESLA, 2009; CARVALHO et al., 2009). Os achados relacionados ao perfil dos juízes deste estudo foram semelhantes a outras pesquisas de análise de conteúdo (SILVA, 2019; CAVALCANTE, 2022).

O menor quantitativo de juízes com o mais alto nível de conhecimento – *expert* – pode ser justificado pelo uso de critérios mais rigorosos em relação ao perfil dos participantes, ao considerar a experiência clínica e acadêmica dos juízes na classificação. Para Fehring (1987), o título de doutor deve ser tido como referência para o mais alto nível de expertise. Entretanto, as habilidades práticas, bem como o tempo de experiência clínica e acadêmica, devem ser considerados, visto que somente tal titulação não confere conhecimento absoluto sobre a temática. Corroborando com esse achados, Ogden et al. (2021) destacam que as competências também devem envolver domínios relacionados a capacidade de aprendizagem, processos cognitivos e capacidade interpessoal. Dessa forma, o estudo teve variações, principalmente entre especialistas e mestres e, de forma mais discreta, entre doutores, sendo também observado em outros estudos de validade diagnóstica (DINIZ, 2017; SILVA, 2019; CAVALCANTE, 2022).

É válido destacar o elevado percentual de utilização de diagnósticos de enfermagem na prática profissional, especialmente na atuação assistencial com pacientes oncológicos. Esses achados destacam a relevância da abordagem da sabedoria coletiva, por possibilitar o compartilhamento de vivências, experiências, sugestões e discussões sobre os conceitos diagnósticos provenientes da TMA e da NANDA – I, bem como suas implicações no cuidado ao paciente oncológico. A exposição acima apresenta parâmetros relevantes para a obtenção de um bom perfil de avaliador, contribuindo para a fidedignidade dos resultados da validade de conteúdo.

6.3 ANÁLISE DA DEFINIÇÃO, RÓTULO/TÍTULO, DOMÍNIO E CLASSE DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ENFRENTAMENTO INEFICAZ

A análise dos juízes evidenciou uma incoerência em relação à definição trazida pela taxonomia da NANDA – I para o “Enfrentamento Ineficaz”, uma vez que a definição sugerida por meio da TMA foi melhor avaliada pelos juízes. O enfrentamento envolve a capacidade de regulação emocional diante de diferentes estressores envolvidos no lidar com o câncer, sendo um aspecto relevante, porém não abordado, na definição do diagnóstico de enfermagem trazida pela taxonomia da NANDA – I. O processo de regulação emocional, bem como o emprego dessa regulação pelo indivíduo, determina o funcionamento e o bem-estar de forma multidimensional (KULPA et. al., 2016). Dessa forma, os juízes avaliaram que a definição trazida pela TMA consiste na mais adequada, ao considerar tais questões no fenômeno do “Enfrentamento Ineficaz”.

Quanto ao rótulo/título, bem como o domínio e a classe do fenômeno do “Enfrentamento Ineficaz”, apresentados pela taxonomia da NANDA – I, para a maioria dos juízes, eles estavam adequados, por contemplarem a capacidade de lidar com diferentes eventos e processos de vida, como o enfrentamento do diagnóstico oncológico (PINHO et al., 2022).

6.4 ANÁLISE DOS ANTECEDENTES/ ESTÍMULOS DO FENÔMENO DO ENFRENTAMENTO INEFICAZ

Os juízes realizaram a análise dos antecedentes/estímulos do fenômeno do “Enfrentamento Ineficaz”, bem como suas definições conceituais e operacionais. Os antecedentes correspondem aos estímulos do MACR e aos fatores relacionados, condições associadas e populações em risco, conforme a taxonomia da NANDA – I.

Na avaliação dos juízes, foi evidenciado que apenas o estímulo/população em risco de “Pessoas com baixa escolaridade” não foi considerado relevante para o diagnóstico em estudo, embora a literatura apresente uma relação desse antecedente com estilos de enfrentamento passivo e ajuste psicológico negativo no lidar com o câncer (DIEPERINK et. al., 2017; JABBARIAN et. al., 2020), o que justificaria sua inclusão como população em risco. Ainda, é válido salientar que a avaliação das definições conceituais e operacionais foram consideradas adequadas para essa população em risco.

Os resultados do estudo de Schneider e d'Orsi (2009) evidenciaram a relação existente entre o nível educacional e a capacidade de gerenciamento de estressores no tratamento do câncer de mama. Os pacientes com maior nível educacional apresentaram maior conhecimento adquirido e mais oportunidades de acesso aos serviços de saúde e realização de exames diagnósticos. Os dados também relacionaram a maior escolaridade com a melhor sobrevida global, uma vez que mulheres analfabetas apresentaram um risco 7,4 vezes maior de morrer.

Ermiah et. al. (2012) ressaltam a interrelação do nível educacional e o fator “Conhecimento insuficiente sobre a doença e/ou tratamento oncológico”, ao considerar sua influência na construção de comportamentos desfavoráveis para o enfrentamento, como o atraso na busca por atenção à saúde, associada ao estigma e o desconhecimento sobre a doença oncológica. O estudo de Williamson et. al. (2018) destaca a importância da conscientização e do suporte informacional adequado sobre diagnóstico oncológico, pela associação com o estigma internalizado, relativo a sentimentos de vergonha e o fator “Autoculpa”, bem como as suas repercussões no bem-estar físico, funcional e emocional.

Em relação ao fator “Autoculpa”, alguns estudos destacam a sua relação com o “Sentimento de impotência” e/ou com maior “Sofrimento emocional”, associado a repercussões no estilo de enfrentamento do paciente diante do câncer (SORATO, 2013; PATERSON; ROBERTSON, NABI, 2015; JABBARIAN et. al., 2020). O “Sofrimento emocional” também pode ser correferenciado aos múltiplos sintomas relacionados a doença e “Toxicidades relacionadas ao tratamento” (VERMAETE et. al. 2014), que podem ser intensificados pelo apoio familiar e/ou psicossocial insuficientes durante o tratamento (VAN OOSTROM et. al., 2003; DEN HEIJER et. al., 2011; CALDERON et. al., 2021). Scandurra et. al. (2022) destacam a importância da existência da rede de apoio, percebida como mediador para construção do estilo de enfrentamento adaptativo e menor morbidade psicológica.

A falta de suporte social percebido também se correlaciona ao fator “Baixa autoestima situacional”, uma vez que a percepção da rede de apoio pode influenciar a adaptação aos efeitos psicológicos do tratamento oncológico na imagem corporal e na autoestima (MINGORANCE et al., 2019; PARDEDE; SIMAMORA; SIMANJUNTAK, 2020).

Os estímulos “Angústia” e “Ansiedade” apresentaram resultados satisfatórios, quanto à relevância dos elementos para o fenômeno do “Enfrentamento Ineficaz”. Schofield et al. (2003) evidenciam que o suporte de informação insuficiente se relaciona de forma direta a esses fatores, bem como a uma maior morbidade psicológica e dificuldade de ajuste psicossocial. Vale salientar que a “Ansiedade” consiste em um diagnóstico de enfermagem inserido no domínio enfrentamento/tolerância ao estresse e na classe respostas de enfrentamento da

taxonomia da NANDA – I e, portanto, por meio do julgamento clínico, pode contribuir para o planejamento da assistência aos pacientes oncológicos (HERDMAN; KAMITSURU, LOPES, 2021).

Os fatores “Conhecimento insuficiente sobre a doença e/ou tratamento oncológico” e “Comunicação profissional-paciente ineficiente” também são encontrados na literatura como preditores do enfrentamento ineficaz. A dificuldade de compreensão sobre a condição de saúde e/ou a terapêutica oncológica pode ser intensificada quando não existe uma comunicação percebida com a equipe de profissionais, sendo relacionada de forma prejudicial à adesão a terapêutica, o desempenho emocional e cognitivo do paciente, assim como o atendimento de suas necessidades ao longo do tratamento (LASH et al., 2006; SHELTON et al., 2013; HUTAJULU et al., 2022).

Em acréscimo, o “Conhecimento insuficiente sobre a doença e/ou tratamento oncológico” pode ser relacionado a menor capacidade de planejamento sobre questões relacionadas à saúde e adaptação ao diagnóstico, sobretudo se estiver associado a “Depressão” (VAN ESCH et al., 2012; D'SOUZA et al., 2013; GEYIKCI et al., 2018) e a “Apoio emocional diminuído”, com impactos negativos no bem-estar psicológico e qualidade de vida (LEUNG; PACHANA; MCLAUGHLIN, 2014).

Quanto ao estímulo residual/condição associada “Déficit cognitivo”, é válido destacar que também se relaciona com a capacidade de compreensão e gerenciamento do diagnóstico oncológico. Janelsins et al. (2018) destacam que fatores sociodemográficos e clínicos podem estar associados a reserva cognitiva pré-tratamento e ao funcionamento cognitivo pós-tratamento, o que reforça a importância da compreensão dos mecanismos relacionados aos prejuízos da função cognitiva no enfrentamento do câncer.

Referente ao fator “Dificuldades financeiras”, alguns autores abordam a sua relação como barreira para o enfrentamento adaptativo. É válido afirmar que a “toxicidade” financeira leva a implicações prejudiciais para a capacidade de resolução de problemas e interfere na adesão e seguimento da terapêutica oncológica (ZULLIG et al., 2013; ENBLUM, et al., 2017). O estímulo “Déficit de recursos materiais”, que corresponde a ausência e/ou pouco acesso a tecnologias e serviços de saúde, também foi validado com antecedente do enfrentamento ineficaz. O estudo de Halpern et al. (2008) evidenciou que o acesso insuficiente a recursos se associa negativamente ao prognóstico oncológico, visto que os pacientes sem cobertura de saúde apresentaram risco substancialmente aumentado de câncer em estágio mais avançado no momento do diagnóstico, sendo esse resultado associado ao menor acesso a programas de rastreamento de câncer em tempo oportuno.

O enfrentamento também pode ser influenciado pela percepção do paciente sobre o diagnóstico e/ou tratamento oncológico. O desengajamento comportamental está associado ao estímulo “Negação do diagnóstico” e às emoções como o “Medo do curso da doença” e a “Incerteza do prognóstico” (SHERMAN et al., 2000; PRISCILLA et. al., 2011; PARKER et al., 2013; JABBARIAN et. al., 2020). O estresse psicossocial, relacionado a preocupação com o prognóstico, está associado às estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes. Passik et. al. (2001) evidenciaram que a natureza do medo pode ser mutável ao longo do tratamento, dado que o compartilhamento de informações sobre a terapêutica oncológica, efeitos relacionados e o manejo adequado dos sintomas podem afetar as expectativas no lidar com o câncer e contribuir para o enfrentamento adaptativo.

Os esforços comportamentais relativos ao enfrentamento ineficaz também são correlacionados a “Crenças e/ou hábitos de saúde incompatíveis com a terapêutica”. Um estudo relacionou a utilização de estratégias de enfrentamento à caracterização sociocultural e evidenciou que o tabu sobre a morte foi associado ao maior uso da estratégia de “Negação do diagnóstico”, como forma de minimizar uma ameaça e/ou fingir que a doença oncológica não era real. Essa fato ressalta a influência dos diferentes significados relativos às questões socioculturais na modulação das estratégias de enfrentamento, diante do diagnóstico oncológico (JABBARIAN et. al., 2020).

O fator “Crise espiritual/religiosa” também foi validado como antecedente/estímulo do enfrentamento ineficaz. O conflito espiritual/religioso, expresso pela disposição raivosa e pensamentos sobre abandono ou punição, dificulta o enfrentamento ativo, como a tomada de decisão e adaptação frente ao diagnóstico, assim como leva ao maior sofrimento psicológico e a pior qualidade de vida (MOLLICA et. al., 2016; CANADA et al., 2022). O cuidado com a dimensão espiritual, sobretudo em situações de descontentamento religioso, deve ser uma situação prioritária para atuação profissional, por meio do cuidado espiritual, a fim de contribuir para o *coping* positivo (TARAKESHWAR et. al., 2006).

6.5 ANÁLISE DOS CONSEQUENTES/ COMPORTAMENTOS DO FENÔMENO DO ENFRENTAMENTO INEFICAZ

A TMA possibilitou a sugestão de novos consequentes/comportamentos relacionados ao fenômeno do “Enfrentamento ineficaz”. Os juízes realizaram a avaliação dos consequentes, que correspondem aos comportamentos, de acordo com MACR, ou as características definidoras, conforme a taxonomia da NANDA – I, assim como suas definições conceituais e

operacionais. A validade de conteúdo das características definidoras evidenciou que apenas a característica “Desregulação do sistema neuroendócrino” não foi considerada relevante para o diagnóstico em estudo, bem como a definição conceitual correspondente não foi avaliada como adequada. Entretanto, a definição operacional respectiva foi considerada válida pelos juízes.

Embora o indicador “Desregulação do sistema neuroendócrino” não tenha sido considerado válido pelos juízes como consequente do enfrentamento ineficaz, alguns estudos indicam essa relação em pacientes oncológicos com dificuldade de adaptação ao câncer (ANTONI et. al., 2009), sobretudo se o sofrimento emocional relacionado ao diagnóstico oncológico estiver presente (RICH et. al., 2005; TAUB et. al., 2022). Os processos de estresse, implicados na biologia do câncer, são complexos e a replicação e extensão das hipóteses e achados na literatura ainda são recentes. Portanto, acredita-se que, por esse motivo, não foi considerado válido para o fenômeno em questão.

Referente ao consequente “Desregulação do sistema imunológico”, de modo diverso ao comportamento anterior, foi considerado válido pelos juízes, assim como as respectivas definições conceituais e operacionais. A produção de citocinas pró-inflamatórias relacionadas a progressão do câncer, como a interleucina-6 (IL-6), pode estar associada ao apoio social insuficiente no enfrentamento da doença oncológica (LUTGENDORF et. al., 2000). Costanzo (2005) também apresenta resultados semelhantes e ainda destaca que o desequilíbrio e/ou alterações na função imunológica também pode contribuir para “Vulnerabilidade à doenças oportunistas”, assim como pior prognóstico.

As “Complicações relacionadas ao prognóstico” podem ser associadas a barreiras psicossociais e dificuldade de aceitação do diagnóstico oncológico (PETIT et. al., 2021), sobretudo se não existir uma comunicação percebida com a equipe de profissionais e o suporte de informações acerca do diagnóstico e/ou terapêutica (MATSUO et al., 2017).

Quanto ao “Estresse”, considerado um consequente válido pelos juízes, pode ser encontrado associado ao “Comprometimento da qualidade de vida”, sobretudo se percebido o sofrimento psicológico relacionado ao diagnóstico do câncer (GUAN et. al., 2020). Tal comportamento ainda pode ser agravado por “Condutas de enfrentamento ineficaz”, como o “Uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas” ao longo do tratamento, uma vez que o abuso de substâncias promove estresse adicional, exacerba sintomas ansiosos e/ou depressivos e impacta negativamente o bem-estar mental e a resposta de gerenciamento do estresse relacionado ao câncer, principalmente se um contexto social receptivo estiver ausente (STANTON et. al., 2000).

Dev et al. (2019) relacionaram o uso de drogas ilícitas ao longo do tratamento

oncológico com enfrentamento ineficaz, expresso pela negação do diagnóstico, o desengajamento comportamental e a autculpa, além da maior expressão de sintomatologia relacionada ao câncer, principalmente expressão de dor e o maior uso de opioides, mesmo que não prescritos pela equipe assistencial.

O “Déficit no autocuidado” corresponde à capacidade prejudicada na realização de práticas de autogerenciamento e manutenção da saúde e está associado ao conhecimento insuficiente sobre a doença e/ou terapêutica oncológica (LI et al., 2021). Diante disso, a utilização de programas de educação em práticas de autocuidado pode contribuir para minimizar barreiras que interfiram no enfrentamento adaptativo, como, por exemplo, a implementação de estratégias para controle dos múltiplos sintomas relacionados ao tratamento quimioterápico (KARIMI et al., 2017). Hekmatpou et al. (2019) relacionaram as práticas de autocuidado com a diminuição das “Limitações funcionais” e o melhor desempenho nas ações ou atividades habituais e, conseqüentemente, na qualidade de vida.

O estilo e as repercussões do enfrentamento na qualidade de vida podem variar de acordo com as fases da doença oncológica e o nível de sofrimento psicológico (SHERMAN et al., 2000; AARSTAD et al., 2011). O “Sofrimento mental” tem sido relacionado a preditores do enfrentamento ineficaz, como o apoio social deficiente, menor nível educacional, falta de suporte de informações e o conhecimento insuficiente (MEHNERT; KOCH, 2008). O desenvolvimento de serviços de atenção psicossocial, com a implementação de intervenções psico-oncológicas, adaptadas às necessidades dos pacientes, devem ser incentivados, a fim de promover o bem-estar psicológico dos pacientes no processo do enfrentamento do câncer (GEUE et al., 2018).

O “Abandono da terapêutica” tem sido associado às implicações das dificuldades financeiras (HERSHMAN et al., 2011; NEUGUT et al., 2011; STREETER et al., 2011). Zullig et al. (2013) evidenciam o sofrimento financeiro, relacionado aos custos com o tratamento e o aumento do risco de não adesão à prescrição ou descontinuação precoce da terapia, e destaca que as conseqüências desse sofrimento podem afetar negativamente a vida dos pacientes e diminuir a qualidade de seus cuidados. Alguns estudos demonstram que a falta de suporte psicossocial também se relaciona ao abandono da terapêutica (CLUZE et al., 2012; HUIART et al., 2012). Kroenke (2017) destaca que o apoio social pode ser fundamental para o gerenciamento do tratamento, por meio de sua influência nas decisões de tratamento, como a adesão à terapêutica.

Com relação aos “Distúrbios do sono”, como sintomas de insônia, os achados evidenciam que estão associados ao menor suporte social percebido durante o tratamento

oncológico (WANG et al., 2016). Também podem ser encontradas relações da desregulação entre o sono e a vigília com a “Fadiga” e a dificuldade em utilizar estratégias de enfrentamento adaptativas para lidar com o câncer (ROSCOE et al., 2002; DAHAL; MEHETA, 2018).

Os fatores psicológicos, como sintomas ansiosos e depressivos, foram associados a “Fadiga”, assim como os múltiplos sintomas relacionados ao câncer (HAMMERMÜLLER; HINZ; DIETZ., 2021), e, portanto, merecem destaque na prática clínica, por meio da abordagem multidisciplinar, a fim de promover o bem-estar mental, o desempenho funcional e auxiliar na construção do enfrentamento ativo (LOGE et al., 2000; AHLBERG; EKMAN; GASTON-JOHANSSON, 2005).

Ainda no contexto da saúde mental, observou-se que “Sofrimento emocional” e “Sofrimento mental” se comportaram, respectivamente, como antecedente e conseqüente do Enfrentamento ineficaz. A literatura não apresenta de forma clara essa relação de causalidade. Seria o sofrimento emocional o causador do enfrentamento ineficaz em pessoas com câncer? Ou o Enfrentamento ineficaz contribui para o surgimento do sofrimento mental?

De acordo com o MACR, o sistema adaptativo é formado por estímulos/ entradas, responsáveis por ativar os mecanismos reguladores e cognitivos; e por saídas, que correspondem as respostas ou comportamentos. As respostas de saída, podem tornar-se retroalimentação para a pessoa, o sistema holístico adaptativo, e para o ambiente, sendo determinantes na elaboração dos mecanismos de enfrentamento (ROY, 2009; SALDANHA et al., 2013). Diante disso, é possível perceber uma relação provavelmente causal entre o antecedente “Sofrimento emocional” e o Enfrentamento ineficaz, assim como deste fenômeno e o “Sofrimento mental”.

Conforme discutido anteriormente, o “Sofrimento emocional” diante do diagnóstico do câncer pode ser relacionado ao apoio psicossocial diminuído, bem como a necessidade de informação quanto a doença e/ou tratamento (ZEBRACK et al., 2014). Ainda, associado ao sofrimento emocional e a percepção da doença oncológica, há o envolvimento de diferentes variáveis psicossociais, como o nível de renda e escolaridade, que repercutem na elaboração do estilo de enfrentamento e sobrevida global (GIBBONS, GROARKE; SWEENEY, 2016; GASCON; PANJWANI; MAZZURCO, 2022).

Um estudo realizado com pacientes em tratamento oncológico para sarcoma investigou a angústia emocional em diferentes fases da terapêutica, e evidenciou que o sofrimento emocional no início do tratamento oncológico esteve associado a um pior ajustamento psicológico nas outras fases do câncer e na elaboração do enfrentamento adaptativo (PAREDES et al., 2012).

A utilização de estratégias de enfrentamento não adaptativas, como autculpa e negação/evitação do diagnóstico, relacionadas a sintomas ansiosos, depressivos e o menor suporte social favorecem o conseqüente “Sofrimento mental” (CHANG et al., 2019; WONDIMAGEGNEHU, et al., 2019; ZAMANIAN et al., 2021). Os resultados do estudo de Cho, Li e Kim (2020) evidenciaram que existe uma relação proporcional entre o sofrimento psicológico e as estratégias de enfrentamento disfuncionais, como o desamparo/desesperança, com repercussões negativas na qualidade de vida. Krasne et al. (2022) corroboram esses achados, ao apresentar a existência de uma associação do sofrimento mental na fase de sobrevivência do câncer, após o tratamento, com condutas de enfrentamento ineficazes, como o uso de álcool e/ou outras drogas.

7 CONCLUSÃO

A TMA proporcionou a identificação de elementos relacionados ao fenômeno do “Enfrentamento ineficaz” nos pacientes oncológicos, descrevendo-os e relacionando-os com a prática clínica. O modelo teórico-conceitual selecionado para embasar a construção da TMA, o MACR, permitiu estabelecer as relações com os diferentes estímulos e comportamentos vivenciados pelo paciente oncológico, no processo de adaptação ao diagnóstico do câncer.

Os conceitos relacionados à TMA, trazidos por meio da revisão da literatura, foram além daqueles apresentados na taxonomia da NANDA – I, o que sugere uma revisão dos elementos presentes no diagnóstico do “Enfrentamento ineficaz”. Os estímulos focais, relacionados ao confronto direto com o indivíduo, não são os únicos influenciadores do fenômeno do “Enfrentamento ineficaz”. A TMA possibilitou a identificação de estímulos contextuais e residuais, como a baixa autoestima situacional e as crenças e/ou hábitos de saúde incompatíveis com a terapêutica, que se revelam intimamente associados a uma maior dificuldade na elaboração de mecanismos de enfrentamento adaptativos, diante do diagnóstico do câncer.

A validade de conteúdo do diagnóstico “Enfrentamento ineficaz” para pacientes oncológicos, resultante da TMA, possibilitou a construção de uma nova definição diagnóstica, a qual foi analisada e validada pelos juízes como a mais adequada, assim como o aprimoramento e a identificação de novos indicadores diagnósticos, condizentes com o fenômeno estudado, e a equivalência desses indicadores com os elementos presentes na taxonomia da NANDA – I, os quais foram validados pelos juízes com diferentes níveis de expertise.

Em relação aos indicadores diagnósticos, definidos por meio da construção da TMA, e a equivalência desses indicadores com a taxonomia da NANDA – I, foram considerados relevantes, pelos juízes, 22 antecedentes/estímulos (Angústia; Ansiedade; Apoio emocional diminuído; Apoio familiar insuficiente; Apoio psicossocial insuficiente; Autoculpa; Baixa autoestima situacional; Comunicação profissional-paciente ineficiente; Conhecimento insuficiente sobre a doença e/ou tratamento; Crenças e/ou hábitos de saúde incompatíveis com a terapêutica; Crise espiritual/religiosa; Déficit de recursos materiais; Dificuldades financeiras; Incerteza do prognóstico; Medo do curso da doença; Múltiplos sintomas relacionados à doença; Negação do diagnóstico; Sentimento de impotência; Sofrimento emocional; Toxicidades relacionadas ao tratamento; Déficit cognitivo e Depressão) e 14 consequentes/comportamentos (Abandono da terapêutica; Complicações relacionadas ao prognóstico; Comprometimento da qualidade de vida; Conduta de enfrentamento ineficaz; Déficit no autocuidado; Desregulação do sistema imunológico; Dificuldade para realizar o tratamento; Distúrbios do sono; Estresse;

Fadiga; Limitações funcionais; Sofrimento mental; Uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas e Vulnerabilidade a doenças oportunistas).

O antecedente/estímulo “Pessoas com baixa escolaridade” e o conseqüente/comportamento “Desregulação do sistema neuroendócrino” não foram considerados relevantes pelos juízes.

Dentre as limitações do estudo, em relação à TMA, ressalta-se a construção das relações teórico-causais, a partir de uma RI que incluiu publicações que não têm apresentaram poder de estabelecer relação de causalidade. Diante desses estudos, essas relações foram realizadas pela própria pesquisadora e orientadoras. Salienta-se, ainda, a escassez de estudos de validade de DE com utilização de TMA e que envolvam o DE “Enfrentamento ineficaz”. Quanto às limitações relacionadas com a validade de conteúdo pelos juízes, foi observada uma maioria de juízes principiantes e iniciantes avançados, em comparação a competentes e *experts*, o que pode implicar avaliações menos criteriosas, entretanto a abordagem da sabedoria coletiva permitiu que as avaliações fossem realizadas considerando as diferentes habilidades teóricas e práticas dos juízes, amenizando a possibilidade de erros de julgamento, por meio de um processo de interpretação coletiva.

As evidências do presente estudo indicam a necessidade de revisão estrutural, a inserção de novos elementos ao diagnóstico do “Enfrentamento ineficaz” e contribuem para pesquisas no âmbito das terminologias/diagnósticos de enfermagem e/ou da oncologia, assim como para a prática assistencial, uma vez que a detecção precoce do fenômeno do “Enfrentamento ineficaz” pode tornar o cuidado oncológico mais direcionado. Além disso, os achados também destacam a importância das ações educativas no âmbito da assistência oncológica, como ferramenta de apoio no enfrentamento do câncer, por meio do auxílio na construção de mecanismos adaptativos.

Sugere-se a avaliação futura da TMA por juízes, contemplando sua finalidade, conceitos, proposições, organização lógica e relevância social, a fim de verificar a relevância dessas variáveis, bem como contribuir para a translação e aperfeiçoamento do conhecimento clínico em enfermagem. Ademais, recomenda-se a realização da terceira etapa, a validade clínica, especialmente por meio de estudos de coorte, a fim de verificar a acurácia dos indicadores clínicos identificados, clarificar algumas relações entre o Enfrentamento ineficaz e os indicadores clínicos, além de contribuir para assistência oncológica, que poderá aperfeiçoar suas ações de cuidado, a partir de evidências robustas, na perspectiva da educação em saúde, que favoreçam a adesão à terapêutica e ressaltem o protagonismo do paciente no enfrentamento do câncer.

REFERÊNCIAS

- AARSTAD, A. K. et al., Distress, quality of life, neuroticism and psychological coping are related in head and neck cancer patients during follow-up. **Acta Oncologica**, v. 50, n. 3, p. 390 – 398, 2011.
- ABATE, H. K.; BIRHANU, Y.; GEBRIE, M. H. Clinical decision making approaches and associated factors among nurses working in a tertiary teaching hospital. **International Journal of Africa Nursing Sciences**, v. 7, 100432, 2022.
- AHLBERG, K.; EKMAN, T.; GASTON-JOHANSSON, F. Fatigue, psychological distress, coping resources, and functional status during radiotherapy for uterine cancer. **Oncol Nurs Forum**, v.32, n. 3, P. 633-640, 2005.
- AKECHI, T.; OKAMURA, H.; NISHIWAKE, Y.; UCHITOMI, Y. Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma: A 6-month follow-up study. **Câncer**, v. 29, n. 5, p. 1085–1093, 2002.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- ALLEN, S. M. et. al. A problem-solving approach to stress reduction among younger women with breast carcinoma: a randomized controlled trial. **Câncer**, v. 94, n. 12, p. 3089-3100, 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. American Psychiatric Association. 5. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANTONI, M.H. et al. Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. **Brain, Behavior, and Immunity**, v. 23, n. 5, p. 580-591, 2009.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, v. 3, n. 2, p. 273-94, 1998.
- ASSIS, O. B.G. A asa da borboleta e a nanotecnologia: cor estrutural. **Revista Brasileira de Ensino de Física** [online], v. 35, n. 2, p. 01-09, 2013.
- BAILLARGEON, J. et al. Effect of mental disorders on diagnosis, treatment, and survival of older adults with colon cancer. **Journal of the American Geriatrics Society.**, v. 59, n. 7, p. 1268-1273, 2011.
- BAPTISTA, R. L. R. et al. Psychometric properties of the multidimensional fatigue inventory in Brazilian Hodgkin's lymphoma survivors. **Journal of pain and symptom management**, v. 44, n. 6, p. 908-915, 2012.

BARROS SBM, DAVINO SC. Avaliação da toxicidade. In: Oga S, Camargo MMA, Batistuzzo JAO, editores. **Fundamentos de toxicologia**. 3ed. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 61-70.

BARROS, A. L. B. L. **Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 22, n. (special issue), p. 864-867, 2009.

BENNER, P.; TANNER, C.; CHESLA, C. **Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics**. 2. ed. New York: Springer Publishing Comapny, 2009.

BERTOLUCCI, P.H.F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p.1-7, 1994.

BRAMER, W. M.; MILIC, J.; MAST, F. Reviewing retrieved references for inclusion in systematic reviews using EndNote. **Journal of the Medical Library Association**, v. 105, n. 1, p. 84-87, 2017.

BRANDÃO, M. A. G. et al. Theoretical and methodological reflections for the construction of middle-range nursing theories. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 4, p. 01-08, 2017.

BRANDÃO, T.; SCHULZ, M.; MATOS, P. Psychological adjustment after breast cancer: A systematic review of longitudinal studies. **Psycho-oncology**, v. 26, n. 7, p. 917-926, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 13 jun. 2013, Seção1, p. 59, 2013b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ambiente, trabalho e câncer : aspectos epidemiológicos, toxicológicos e regulatórios**. Rio de Janeiro: INCA, 2021a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Cuidados Paliativos Oncológicos: controle da dor**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 6. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Cadernos de Psicologia – O corpo na perspectiva interdisciplinar**. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2023 - Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 12.732, de 22 de Novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 23 novembro, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 13.896, de 30 de Outubro de 2019** Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica.

Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 31 outubro, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Lei nº 14.238, de 19 de Novembro de 2021**. Institui o o Estatuto da Pessoa com Câncer. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 22 novembro, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874/ GM, de 16 de Maio de 2013**. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 17 maio 2013, Seção 1, p.129-132, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação-Geral de Gestão dos Sistemas de Informações em Saúde. Manual de bases técnicas da oncologia – SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais. 30. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Carta Circular Nº1/ 2021/ CONEP/ SECNS/ MS**. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília, DF, 03 mar. 2021c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Ofício Circular Nº2/ 2021/ CONEP/ SECNS/ MS**. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília, DF, 24 fev. 2021d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Tesouro eletrônico. BVS Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://bvsm2.saude.gov.br/cgi-bin/multites/mtwdk.exe?k=default&l=60&w=4678&n=1&s=5&t=2>>.

BRAY, F. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a cancer journal for clinicians**, Hoboken, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018.

CALDERON, C. et. al. Social support, coping strategies and sociodemographic factors in women with breast cancer. **Clinical and Translational Oncology**, v. 23, n. 9, p. 1955-1960, 2021.

CANADA, A.L. et al. Assessing the impact of religious resources and struggle on well-being: a report from the American Cancer Society's Study of Cancer Survivors-I. **Journal of Cancer Survivorship**. 2022.

CAPELLO, E. M. C. S. et al. Enfrentamento do paciente oncológico e do familiar/cuidador frente à terminalidade de vida. **Journal of the Health Sciences Institute**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 235-240, 2012.

CAPELO, R.; POCINHO, M. Estratégias de coping: contributos para a diminuição do stress docente. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 17, n. 2, p. 282-294, 2016.

CAPTEIN, K. M. et al. Ações educativas no cotidiano da enfermagem oncológica: revisão

integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 999-1007, 2017.

CARINO, A. C. C. **Sobrepeso em adolescentes e adultos jovens: uma teoria de médio alcance**. 2021. 85f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2021.

CARVALHO, E. C. de; MELLO, A. de S.; NAPOLEÃO, A. A.; BACHION, M. M.; DALRI, M. C. B.; CANINI, S. R. M. da S. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 10, n. 1, 2009.

CAVALCANTE, Y. A. **Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “síndrome pós-trauma” no contexto da violência contra a mulher**. 2022. 236 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2022.

CASSELL, E. J. **The nature of suffering and the goals of medicine**. 2ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.

CHANG, H.A. et al. Depression predicts longitudinal declines in social support among women with newly diagnosed breast cancer. **Psychooncology**, v. 28, n. 3, p. 635-642, 2019.

CHO, Y.U.; LEE, B.G.; KIM, S.H. Coping style at diagnosis and its association with subsequent health-related quality of life in women with breast cancer: A 3-year follow-up study. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 45, n., e101726, 2020.

CLUZE, C. et al. Adjuvant endocrine therapy with tamoxifen in young women with breast cancer: determinants of interruptions vary over time. **Annals of Oncology**, v. 23, n. 4, p. 882-890, 2012.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução COFEN- 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009.

COHEN, S. et al. Chronic stress, glucocorticoid receptor resistance, inflammation, and disease risk. **Proceedings of the National Academy of Sciences [Internet]**, v. 109, n. 16, p. 5995-5999, 2012.

CONDINO-NETO, A. Susceptibilidade a infecções: imaturidade imunológica ou imunodeficiência? **Revista de Medicina**, v. 93, n. 2, p. 78-82, 2014.

COSTA, M. F.; SOARES, J. C. Livre como uma borboleta: simbologia e cuidado paliativo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]**, v. 18, n. 3, p. 631-641, 2015.

COSTANZO, E.S. Psychosocial factors and interleukin-6 among women with advanced ovarian cancer. **Cancer**, v. 104, n. 2, p. 305-313, 2005.

D'SOUZA V. et al. An investigation of the effect of tailored information on symptoms of anxiety and depression in Head and Neck cancer patients. **Oral Oncology**, v. 49, n. 5, p. 431-

437, 2013.

DAHAL, A.; MEHETA, R.K. Fatigue Experience and Coping Strategies among Cancer Patients Receiving Chemotherapy. **Journal of Nepal Health Research Council**, v. 16, n. 3, p. 285-290, 2018.

DECAT, C.S.; LAROS, J.A.; ARAUJO, T. C. C. F. Termômetro de distress: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. **Psico USF**, v. 14, n. 3, p. 243-260, 2009.

DENADAI, W. et al. Teoria de enfermagem de médio alcance para atenção à saúde mental. **Research, Society and Development** [Internet], v. 9, n. 7, p. e825974950, 2020.

DEN HEIJER, M. et al. Psychological distress in women at risk for hereditary breast cancer: the role of family communication and perceived social support. **Psychooncology**, v. 20, n. 12, p. 1317-1323, 2011.

DESSUY, M. B.; MORAIS, A. B. B. **Diversidade de borboletas (Lepidoptera, Papilionoidea e hesperioidea) em fragmento de Floresta Estacional Decidual em Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil**. Revista Brasileira de Zoologia. Paraná. v. 24. p. 108-120. 2007.

DEV, R. et al. Association between tobacco use, pain expression, and coping strategies among patients with advanced cancer. **Cancer**, v. 125, n. 1, p. 153-160, 2019.

DIAS, D C. Instrumento para avaliação da capacidade de autocuidado de pacientes adultos: CADEM. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 49, n. 3, p. 315-332, 1996.

DIAS, E. N.; PAIS-RIBEIRO, J. L. O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 55-66, 2019 .

DIAS, T. L.; LEITE, L. L. G. Rede de apoio social e afetivo e estratégias de enfrentamento na doença falciforme: um olhar sobre a pessoa e a família. **Psicologia em Revista** [online], v. 20, n.2, p. 353-373, 2014.

DIEPERINK, K.B. et. al. Male coping through a long-term cancer trajectory. Secondary outcomes from a RTC examining the effect of a multidisciplinary rehabilitation program (RePCa) among radiated men with prostate cancer. **Acta Oncologica**, v.56, n. 2, p. 254-261, 2017.

DINIZ, C. M. **Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Padrão ineficaz de alimentação do lactente**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

DONOWITZ, G.R. et. al. Infections in the neutropenic patient – new views of an old problem. **Hematology**, v. 1, 113-139, 2001.

ENBLUM, A. et. al. Complementary and alternative medicine self-care strategies for nausea in patients undergoing abdominal or pelvic irradiation for cancer: A longitudinal observational study of implementation in routine care. **Complementary Therapies in**

Medicine, v.34, p. 141-148, 2017.

ERMIAH, E. et al. Diagnosis delay in Libyan female breast cancer. **BMC Research Notes**, v. 21, n. 5, p. 452, 2012.

FAISAL-CURY, A.; SAVOIA, M. G.; MENEZES, P. R.. Coping style and Depressive Symptomatology during Pregnancy in a Private Setting Sample. **The Spanish Journal of Psychology**, v. 15, n.1, p. 295-305, 2012.

FALAVIGNA, A. et al. Consistency and reliability of the Brazilian Portuguese version of the Mini-Sleep Questionnaire in undergraduate students. **Sleep Breath**, v. 15, n. 3, p. 351-355, 2011.

FAWCETT, J. Using the Roy Adaptation Model to guide research and/or practice: construction of conceptual-theoretical-empirical systems of knowledge. **Aquichán** [on-line], v.9, n.3, 2009.

FEHRING, R.J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart & Lung**, v.16, n.16, p. 625-629, 1987.

FERNANDES, M.I.C.D. **Construção e validação do diagnóstico de enfermagem risco de volume de líquidos excessivo a partir de uma teoria de médio**. 2018. 213f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

FERREIRA, G. L. **Validação do conteúdo do diagnóstico de enfermagem intolerância à atividade em pacientes com insuficiência cardíaca**. 2017. 72 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

FERREIRA, A. B. H. **Minidicionário Aurélio – O dicionário da língua portuguesa**. 8 ed. Curitiba: Positivo, 2018.

FILHO, L. S. M.; KHOURY, H. T. T. Uso do Coping Religioso/Espiritual diante das Toxicidades da Quimioterapia no Paciente Oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**. [Internet], v. 64, n. 1, p. 27-33, 2018.

FLECK, M. P. A. et. al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FREIRE, D. Imunoterapia: a virada do sistema imunológico contra o câncer. **Ciência e Cultura**, v. 71, n. 4, p. 13-15, 2019 .

FUKADA, M. Nursing Competency: Definition, Structure and Development. **Yonago Acta Medica**, v. 61, n. 1, p. 1-7, 2018.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L.A. **Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos**. *Ciênc. Cuid. Saúde*, v.5, n.1, p.60-6, 2006.

GASCON, B. et al. Screening for Distress and Health Outcomes in Head and Neck Cancer.

Current Oncology, v. 29, n.6, p. 3793-3806, 2022.

GEUE, K. et al. Prevalence of mental disorders and psychosocial distress in German adolescent and young adult cancer patients (AYA). **Psychooncology**, v. 27, n. 7, p. 1802-1809, 2018.

GEYIKCI, R.; ÇAKMAK, S.; DEMIRKOL, M.E.; UGUZ, S. Correlation of anxiety and depression levels with attitudes towards coping with illness and sociodemographic characteristics in patients with a diagnosis of breast cancer. **Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences**, v. 3, n. 31, p. 246-257, 2018.

GIBBONS, A.; GROARKE, A.; SWEENEY, K. Predicting general and cancer-related distress in women with newly diagnosed breast cancer. **BMC Cancer**, v. 16, n. 1, p. 935, 2016.

GIESLER, J. M.; WEIS, J. Patient competence in the context of cancer: its dimensions and their relationships with coping, coping self-efficacy, fear of progression, and depression. **Support Care Cancer**, v. 29, n. 4, p. 2133-2143, 2021.

GONÇALVES, D.M.; STEIN, A.T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSMIV-TR. **Cadernos de Saude Publica.**, v. 24, n. 2, p. 380-390, 2008.

GOMES-OLIVEIRA, M. H. et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. **Brazilian Journal of Psychiatry [online]**, v. 34, n. 4, p. 389-394, 2012.

GOMES, R.A. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com doença oncohematológica em quimioterapia. **Revista de Enfermagem UFPE [online]**, v.12, n.5, p.1200-1205, 2018.

GRAMLING, R. et. al. Distress Due to Prognostic Uncertainty in Palliative Care: Frequency, Distribution, and Outcomes among Hospitalized Patients with Advanced Cancer. **Journal of Palliative Medicine**, v. 21, n. 3, p. 315-321, 2018.

GRANJA, M. C. L. M.; LIMA, F. L. T. de. Barreiras à Prevenção do Câncer e Tratamento Oncológico para a População em Situação de Rua. **Revista Brasileira de Cancerologia, [S. l.]**, v. 66, n. 2, p. e-09816, 2020.

GUAN, T. et. al. Illness uncertainty, coping, and quality of life among patients with prostate cancer. **Psychooncology**, v. 29, n. 6, p. 1019-1025, 2020.

HALPERN, M.T. et al. Association of insurance status and ethnicity with cancer stage at diagnosis for 12 cancer sites: a retrospective analysis. **The Lancet Oncology**, v. 9, n.3, p. 222-231, 2008.

HAMMERMÜLLER, C.; HINZ, A.; DIETZ, A. et al. Depression, anxiety, fatigue, and quality of life in a large sample of patients suffering from head and neck cancer in comparison with the general population. **BMC Cancer**, v. 94, 2021.

HEKMATPOU, D.; NASIRI, A.; MOHAGHEGH, F. Investigating the Effect of Self-Care

Training on Life Expectancy and Quality of Life in Patients with Gastrointestinal Cancer under Radiotherapy. **Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing**, v. 6, n. 2, p. 198-205, 2019.

HENRIQUE, I. F. S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira [online]**, v. 50, n. 2, p. 199-206, 2004.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. T. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2021-2023**. 12ed. Porto Alegre: Artmed. 2021.

HERSHMAN, D.L. et al. Early discontinuation and non-adherence to adjuvant hormonal therapy are associated with increased mortality in women with breast cancer. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 126, n. 2, 2011.

HUIART, L. et al. Early discontinuation of tamoxifen intake in younger women with breast cancer: is it time to rethink the way it is prescribed? **European Journal of Cancer**, v. 48, n. 13, p. 1939-1946, 2012.

HUTAJULU, S.H. et al. Delays in the presentation and diagnosis of women with breast cancer in Yogyakarta, Indonesia: A retrospective observational study. **PLoS One**, v. 17, n. 1, 2022.

HUTZ, C. S.; ZANON, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. **Revista Avaliação Psicológica**, v. 10, n. 1, p. 41-49, 2011.

INAF. **Indicador de alfabetismo funcional – INAF - Estudo especial sobre alfabetismo e mundo do trabalho**. Instituto Paulo Montenegro. 2016.

JABBARIAN, L. et al. Coping strategies of patients with advanced lung or colorectal cancer in six European countries: Insights from the ACTION Study. **Psychooncology**, v. 29, n. 2, p. 347-355, 2020.

JANELSINS, M.C. Longitudinal Trajectory and Characterization of Cancer-Related Cognitive Impairment in a Nationwide Cohort Study. **Journal of Clinical Oncology**, v. 36, n. 2, JCO2018786624, 2018.

JONSEN, A. R.; SIEGLER, M.; WINSLADE, W. J. **Ética clínica: abordagem prática para decisões éticas na medicina clínica**. 7. ed. Tradução: Ananyr Porto Fajardo. Porto Alegre: AMGH, 2012.

KANG, N. et al. Relationship between cancer stigma, social support, coping strategies and psychosocial adjustment among breast cancer survivors. **Journal of Clinical Nursing**, v. 29, n. 21, p. 4368-4378, 2020.

KARIMI, S. et al., Surveying the effect of a self-care education program on severity of nausea and emesis in colorectal cancer patients under chemotherapy. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, v. 10, n. 14, p. 301-307, 2017.

KESSLER, R. C. et. al. Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, v. 19, n. 1, p. 4-22, 2010.

KRASNE, M. et al. Coping strategies and anxiety in young breast cancer survivors. **Support Care Cancer**, v. 30, n. 11, p. 9109-9116, 2022.

KROENKE, C.H. et. al. Personal and clinical social support and adherence to adjuvant endocrine therapy among hormone receptor-positive breast cancer patients in an integrated health care system. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 170, n. 3, p. 623-631, 2018.

KULPA M. et. al. Anxiety and depression and cognitive coping strategies and health locus of control in patients with ovary and uterus cancer during anticancer therapy. **Contemporary Oncology**, v. 20, n. 2, p. 171-175, 2016.

LASH, T. L. et al. Adherence to tamoxifen over the five-year course. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 99, n. 2, p. 215-229, 2006.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer Publishing Company, 1984.

LAZARUS, R S. **Psychological stress and coping process**. New York: McGraw-Hill, 1966.

LEITE, M. A. C.; NOGUEIRA, D. A.; TERRA, F. S. Avaliação da autoestima em pacientes oncológicos submetidos a tratamento quimioterápico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6., p. 1082-1089, 2015.

LEWIS, M.; HAVILAND-JONES, J. M.; BARRETT, L. F. (org.). **Handbook of emotions**. 4. ed. New York: Guilford Publications, 2016.

LI, L.; LIU, L.; KANG, H.; ZHANG, L. The influence of predictive nursing on the emotions and self-management abilities of post-colostomy rectal cancer patients. **American Journal of Translational Research**, v. 13, n. 6, p. 6543-6551, 2021.

LIMA, L. M.; BIELEMANN, V. L. M.; SCHUWARTZ, E.; VIEGAS, A. C.; SANTOS, B. P.; LIMA, J. F.. Adoecer de câncer: o agir e o sentir do grupo familiar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 106-112, 2012.

LOGE, J.H. Fatigue and psychiatric morbidity among Hodgkin's disease survivors. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 19, n. 2, p. 91-99, 2000.

LOPES - JÚNIOR, L. C.; LIMA, R.A.G.. Cuidado ao câncer e a prática interdisciplinar. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 35, n. 1, p. e00193218, 2019.

LOPES, M.V.O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T.L. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. **International journal of nursing knowledge**, v.23, n. 3, p. 134-9, 2012.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T .L.. Validacao de diagnosticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, n.5, p.649-

655, 2013.

LOPES, M. V.; SILVA, V. M.. Métodos avançados de validação de diagnósticos de enfermagem. **PRONANDA: Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem**. 3^a ed. Porto Alegre: Artmed, p. 31-74, 2016.

LOPES, M. V.; SILVA, V. M.; HERDMAN, T. H. Causation and validation of nursing diagnoses: a middle range theory. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 28, n. 1, p. 53-59, 2017.

LOPES; M.V.O.; SILVA, V.M.; HERDMAN, T.H. Causation and Validation of Nursing Diagnoses: A Middle Range Theory. **International Journal of Nursing Knowledge**. 2015.

LUTGENDORF, S. K. et al. Interleukin-6 and use of social support in gynecologic cancer patients. **Int. J. Behav. Med**, v. 7, p.127–142, 2000.

MACHADO, J.C. et al. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 1. p. 109-121, 2011.

MATHIAS, A.S. et al. Aspectos psicológicos do câncer de mama em mulheres. **Femina**, v. 50, n. 5, p. 311-315, 2022.

MATOSO, L. M. L.; ROSÁRIO, S. S. D.; MATOSO, M. B. L. As estratégias de cuidados para o alívio dos efeitos colaterais da quimioterapia em mulheres. **Revista Saúde**, [S. l.], v. 41, n. 2, p. 251–260, 2015.

MATSUO, K et al. Patient compliance for postoperative radiotherapy and survival outcome of women with stage I endometrioid endometrial cancer. **Journal of Surgical Oncology**, v. 116, n. 4, p. 482-491, 2017.

MATTOS, K. et al. Estratégias de Enfrentamento do Câncer Adotadas por Familiares de Indivíduos em Tratamento Oncológico. **Revista Psicologia e Saúde** [Internet], v. 1, n. 8, p. 01-16, 2016.

McEWEN, M. **Introdução às teorias de enfermagem de médio alcance**. In: McEWEN, M.; WILLS, E.M. Bases teóricas de enfermagem. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. cap.10, p.216-232.

MEHNERT, A.; KOCH U. Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 64, n. 4, p. 383-391, 2008.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

MESQUITA, A.C. et. al. A utilização do enfrentamento religioso/ espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [Internet], v. 21, n. 2, p. 01-07, 2013.

- MINGORANCE, M.J. et al. Estrategias de afrontamiento y autoestima en mujeres con cáncer de mama. **Anales de Psicología [Internet]**, v. 35, n. 2, p. 188-194, 2019.
- MOLLICA, M.A. et. al. Spirituality is associated with better prostate cancer treatment decision making experiences. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 39, n. 1, p. 161-169, 2016.
- MONTEIRO, D.R.; ALMEIDA, M. A.; KRUSE, M.H.L. Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para uso em cuidados paliativos. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 34, n. 2, p. 163-171, 2013.
- MOURAD, O.; HOSSAM, H.; ZBYS, F.; AHMED, E. Rayyan – a web and mobile app for systematic review. **Systematic Reviews Journal.**, n. 210, 2016.
- NASCIMENTO, C. M.; NUNES, S. O conceito de enfrentamento e a sua relevância na prática da psiconcologia. Encontro: **Revista de Psicologia**, v. 13, n. 19, p. 91-102, 2011.
- NETO, V. et al. Adaptação ao Cancro da Mama: Validação da Versão Portuguesa da Psychological Adaption Scale. **Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica**, v. 3, n. 60, p. 55-69, 2021.
- NEUGUT, A. I. et al. Association between prescription co-payment amount and compliance with adjuvant hormonal therapy in women with early-stage breast cancer. **Journal of Clinical Oncology**, v. 29, n. 18, p. 2534-2542, 2011.
- NIPP, R.D. et al. The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. **Cancer**, v. 122, n. 13, p. 2110-2116, 2016.
- OGDEN, K. et al. Attributes and generic competencies required of doctors: findings from a participatory concept mapping study. **BMC Health Services Research**, v. 21, n. 1, p. 560, 2021.
- OLIVEIRA, A. R. S. et. al. Validação clínica dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem: revisão narrativa da literatura. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 1, p. 13-20, 2013.
- OLIVEIRA, A. M.; STANCATO, K.; SILVA, E. M. Formação do enfermeiro: políticas públicas na atenção oncológica. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 48-52, 2018.
- OLIVEIRA, J. M.; REIS, J. B.; SILVA, R. A. Busca por cuidado oncológico: percepção de pacientes e familiares. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 4, p. 938-946, 2018.
- OLIVEIRA, L. A. M. et. al. Cuidados de enfermagem realizados no tratamento quimioterápico do câncer do colo do útero: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 26, n. 2, p. 70-74, 2019.
- OREM, D.E. **Nursing concepts of practice**. 6th ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 2001.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Tradução:

Dorgival Caetano, 1ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 69-82, 1993.

PAGE, M. J. et. al. **The PRISMA 2020 statement:** an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021.

PARDEDE, J. A.; SIMAMORA, M.; SIMANJUNTAK, G. V. Family support and self-esteem of patient with breast cancer. *EAS Journal of Nursing and Midwifery*, v.2, p. 173–177, 2020.

PAREDES, T. et al. A longitudinal study on emotional adjustment of sarcoma patients: the determinant role of demographic, clinical and coping variables. *European Journal of Cancer Care*, v. 21, n. 1, p. 41-51, 2012.

PARKER, P.A. Illness uncertainty and quality of life of patients with small renal tumors undergoing watchful waiting: a 2-year prospective study. *European Urology*, v. 63, n. 6, p. 1122-1127, 2013.

PASSIK, S.D. et. al. The changeable nature of patients' fears regarding chemotherapy: implications for palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 21, n. 2, p. 113-120, 2001.

PASQUALI, L. (Org.). **Instrumentos psicológicos:** manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/ IBAPP, 1999.

PATERSON, C.; ROBERTSON, A.; NABI, G. Exploring prostate cancer survivors' self-management behaviours and examining the mechanism effect that links coping and social support to health-related quality of life, anxiety and depression: a prospective longitudinal study. *European Journal of Oncology Nursing*., v. 19, n. 2, p. 120-128, 2015.

PEITER, C. C. et. al. Gestão do cuidado de enfermagem ao paciente oncológico num hospital geral: uma Teoria Fundamentada nos Dados. *Revista de Enfermagem Referência* [Internet], v. 4, n.11, p. 61-69, 2016.

PEREIRA, E. E. B.; SANTOS, N. B.; SARGES, E. S. N. F. Avaliação da capacidade funcional do paciente oncogeriátrico hospitalizado. *Rev Pan-Amaz Saude*, v. 5, n. 4, p. 37-44, 2014.

PEREIRA, J. M. V. et al. Accuracy in inference of nursing diagnoses in heart failure patients. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, n. 3, p. 690-96, 2015.

PETIT, A. et. al. Factors associated with inoperable cutaneous squamous cell carcinoma. *European Journal of Dermatology*, v. 31, n. 3, p. 396-402, 2021.

PIMENTEL, E. R. S. et al. Relações entre sintomatologia Depressiva com pacientes em tratamento oncológico. *Diálogos Interdisciplinares*, v. 8, n. 10, p. 79-90, 2019.

PINHO, E. et al. Mental health assistance: identification of nursing diagnoses in a community mental health service. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online], v. 75, n., e20201175, 2022.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

PRISCILLA, D. et al. Coping styles in patients with haematological cancer in a Malaysian hospital. **East Asian Archives of Psychiatry**, v. 21, n. 2, p. 44-51, 2011.

RAFAEL, J. A. et al. **Insetos do Brasil: Diversidade e Taxonomia**. Ribeirão Preto: Holos Editora, 2012.

RICH, T. et al. Elevated serum cytokines correlated with altered behavior, serum cortisol rhythm, and dampened 24-hour rest-activity patterns in patients with metastatic colorectal cancer. **Clin Cancer Res**, v. 11, n. 5, p. 1757-1764, 2005.

RIM, C. H. et al. An assessment of quality of life for early phase after adjuvant radiotherapy in breast cancer survivors: a Korean multicenter survey. **Health and Quality Life Outcomes**, v. 15, n. 1, p. 96, 2017.

RIZALAR, S. et al. Effect of perceived social support on psychosocial adjustment of Turkish patients with breast cancer. **Asian Pac J Cancer Prev**, v. 15, n. 8, p. 3429-3434, 2014.

ROECKER, S.; BUDÓ, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]**, v. 46, n. 3, p. 641-649, 2012.

ROSA, J. G. **Grande sertão: veredas**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

ROSCOE, J. A. et al. Inter-relações temporais entre fadiga, ritmo circadiano e depressão em pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico. **Support Care Cancer**, v. 10, p. 329-336, 2002.

ROSINI, I.; SALUM, N. C. Educação em saúde no serviço de radiologia: orientações para punção aspirativa de mama e tireóide. **Revista Gaúcha de Enfermagem [online]**, v. 34, n. 3, p. 79-85, 2013.

ROUPA, V. G. **Diversidade de borboletas e plantas visitadas em área densamente urbanizada da região metropolitana de São Paulo: Bairro Cerâmica – São Caetano do Sul**. Programa de Incentivo à Iniciação Científica da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras do Centro Universitário Fundação Santo André, São Paulo. 2012.

ROY, C. **Generating middle range theory: From evidence to practice**. New York: Springer Publishing Company. 2013.

ROY, C. **The Roy adaptation model**. 3. ed. New Jersey: Pearson Education, 2009.

ROY, C.; ANDREWS, H.A. **Teoria da Enfermagem: modelo da adaptação de Roy**. Porto Alegre: Instituto Piaget; 2001.

SALDANHA, E.A. et al. Diagnósticos de enfermagem e modelo teórico de Roy em pacientes prostatectomizados. **Revista Rene**. v.14, n. 4, p. 774-82, 2013.

SANTOS, M.F.; SANTOS, E.M.M; NASCIMENTO, L.C; SILVA, G.P.; MIRANDA, D.O.; JÚNIOR, L.C.L.; PINTO, P.S. Atuação do enfermeiro em oncologia na perspectiva da genética e genômica. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**, v. 22, n. 2, p. 526-533, 2013.

SANTOS, Q.N. Estratégias de Enfrentamento (coping) da família ante um membro familiarhospitalizado: uma revisão de literatura brasileira. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 21, n. 2, p. 40-47, 2013.

SARI, D. K. et al. Association Between Family Support, Coping Strategies and Anxiety in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy at General Hospital in Medan, North Sumatera, Indonesia. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 20, n. 10, p. 3015-3019, 2019.

SAVOIA, M.G; SANTANA, P.R.; MEJIAS, N.P. Adaptação do inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 7, n. 1-2, p. 183-201, 1996.

SCANDURRA, C. et. al. Social Support Mediates the Relationship between Body Image Distress and Depressive Symptoms in Prostate Cancer Patients. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 8, p. 4825, 2022.

SCHNEIDER, I.J.; D'ORSI, E. Five-year survival and prognostic factors in women with breast cancer in Santa Catarina State, Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 25, n. 6, p. 1285-1296, 2009.

SCHOFIELD, P.E. et al. Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. **Annals of Oncology**, v. 14, n. 1, p. 48-56, 2003.

SHELTON, R. C. et al. Interpersonal influences and attitudes about adjuvant therapy treatment decisions among non-metastatic breast cancer patients: an examination of differences by age and race/ethnicity in the BQUAL study. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 137, n. 3, p. 817-828, 2013.

SHERMAN, A.C. et al. Coping with head and neck cancer during different phases of treatment. **Head Neck**, v. 22, n. 8, p. 787-793, 2000.

SILLAMY, N. **Dicionário de Psicologia: Larousse**. 1ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

SILVA, A.F.; ISSI, H.B.; MOTTA, M.G.C. A família da criança oncológica em cuidados paliativos: o olhar da equipe de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 4, p. 820-827, 2011.

SILVA, C. G. V.; MISSIATTO, L. A. F.; FEITOSA, F. B. . Estratégias de Coping Utilizadas por Pacientes Oncológicos em uma Cidade do Interior da Amazônia Legal. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. 4, p. 01-09, 2020.

SILVA, G. P. **Validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem risco de função**

cardiovascular prejudicada para avaliação de mulheres privadas de liberdade. 2019. 172f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019.

SILVA, L.G.; MOREIRA, M.C. Grau de complexidade dos cuidados de enfermagem: readmissões hospitalares de pessoas com câncer de mama. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018.

SILVA, L.C.A.; SIGNOR, A.C.; PILATI, A.C.L. et al. Abordagem Educativa ao Paciente Oncológico: Estratégias para Orientação acerca do Tratamento Quimioterápico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 65, n. 1, p. e-06305, 2019.

SILVA, R. M.; GOULART, C. T.; GUIDO, L. A. **Evolução histórica do conceito de estresse.** Rev. Cient. Sena Aires, v. 7, n. 2, p. 148-156, 2018.

SILVA, R.S. et al. Nursing Team Actions From The Perspective Of Families Of Patients Under Palliative Care. Reme: **Revista Mineira de Enfermagem** [Internet], v. 20, p. 10-19, 2016.

SILVA, S.S.F. et al. Nurses Actions in the Management of Patients Undergoing Chemotherapy: An Integrative Literature Review. **Research, Society and Development** [Internet], v. 10, n. 6, p. 01-15, 2021.

SLATTERY, D. P.; CORBETT, L. **Depth Psychology: meditations in the field.** California: Pacific Graduate Institute, 2004.

SMITH, M. J; LIEHR, P. R. **Middle Range Theory for Nursing.** 2nd ed. New York: Springer Publishing Company, 2008.

SORATO, D. B. **Tratamento paliativo oncológico e desesperança: análise dos fatores clínicos e psicossociais associados.** 2013. 108f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Fundação Pio XII, Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, 2013.

SOUZA, J.G.S. et al. Análise de hábitos nocivos à saúde entre pacientes com lesões bucais. **Revista de Odontologia da UNESP [online]**, v. 44, n. 2, p. 92-98, 2015.

SOUZA, J. A.; GALLON, C. W. Impacto do uso de dieta imunomoduladora e dieta enteral em adultos, durante a quimioterapia e radioterapia em pacientes com câncer de cabeça e pescoço: uma revisão da literatura. **Braspen Journal**, v. 32, n. 3, p. 273-281, 2017.

STANTON, A.L. et al. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 68, n. 5, p. 875-882, 2000.

STREETER, S.B. et al. Patient and plan characteristics affecting abandonment of oral oncolytic prescriptions. **JCO Oncology Practice**, v. 7, n. 3, p. 46-51, 2011.

SUNG, H. et al. Global cancer statistics 2020: **GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries.** CA: A Cancer Journal for Clinicians,

2021.

TARAKESHWAR, N. et al. Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. **Journal of Palliative Medicine**, v. 9, n. 3, p. 646-657, 2006.

TAUB, C.J. et. al. Relationships Between Serum Cortisol, RAGE-Associated s100A8/A9 Levels, and Self-Reported Cancer-Related Distress in Women With Nonmetastatic Breast Cancer. **Psychosomatic Medicine**. 2022 Sep 1;84(7):803-807.

TAVARES, D. F. et al. O Estado da Arte da Imunoterapia no Tratamento do Câncer de Mama Triplo-Negativo: Principais Drogas, Associações, Mecanismos de Ação e Perspectivas Futuras. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 67, n. 2, p. 01-10, 2021.

TEIXEIRA, E.B.; PIRES, E.F.. Psico-oncologia: proposta de trabalho de apoio psicossocial aos pacientes com câncer. **Revista Saúde** [Internet], v. 4, n. 1, p. 40-52, 2010.

TEIXEIRA, J.A.C. Psicologia da saúde. In: I.Trindade & J. A. C. Teixeira (Dirs.) **Psicologia nos cuidados de saúde primários**. Portugal: Climepsi Editores, p. 17-40, 2007.

TESTON, E. F. et al. Feelings and difficulties experienced by cancer patients along the diagnostic and therapeutic itineraries. Escola Anna Nery [online], v. 22, n. 4, e20180017, 2018.

TONIN, L et al. Referenciais utilizados nas teorias de médio alcance: revisão integrativa. **Advances in Nursing and Health**, v. 1, p. 23-33, 2019.

TROMP, D. et al. Psychological factors and patient delay in patients with head and neck cancer. **European Journal of Cancer**, v. 40, n. 10, p. 1509 – 1516, 2004.

TSAI, C. C. et al. Physical and behavioral adaptations to prevent overheating of the living wings of butterflies. **Nature Communications**, v. 11, n. 551, p. 01-14, 2020.

UNESCO. **Alfabetização como liberdade**. Brasília: UNESCO/MEC, 2003.

VAN ESCH, L. et. al. Combined anxiety and depressive symptoms before diagnosis of breast cancer. **Journal of Affective Disorders**, v. 136, n. 3, p. 895-891, 2012.

VAN OOSTROM, I et. al. Long-term psychological impact of carrying a BRCA1/2 mutation and prophylactic surgery: a 5-year follow-up study. **Journal of Clinical Oncology**, v. 21, n. 20, p. 3867-3874, 2003.

VERMAETE, N. et al. Physical activity and physical fitness in lymphoma patients before, during, and after chemotherapy: a prospective longitudinal study. **Annals of Hematology**, v. 93, n. 3, p; 411-424, 2014.

VICENZI, A.; SCHWARTZ, E.; CECAGNO, D.; VIEGAS, A.C. Cuidado integral de enfermagem ao paciente oncológico e à família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 3, p. 409–417, 2013.

VIGNOLA, R. C.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and

stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of affective disorders**, v. 155, p. 104-109, 2013.

WANG, Y. et al. What Factors Affect the Insomnia Symptom Trajectories in Women With Nonmetastatic Breast Cancer? **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 52, n. 6, p. 850-858, 2016.

WONDIMAGEGNEHU, A. et al. Depression and social support among breast cancer patients in Addis Ababa, Ethiopia. **BMC Cancer**, v. 19, n. 1, p. 836, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health: a state of well-being**. Geneva: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Promoción de la salud: glosario**. Geneva: WHO, 1998.

ZAMANIAN, H. et al. Perceived social support, coping strategies, anxiety and depression among women with breast cancer: Evaluation of a mediation model. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 50, n., e101892, 2021.

ZEBRACK, B.J. et al. Psychological distress and unsatisfied need for psychosocial support in adolescent and young adult cancer patients during the first year following diagnosis. **Psychooncology**, v.23, n. 11, p. 1267-1275, 2014.

ZULLIG, L. L. et. al. Financial Distress, Use of Cost-Coping Strategies, and Adherence to Prescription Medication Among Patients with Cancer. **JCO Oncology Practice**, v. 9, n. 6, p. 60-63, 2013.



APÊNDICE A – CARTA CONVITE AOS JUÍZES
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



CARTA - CONVITE AOS JUÍZES

Prezado (a), meu nome é Ingrid Andrade Lima, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. Estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado “Validade de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Enfrentamento ineficaz para Pacientes oncológicos” sob orientação da Prof.^a Dr.^a Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli e coorientação da Prof.^a Dr.^a Suzana de Oliveira Manguiera.

Venho por meio desta solicitar a sua colaboração na análise de conteúdo dos indicadores do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz. O estudo objetiva investigar a validade de conteúdo da estrutura do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos a partir de uma Teoria de Médio Alcance (TMA). A utilização das TMA em processos de validade de diagnósticos de enfermagem visa desenvolver um gradiente teórico que identifique os indicadores diagnósticos. Para isso, são desenvolvidas três etapas: validade teórico-causal, validade de conteúdo e validade clínico-causal. O(A) senhor(a) participará da segunda etapa deste estudo: a validade de conteúdo.

Para participar desta pesquisa, o(a) senhor(a) precisará preencher um questionário composto por 61 itens, contendo duas partes, a saber: (1) caracterização dos juízes, constituída por 20 questões e (2) análise de conteúdo dos indicadores do DE referido, constituída por 41 questões, referentes a: definição conceitual, fatores relacionados, características definidoras, populações em risco, condições associadas, assim como o rótulo/título, domínio, classe e as definições conceituais e operacionais. O tempo estimado para responder o instrumento é de 30 minutos. Esse questionário deverá ser preenchido e devolvido em um prazo de até 30 dias. Caso aceite participar desta pesquisa, solicito que confirme o aceite pelo e-mail (ingrid.alima@ufpe.br), para que seja enviado o link de acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que após a sua concordância, viabilizará o acesso ao instrumento de pesquisa descrito acima. Caso você desista de participar da pesquisa, você poderá solicitar a qualquer momento e sem nenhum prejuízo, a exclusão dos dados coletados. Para isso, será preciso enviar um e-mail para ingrid.alima@ufpe.br, solicitando a exclusão dos seus dados coletados. Em seguida, você receberá uma confirmação sobre a sua retirada como participante da pesquisa. Aguardamos sua resposta e, desde já, agradecemos o seu apoio. Me coloco à disposição para qualquer esclarecimento.

Cordialmente, Ingrid Andrade Lima, Prof.^a Dr.^a Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli e Prof.^a Dr.^a Suzana de Oliveira Manguiera.



APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - JUÍZES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – JUÍZES

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “**Validade de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Enfrentamento Ineficaz para Pacientes Oncológicos**”, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Ingrid Andrade Lima, residente na Estrada Velha de Água Fria, 1389 – Água Fria, Recife/PE, CEP: 52111-000, telefone: (81) 988977696 (inclusive ligações a cobrar); e-mail: ingrid.alima@ufpe.br. A pesquisa está sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli, telefone: (81) 99988-7782; e-mail: jaqueline.albuquerque@ufpe.br e coorientação da Prof.^a Dr.^a Suzana de Oliveira Mangureira, telefone: (83) 98827-7450; e-mail: suzana.mangureira@ufpe.br. Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde em participar desse estudo, pedimos que selecione a opção de “Aceito participar da pesquisa” no final desse termo.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade..

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O objetivo geral da pesquisa é investigar a validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. Sua participação será por meio virtual e consistirá no julgamento dos indicadores do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz, sua definição, atributos essenciais, fatores relacionados, características definidoras, populações em risco, rótulo/título, domínio e classe, por meio do instrumento de coleta de dados construído pelas pesquisadoras e disponibilizado na plataforma do *Google forms*. O instrumento de coleta de dados é constituído por 61 itens, sendo 20 questões da caracterização do juiz participante e 41 relacionadas a validade do conteúdo do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos. O tempo estimado para responder o instrumento é de 30 minutos. A sua participação na pesquisa encerra após a devolução do material preenchido.

A pesquisa não oferece risco à sua integridade física. Entretanto, devido ao instrumento ser extenso e o seu preenchimento exigir de um raciocínio complexo, a pesquisa lhe oferece risco de cansaço mental e também visual. Com vistas a minimizar este risco, será dado o prazo de 30 dias para que possa responder o instrumento. Sobre os riscos relacionados a perda e/ou extravio dos dados e/ou documentos compartilhados eletronicamente, para minimizá-los, será

realizado o download dos dados coletados para dispositivos eletrônicos locais (pen drive e/ou HD externo), sendo os dados acessados exclusivamente pelos pesquisadores do estudo.

Em relação aos benefícios do estudo, destaca-se que a validade de conteúdo do DE Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos permitirá a atualização da taxonomia da NANDA – I com vistas à permanência do diagnóstico na referida taxonomia com o incremento de seus componentes, renovando a literatura científica sobre a temática, e também a contribuição para a ciência no campo das pesquisas realizadas com diagnósticos de enfermagem e pacientes oncológicos. Além disso, destaca-se a possibilidade de uma maior acurácia da sua identificação na prática assistencial de enfermagem, o que poderá contribuir para o melhor direcionamento do cuidado aos pacientes oncológicos, e posteriormente uma possível validade clínica.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Caso você desista de participar da pesquisa, você poderá solicitar a qualquer momento e sem nenhum prejuízo, a exclusão dos dados coletados. Para isso, será preciso enviar um e-mail para ingrid.alima@ufpe.br, solicitando a exclusão dos seus dados coletados. Em seguida, você receberá uma confirmação sobre a sua retirada como participante da pesquisa. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos juízes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo e o anonimato sobre a sua participação.

O material oriundo da coleta de dados será armazenado em computadores e dispositivos eletrônicos locais (pen drive e/ou HD externo), por um período de cinco anos após a divulgação dos resultados, sob responsabilidade da pesquisadora e orientadoras da pesquisa, no endereço acima informado. Informo que ao participar como voluntário (a) da pesquisa, você receberá uma via deste termo de consentimento em seu e-mail, o qual você deve salvar e/ou imprimir para o caso de precisar destas informações no futuro.

Nada lhe será pago nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) Sr.(a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Telefone: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

(Assinatura da pesquisadora responsável)

Ingrid Andrade Lima

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “Validade de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Enfrentamento Ineficaz para Pacientes Oncológicos” como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento para participar da pesquisa.

- () Aceito Participar da pesquisa
() Não aceito participar da pesquisa

RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

Asseguro ter cumprido as exigências estabelecidas na resolução 466/2012 CNS/MS, Carta circular Nº 1/2021/CONEP/SECNS/MS e do Ofício circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS na elaboração do instrumento de pesquisa e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante via correio eletrônico (e-mail). Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento e/ou conforme o consentimento dado pelo participante.

**APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA VALIDADE DE
CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ENFRENTAMENTO
INEFICAZ PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA VALIDADE DE CONTEÚDO

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Prezado (a),

Este trabalho intitula-se “*Validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento Ineficaz para pacientes oncológicos*” e consiste em uma Dissertação de Mestrado. Na primeira etapa do estudo, realizou-se uma revisão integrativa da literatura para subsidiar a construção de uma Teoria de Médio Alcance (TMA). A utilização das TMA em processos de validade de diagnósticos de enfermagem visa desenvolver um gradiente teórico que identifique os indicadores diagnósticos. Para isso, são desenvolvidas três etapas: validade teórico-causal, validade de conteúdo e validade clínico-causal. O (A) senhor (a) participará da segunda etapa deste estudo: a validade de conteúdo. Nesta segunda etapa, busca-se verificar a opinião de juízes sobre a adequação da definição conceitual do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz, a relevância dos elementos do diagnóstico (fatores relacionados, características definidoras, condições associadas e populações em risco) e a adequabilidade dos demais componentes rótulo/título, domínio e classe propostos pela NANDA – I, além das definições conceituais e operacionais construídas para o diagnóstico em estudo. Para tanto, contamos com a sua colaboração, na gentileza de responder o instrumento desta segunda etapa da pesquisa, o qual é dividido em duas partes:

- 1. Caracterização do Juiz.**
- 2. Validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos.**

Para fins de esclarecimento, abaixo se encontram as definições dos elementos a serem analisados.

Diagnóstico de enfermagem: julgamento clínico realizado pelo enfermeiro sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade.

Fatores relacionados: consistem em um componente que integra todos os diagnósticos de enfermagem com o foco no problema, e incluem etiologias, circunstâncias, influências que se relacionam com o diagnóstico, identificados a partir da investigação realizada por meio do Processo de Enfermagem.

Características definidoras: indicadores/inferências observados que se agrupam como manifestações de um diagnóstico.

Condições associadas: estão relacionadas a diagnósticos médicos, lesões, procedimentos, dispositivos médicos ou agentes farmacêuticos e não são modificáveis pelo enfermeiro de forma independente.

Populações em risco: grupos de pessoas com características comuns que fazem cada indivíduo ser suscetível a uma determinada resposta humana. Tais características não são passíveis de modificação pelos enfermeiros.

Definição conceitual: se propõe a definir o conceito com significado conotativo (compreensivo, teórico), estabelecido por meio da análise de conceito.

Definição operacional (referência empírica): se propõe a definir como o conceito é mensurado. Reflete a expressão do fenômeno na realidade em que ocorre.

Relevância: capacidade dos fatores relacionados, características definidoras, condições associadas e populações em risco de apresentarem relações de causalidade com o diagnóstico em estudo.

Adequabilidade: capacidade das definições conceituais e operacionais serem compreensíveis

e possuírem uma estrutura linguística simples.

Após a leitura criteriosa, solicitamos que você marque a definição conceitual que você considera mais adequada ao diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz, assim como, sua opinião sobre a adequabilidade do rótulo/título, do domínio e a classe para o referido diagnóstico de enfermagem. Após, avalie a relevância dos fatores relacionados, características definidoras, condições associadas e populações em risco, e a adequabilidade de suas definições conceituais e operacionais.

Esta etapa é essencial para o desenvolvimento de nosso estudo, o qual se torna inviável sem a sua contribuição. Assim, solicitamos que responda o instrumento em um prazo de **30 dias**, após concordância em participar da pesquisa por meio do TCLE. Antecipadamente agradecemos a sua valiosa colaboração e nos colocamos à disposição para dirimir quaisquer dúvidas.

Mestranda: Ingrid Andrade Lima (ingrid.alima@ufpe.br)

Orientador: Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli (jaqueline.albuquerque@ufpe.br)

Coorientadora: Suzana de Oliveira Manguiera (suzana.manguiera@ufpe.br)

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

1- Sexo: a. Feminino b. Masculino

2- Idade (anos completos): _____

3- Cidade onde atua: _____

4- Atuação profissional atual: _____

5- Tempo de experiência profissional (em anos completos, por exemplo, 5 anos):

6- Titulação: a. Especialista b. Mestre c. Doutor d. Pós-Doutor

7- Área/tema da especialização e/ou área/tema da dissertação do mestrado e/ou área/tema da tese de doutorado:

8- Tempo de experiência com oncologia, se houver (em anos completos, por exemplo, 5 anos):

Por favor, responda às seguintes questões (pode escolher mais de uma alternativa nas questões 9, 10, 11):

9- Desenvolve ou desenvolveu como autor (a) ou orientador (a)/ coorientador (a), estudo na temática *Terminologias/Classificações de Enfermagem*:

- a. Monografia de graduação b. Monografia de especialização c. Dissertação d. Tese
e. Artigos científicos f. Outros _____

Se sim, qual (quais) terminologia(s)? _____

10- Desenvolveu ou desenvolveu como autor (a) ou orientador (a)/ coorientador (a), estudo na temática *Diagnósticos de Enfermagem*:

- a. Monografia de graduação b. Monografia de especialização c. Dissertação d. Tese
e. Artigos científicos f. Outros _____

Se sim, qual (quais) temática(s)? _____

11- Desenvolveu ou desenvolveu como autor (a) ou orientador (a)/ coorientador (a), estudo na área de *oncologia*:

- a. Monografia de graduação b. Monografia de especialização c. Dissertação d. Tese
e. Artigos científicos f. Outros _____

Se sim, qual (quais) temática(s)? _____

12- Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa na temática *Terminologia de Enfermagem*?

- a. Sim b. Não

Se sim:

Qual o nome do grupo/ projeto: _____

Por quanto tempo participou ou participa do grupo (em anos completos, por exemplo, 5 anos)?

13- Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa na área de *oncologia*?

- a. Sim b. Não

Se sim:

Qual o nome do grupo/ projeto: _____

Por quanto tempo participou ou participa do grupo (em anos completos, por exemplo, 5 anos)?

14- Utiliza/ utilizou diagnósticos de enfermagem em sua prática assistencial?

a. Sim () b. Não ()

Se sim:

Por quanto tempo (em anos completos, por exemplo, 5 anos)? _____

15- Em sua prática profissional atua ou atuou com pacientes oncológicos?

a. Sim () b. Não ()

Se sim:

Por quanto tempo (em anos completos, por exemplo, 5 anos)? _____

16- Já identificou o diagnóstico de enfermagem *Enfrentamento ineficaz* em sua prática profissional?

a. () Nunca b. () Poucas vezes c. () Frequentemente

17- Utiliza/ utilizou diagnósticos de enfermagem em sua prática docente?

a. Sim () b. Não ()

Se sim:

Por quanto tempo (em anos completos, por exemplo, 5 anos)? _____

18- No ensino, ministra/ ministrou disciplinas que envolvem a temática *Diagnóstico de enfermagem*?

a. () Sim b. () Não

Se sim:

Por quanto tempo (em anos completos, por exemplo, 5 anos)? _____

19- No ensino, ministra/ ministrou disciplinas que abordam a temática *Enfrentamento ineficaz*?

a. () Sim b. () Não

Se sim:

Por quanto tempo (em anos completos, por exemplo, 5 anos)? _____

20- No ensino, ministra/ ministrou disciplinas referente a *oncologia*?

a. () Sim b. () Não

Se sim:

Por quanto tempo (em anos completos, por exemplo, 5 anos)? _____

**PARTE 2 – VALIDADE DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
ENFRENTAMENTO INEFICAZ**

Por favor, responda ao que se pede referente ao diagnóstico Enfrentamento ineficaz, selecionando uma das alternativas de cada questão apresentada.

1) Você considera o **rótulo/título** diagnóstico *Enfrentamento ineficaz* adequado ao diagnóstico de enfermagem em questão?

a. Sim b. Não

Comentários ou Sugestões:

2) Escolha a **definição** diagnóstica mais adequada ao diagnóstico de enfermagem *Enfrentamento ineficaz*:

Enfrentamento ineficaz

a. **Definição 1:** Padrão de avaliação inválida de estressores, com esforços cognitivos e/ou comportamentais, que falha em controlar as demandas relativas ao bem-estar.

b. **Definição 2:** Padrão inválido no gerenciamento de estressores multifatoriais, com esforços cognitivos e/ ou comportamentais ineficazes no controle da regulação emocional das demandas relativas ao bem-estar biopsicossocioespiritual.

Comentários ou Sugestões:

3) Na sua opinião, o diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz está adequado ao *Domínio 9. Enfrentamento/ tolerância ao estresse* e a *Classe 2. Respostas de Enfrentamento*?

Domínio 9. Enfrentamento/ tolerância ao estresse – Confronto com eventos/processos da vida

Classe 2. Respostas de Enfrentamento – Processo de lidar com o estresse ambiental

a. () Sim b. () Não

Comentários ou Sugestões:

Leia as questões referentes aos componentes do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos e, em seguida, marque o escore que julgar condizente com a sua relevância, e quanto a adequabilidade de suas definições conceituais e operacionais. Para cada componente do diagnóstico, você deverá assinalar uma das opções:

- 1- Totalmente irrelevante** - o componente do diagnóstico não apresenta qualquer relação com o diagnóstico estando associado a outros fenômenos.
- 2- Pouco relevante** - o componente do diagnóstico apresenta muito pouca relação com o diagnóstico estando mais associado a outros fenômenos similares.
- 3- Parcialmente relevante** - o componente do diagnóstico apresenta relação duvidosa com o diagnóstico e apresenta relação com outros fenômenos similares.
- 4- Muito relevante** - o componente do diagnóstico está fortemente relacionado ao diagnóstico embora apresente alguma relação com outros fenômenos similares.
- 5- Totalmente relevante** - o componente do diagnóstico está diretamente relacionado ao diagnóstico.

Quanto à avaliação das definições conceituais e operacionais, você deverá assinalar uma das opções:

- 1- Totalmente inadequado** – a definição proposta está descrita de uma forma incompreensível e necessita de uma revisão completa.
- 2- Pouco adequado** – a definição proposta está descrita de forma pouco compreensível e necessita de ajustes
- 3- Parcialmente adequado** – a definição proposta está escrita de forma compreensível, porém

podem necessitar alguns ajustes.

4- Muito adequado – a definição proposta está descrita de forma compreensível, porém pode se beneficiar de alguns pequenos ajustes.

5- Totalmente adequado – a definição proposta está descrita de forma compreensível sem a necessidade de ajustes.

A seguir, estão dispostos os fatores relacionados. Você deverá assinalar o parêntese que julgar pertinente quanto à relevância do componente e quanto a adequabilidade de suas definições conceituais e operacionais. Caso considere necessário, há um espaço para comentários e/ou sugestões.

Angústia	
Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: Estado emocional de aflição e/ou mal-estar psicológico ou sensação psíquica desagradável relacionada a uma ameaça ou perigo impreciso.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Definição operacional: Relato de aflição e/ou mal-estar psicológico ou sensação psíquica desagradável relacionada a uma ameaça ou perigo impreciso, sendo geralmente associada a alterações como tremores, vertigem ou taquicardia.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Comentários ou Sugestões:	
Ansiedade	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: Sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor,	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

<p>acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.</p>	
<p>Definição operacional: Para avaliação da ansiedade a Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) pode ser utilizada. No instrumento, os participantes indicam o grau em que experimentaram cada um dos sintomas descritos nos itens, durante a última semana (semana anterior), em uma escala do tipo Likert de 4 pontos entre 0 (não se aplica a mim) e 3 (aplica-se muito a mim, ou a maior parte do tempo). As perguntas 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18 formam a subescala de estresse. As perguntas 2, 4, 7, 9, 15, 19, e 20 formam a subescala de ansiedade. As perguntas 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21 formam a subescala de depressão. Para a pontuação final, os valores de cada subescala são somados e multiplicados por dois para corresponder à pontuação da escala original (DASS-42). Para a classificação dos sintomas de ansiedade são considerados os valores: 0-6 normal; 7-9 leve; 10-14 moderado; 15-19 severo e 20-42 extremamente severo. O indivíduo com pontuação maior ou igual a 7 apresenta sintomas ansiosos.</p>	<p style="text-align: center;">Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>
<p>Comentários ou Sugestões:</p>	

Apoio emocional diminuído	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: Falta de ligação social ou rede de suporte emocional enfraquecida, que envolva empatia, confiança e a disponibilidade de cuidado.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Definição operacional: Relato da existência enfraquecida ou de nenhuma ligação social ou rede de suporte emocional próxima com que se tenha vínculo e/ou intimidade.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Comentários ou Sugestões:	
Apoio familiar insuficiente	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: Suporte familiar deficiente caracterizado pela falta de vínculo significativo recebido e/ ou percebido pelo indivíduo.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Definição operacional: Relato de suporte familiar deficiente caracterizado pela falta de vínculo significativo recebido e/ ou percebido pelo indivíduo.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Comentários ou Sugestões:	
Apoio psicossocial insuficiente	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	

Definição conceitual: Rede de suporte psicossocial deficiente, caracterizada pela ausência de relações sociais, que envolvam disponibilidade, segurança e encorajamento para resolução de conflitos.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Definição operacional: Relato de rede de suporte psicossocial deficiente, caracterizada pela ausência de relações sociais, que envolvam disponibilidade, segurança e encorajamento para resolução de conflitos.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Comentários ou Sugestões:	
Autoculpa	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: estado emocional de culpa decorrente da autoavaliação sob sua condição atual de saúde, sendo considerado resultado de comportamento e/ou ações prejudiciais.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Definição operacional: Relato pelo indivíduo de ações e/ou comportamentos considerados prejudiciais que levam ao sentimento de culpa pela sua condição atual de saúde.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Comentários ou Sugestões:	
Baixa autoestima situacional	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: Desenvolvimento de percepção negativa sobre o seu próprio valor	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

em resposta a uma situação atual, envolvendo verbalizações autonegativas.	
<p>Definição operacional: Para avaliação da baixa autoestima situacional a Rosenberg Self-Esteem Scale – RSES pode ser utilizada. O instrumento é constituído por 10 questões com conteúdos referentes aos sentimentos de respeito e de aceitação de si mesmo. As respostas das questões são apresentadas em quatro itens no formato Likert (concordo totalmente = 4; concordo = 3; discordo = 2; discordo totalmente = 1). A soma das respostas dos 10 itens fornece o escore da escala, sendo que a obtenção de uma pontuação alta reflete autoestima elevada. De acordo com o instrumento, o indivíduo com pontuação abaixo de 15 pontos apresenta baixa autoestima.</p>	<p>Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>
Comentários ou Sugestões:	
Comunicação profissional-paciente ineficiente	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
<p>Definição conceitual: Processo de emissão, transmissão ou recebimento de mensagens de forma ineficaz entre o paciente e a equipe de saúde.</p>	<p>Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>
<p>Definição operacional: Relato de dificuldade de comunicação com a equipe de saúde, com prejuízo na formação do vínculo e/ou no atendimento das suas necessidades.</p>	<p>Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>
Comentários ou Sugestões:	

Conhecimento insuficiente sobre a doença e/ou tratamento	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: Compreensão inadequada e/ou ausente pelo indivíduo acerca de informações relacionadas a sua condição de saúde e/ou terapêutica.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Definição operacional: Relato deficiente e/ou ausente sobre informações relacionadas a sua condição de saúde, fatores etiológicos ou agravantes de tal situação, assim como sobre a terapêutica recomendada, resultando em pouca e/ou nenhuma participação no planejamento do cuidado e/ou dificuldade de adaptação ao diagnóstico.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Comentários ou Sugestões:	
Crenças e/ou hábitos de saúde incompatíveis com a terapêutica	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: Comportamentos e/ou práticas habituais que podem influenciar negativamente a motivação para início e/ou seguimento do tratamento.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Definição operacional: Relato de comportamentos e/ou práticas habituais prejudiciais para a manutenção da saúde, que podem influenciar negativamente a motivação para início e/ou seguimento do tratamento, tais como: sedentarismo,	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

estresse, dieta insuficiente e/ou alimentação não saudável (incluindo alimentos ricos em gorduras, açúcares livres e sal/sódio), privação de sono, tabagismo, entre outros.	
Comentários ou Sugestões:	
Crise espiritual/ religiosa	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: Estado emocional de desequilíbrio ou conflito espiritual e/ou religioso, que envolva questionamentos ou prejuízos a capacidade de confiança em crenças espirituais e/ou religiosas.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Definição operacional: Relato de estado de desequilíbrio ou conflito espiritual e/ou religioso, envolvendo questionamentos ou prejuízos a capacidade de confiança em crenças espirituais e/ou religiosas.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Comentários ou Sugestões:	
Déficit de recursos materiais	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: Ausência ou pouco acesso a meios, ferramentas, tecnologias e/ou serviços que viabilizem o alcance a um objetivo e/ou a superação de condições adversas.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Definição operacional: Relato de ausência ou pouco acesso a meios, ferramentas,	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

tecnologias e/ou serviços que viabilizem o alcance a um objetivo e/ou a superação de condições adversas.	
Comentários ou Sugestões:	
Dificuldades financeiras	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: Situação aflitiva e/ ou adversa resultante do desequilíbrio na aquisição e/ou organização dos recursos financeiros.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Definição operacional: Relato de situação aflitiva e/ou adversa resultante do desequilíbrio na aquisição e/ou organização dos recursos financeiros.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Comentários ou Sugestões:	
Incerteza do prognóstico	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: Falta de certeza e/ou dúvida acerca da evolução ou do resultado provável de determinada condição de saúde.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Definição operacional: Relato de falta de certeza e/ou dúvida em relação a evolução e prováveis resultados e/ou consequências de sua condição de saúde.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Comentários ou Sugestões:	
Medo do curso da doença	

Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: Estado emocional de temor, insegurança, preocupação e/ou receio diante do andamento ou progressão de determinada condição de saúde.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Definição operacional: Relato de temor, insegurança, preocupação e/ou receio diante do andamento ou progressão de sua condição de saúde.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Comentários ou Sugestões:	
Múltiplos sintomas relacionados à doença	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: presença de diversas manifestações clínicas relacionadas a alteração da função orgânica e/ou funcional do corpo, sendo percebidas e relatadas pelo indivíduo, e provenientes do estado e/ou nível de saúde.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Definição operacional: Relato da percepção de diferentes manifestações clínicas relacionadas a doença oncológica, que levam a alterações na função orgânica e/ou funcional do corpo, como astenia, falta de apetite, dispneia, dor, náuseas, entre outras. Para avaliação dos múltiplos sintomas relacionados à doença oncológica, a Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) pode ser utilizada. A ESAS é uma	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

<p>escala que traz como forma de avaliação a combinação de sintomas físicos e psicológicos frequentemente encontrados em pacientes com câncer. Possui uma graduação que varia de zero a 10, onde zero representa a ausência do sintoma e 10 representa o sintoma em sua mais forte manifestação. De acordo com instrumento, o indivíduo com pontuação maior ou igual a 1 apresenta sintomas relacionados à doença oncológica.</p>	
Comentários ou Sugestões:	
Negação do diagnóstico	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
<p>Definição conceitual: Estado emocional de não aceitação e/ou recusa da relevância de um evento ameaçador à manutenção e a integridade da saúde.</p>	<p>Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>
<p>Definição operacional: Relato de não aceitação e/ou recusa da relevância de um evento ameaçador à manutenção e a integridade da saúde, podendo envolver questionamentos sobre a veracidade das informações e prejuízos ao prognóstico.</p>	<p>Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>
Comentários ou Sugestões:	
Sentimento de impotência	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: Experiência emocional	Adequabilidade

correspondente a sensação de falta de controle e/ou de incapacidade sobre uma situação vivenciada, envolvendo sentimentos de frustração, desamparo e/ou desmotivação.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Definição operacional: Relato de sensação de falta de controle e/ou de incapacidade sobre uma situação vivenciada, envolvendo sentimentos de frustração e/ou desmotivação.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Comentários ou Sugestões:	
Sofrimento emocional	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: Estado de sofrimento relacionado a infelicidade ou estado de aflição emocional grave diante de um evento e/ou situação de ameaça a integridade, caracterizado por sintomas ansiosos, tristeza e/ou medo.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Definição operacional: Será utilizada a <i>Escala de Distress Psicológico de Kessler</i> (K10). Esse instrumento é composto por dez itens sobre sintomas relacionados ao sofrimento mental experimentados no período mais recente de quatro semanas. Cada item é pontuado em uma escala de cinco pontos (5 - O tempo todo; 4 - A maior parte do tempo; 3 - Parte do tempo; 2 - Um pouco; 1 - Nunca). Os valores possíveis variam de 10 a 50. Para o cálculo dos escores totais, deve-se, inicialmente, inverter a escala de cinco pontos e, posteriormente, efetuar o	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

somatório das respostas. O indivíduo com resultado de pontuação maior do que 14 será considerado com sofrimento emocional.	
Comentários ou Sugestões:	
Toxicidades relacionadas ao tratamento	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: conjunto de possíveis efeitos provenientes de um desequilíbrio fisiológico nocivo, em consequência da exposição do indivíduo a uma modalidade terapêutica.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Definição operacional: Relato de toxicidades e/ou efeitos adversos após exposição a uma modalidade de tratamento oncológico, como a quimioterapia e/ou a radioterapia. O indivíduo exposto a quimioterapia comumente pode apresentar as seguintes toxicidades: supressão da medula óssea, alopecia, imunossupressão, náuseas e vômitos, mucosite, bem como mudanças sociais e emocionais.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Comentários ou Sugestões:	

A seguir, estão dispostas as condições associadas. Você deverá assinalar o parêntese que julgar pertinente quanto à relevância do componente e quanto a adequabilidade de suas definições conceituais e operacionais. Caso considere necessário, há um espaço para comentários e/ou sugestões.

Déficit cognitivo
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: Declínio da função cognitiva caracterizado por alterações na capacidade de memória, raciocínio, atenção, linguagem e/ou percepção, com repercussões nas habilidades para realização das atividades diárias.	<p>Adequabilidade</p> <p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>
Definição operacional: Para avaliação do déficit cognitivo o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) pode ser utilizado. O MEEM consiste em um instrumento de rastreamento e avaliação da função cognitiva por meio dos seguintes domínios: orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. Para o resultado a soma dos pontos de cada item é realizada. Os valores utilizados no resultado do MEEM compreendem a função cognitiva normal qualquer pontuação igual ou superior a 27 pontos (de um total de 30 pontos). O indivíduo que apresente como resultado do MEEM pontuação menor ou igual a 24 pontos (se mais de 4 anos de escolaridade) ou menor ou igual a 17 pontos (se menos de 4 anos de escolaridade) será considerado com déficit cognitivo.	<p>Adequabilidade</p> <p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>
Comentários ou Sugestões:	
Depressão	

Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
<p>Definição conceitual: Transtorno mental caracterizado por tristeza desadaptada, intensa, prolongada e perturbadora, relacionada a perda de interesse em atividades que normalmente são prazerosas, pessimismo, isolamento, insônia ou irritabilidade que podem resultar em doenças psicossomáticas, sintomas psicóticos e impulsos suicidas podendo ter a duração prolongada.</p>	<p>Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>
<p>Definição operacional: Para avaliação da depressão a Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) pode ser utilizada. No instrumento, os participantes indicam o grau em que experimentaram cada um dos sintomas descritos nos itens, durante a última semana (semana anterior), em uma escala do tipo Likert de 4 pontos entre 0 (não se aplica a mim) e 3 (aplica-se muito a mim, ou a maior parte do tempo). As perguntas 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18 formam a subescala de estresse. As perguntas 2, 4, 7, 9, 15, 19, e 20 formam a subescala de ansiedade. As perguntas 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21 formam a subescala de depressão. Para a pontuação final, os valores de cada subescala são somados e multiplicados por dois para corresponder à pontuação da escala original (DASS-42). Para a classificação dos sintomas</p>	<p>Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>

depressivos são considerados os valores: 0-9 = normal; 10-12 = leve; 13-20 = moderada; 21-17 = severo e 28-42 = extremamente severo. O indivíduo com pontuação maior ou igual a 10 apresenta sintomas depressivos.	
Comentários ou Sugestões:	

A seguir, está disposta a população em risco. Você deverá assinalar o parêntese que julgar pertinente quanto à relevância do componente e quanto a adequabilidade de suas definições conceituais e operacionais. Caso considere necessário, há um espaço para comentários e/ou sugestões.

Pessoas com baixa escolaridade	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: pessoas com 04 anos ou menos de escolaridade e/ou estudo formal (analfabetismo funcional).	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Definição operacional: Será questionado ao indivíduo se o mesmo frequentou a escola e por qual período de tempo (anos). Caso a resposta seja menor ou igual a 04 anos, serão considerados com baixa escolaridade.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Comentários ou Sugestões:	

A seguir, estão dispostas as características definidoras. Você deverá assinalar o parêntese que julgar pertinente quanto à relevância do componente e quanto a adequabilidade de suas definições conceituais e operacionais. Caso considere necessário, há um espaço para comentários e/ou sugestões.

Abandono da terapêutica	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: Situação de interrupção do tratamento e/ou do vínculo com o equipamento assistencial, envolvendo impactos negativos ao prognóstico de determinada condição de saúde.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Definição operacional: Relato de interrupção do tratamento e/ou do vínculo com o equipamento assistencial, envolvendo impactos negativos ao prognóstico de determinada condição de saúde.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Comentários ou Sugestões:	
Complicações relacionadas ao prognóstico	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: circunstâncias ou eventos desfavoráveis com impacto significativo na provável evolução de determinada condição clínica.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Definição operacional: Relato de circunstâncias ou eventos desfavoráveis que impactam de forma significativa a provável evolução de determinada condição clínica.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Comentários ou Sugestões:	
Comprometimento da qualidade de vida	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	

<p>Definição conceitual: prejuízo percebido e/ou vivenciado pelo indivíduo acerca de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, envolvendo o bem-estar espiritual, físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos, assim como, saúde, educação, habitação, saneamento básico e outras circunstâncias da vida.</p>	<p style="text-align: center;">Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>
<p>Definição operacional: Para avaliação da qualidade de vida, o instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref), elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pode ser utilizado. O WHOQOL-bref consta de 26 questões estruturadas para avaliação em escala, sendo duas questões gerais sobre qualidade de vida e 24 questões que compõem quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, e possuem quatro tipos de escalas de respostas, do tipo Likert: intensidade, capacidade, frequência e avaliação, todas graduadas em cinco níveis de 1 a 5. Os domínios são pontuados de forma independente, considerando a premissa de que a qualidade de vida é um construto multidimensional, dessa forma quanto maior o valor, melhor é o domínio e a qualidade de vida avaliada. O resultado final é expresso</p>	<p style="text-align: center;">Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>

em porcentagem. A avaliação deverá ser realizada pelo indivíduo, e quanto mais distante de 100% for o seu resultado, de forma proporcional, pior qualidade de vida será considerada.	
Comentários ou Sugestões:	
Conduta de enfrentamento ineficaz	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: Conjunto de comportamentos, ações e/ou atitudes prejudiciais para lidar com informações, crises situacionais e/ou controlar as demandas relativas ao bem-estar.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Definição operacional: Relato de comportamentos, ações e/ou atitudes prejudiciais para lidar com informações, crises situacionais e/ou controlar as demandas relativas ao bem-estar, como por exemplo, a negação de uma situação ameaçadora, autonegligência, o uso e abuso de substâncias psicoativas, entre outras.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Comentários ou Sugestões:	
Déficit no autocuidado	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: capacidade prejudicada para a realização de práticas de cuidado em benefício próprio, com	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

repercussões no atendimento das necessidades de saúde e/ou na manutenção do bem-estar.	
<p>Definição operacional: Para avaliação do autocuidado, será utilizado o Instrumento de Avaliação da Capacidade de Autocuidado de Pacientes Adultos – CADEM. O instrumento avalia cinco funções (comunicação; atividades diárias; deambulação; eliminações e mobilização), onde cada uma das funções recebe pontos de 1 a 5. A soma total dos pontos das cinco funções define a capacidade do paciente: (05 pontos - apto para o autocuidado; 06 a 10 pontos - necessita de pouca ajuda; 11 a 17 pontos – necessidade moderada para exercer o autocuidado e 18 a 25 pontos - totalmente dependente). Caso o indivíduo apresente pontuação \geq 06 pontos será considerado com déficit de autocuidado.</p>	<p style="text-align: center;">Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>
Comentários ou Sugestões:	
Desregulação do sistema imunológico	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
<p>Definição conceitual: Desequilíbrio e/ou alterações na função imunológica do organismo caracterizada por modificações sistêmicas que falham na detecção, bloqueio e proteção contra componentes estranhos, como bactérias, vírus e outros patógenos.</p>	<p style="text-align: center;">Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>
<p>Definição operacional: Deverá ser realizada a investigação dos registros em prontuário,</p>	<p style="text-align: center;">Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>

<p>incluindo a história clínica do paciente, os sinais e sintomas relacionados ao desequilíbrio do sistema imunológico (febre, alterações intestinais, desconforto abdominal, fadiga, alterações cutâneas, entre outros), assim como o resultado de exames laboratoriais e/ou de imagens (hemograma, imunoglobulinas, entre outros) que sinalizem o desequilíbrio da função imunológica do organismo.</p>	
Comentários ou Sugestões:	
Desregulação do sistema neuroendócrino	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
<p>Definição conceitual: Desequilíbrio e/ou alterações na produção e secreção de hormônios e substâncias químicas produzidas no organismo, com consequentes desajustes na regulação das atividades das células e órgãos.</p>	<p>Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>
<p>Definição operacional: Deverá ser realizada a investigação dos registros em prontuário, incluindo a história clínica do paciente, os sinais e sintomas relacionados ao desequilíbrio do sistema neuroendócrino (fadiga, diminuição da força muscular, aumento/ perda ponderal repentina, alteração do nível pressórico, entre outros), assim como o resultado de exames laboratoriais e/ou de imagens (medição dos níveis sanguíneos dos hormônios endócrinos</p>	<p>Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>

periféricos e/ou dos hormônios hipofisários, coleta urinária ou de concentrações salivares para pesquisa de cortisol livre, entre outros) que sinalizem o desequilíbrio da produção e secreção de hormônios e outras substâncias necessárias para a regulação das atividades celulares do organismo.	
Comentários ou Sugestões:	
Dificuldade para realizar o tratamento	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: barreiras e/ou adversidades que interferem na realização e/ou êxito da terapêutica.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Definição operacional: Relato de barreiras e/ou adversidades que interferem na realização e/ou êxito da terapêutica, e que podem envolver as características do próprio indivíduo, da condição de saúde, do tratamento, da falta de suporte e/ou recursos, entre outros fatores dificultadores.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Comentários ou Sugestões:	
Distúrbios do sono	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: Despertares com tempo limitado em razão de fatores externos ou conjunto de alterações que interferem na capacidade de sono adequado, resultando na	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

desregulação entre o sono e a vigília.	
<p>Definição operacional: Para avaliação de distúrbios do sono, será utilizado o instrumento Mini Sleep Questionnaire (MSQ). O MSQ é composto por 10 questões, as quais analisam diferentes aspectos relacionados ao sono: dificuldades em adormecer, acordar no meio da noite ou cedo da manhã, uso de medicamentos para dormir, sono não restaurador, sonolência excessiva diurna e ronco. As respostas são classificadas em uma escala de frequência com sete possibilidades (nunca=1; muito raramente=2; raramente=3; às vezes=4; frequentemente=5; muito frequentemente=6; e sempre=7). A soma total das 10 respostas gera um escore dividido em quatro níveis para o grau de distúrbios do sono: boa qualidade do sono (escore entre 10 e 24 pontos), dificuldade leve do sono (escore entre 25 e 27 pontos), dificuldade moderada do sono (escore entre 28 e 30 pontos) e dificuldade severa do sono (escore acima de 30 pontos). Caso o indivíduo apresente pontuação ≥ 25 pontos será caracterizada a presença de distúrbios do sono.</p>	<p>Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>
Comentários ou Sugestões:	
Estresse	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: Resposta ou reação do	Adequabilidade

<p>organismo diante de estímulos do ambiente interno e/ou externo, compreendidos como perigo e/ou ameaça, provocando alterações físicas, cognitivas, emocionais e/ou comportamentais com a finalidade de defesa, adaptação e/ou manutenção da vida em equilíbrio.</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>
<p>Definição operacional: Para avaliação do estresse, será utilizado o instrumento Distress Thermometer. A ferramenta permite que o paciente assinale o nível de distress (estresse excessivo), partindo do 0 (zero) - sem distress - até 10 (dez) - distress extremo (se considera o escore maior ou igual a 04 como ponto de corte). Caso o indivíduo apresente escore maior ou igual a 04, será considerado com distress.</p>	<p>Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>
<p>Comentários ou Sugestões:</p>	
<p>Fadiga</p>	
<p>Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>	
<p>Comentários ou Sugestões:</p>	
<p>Definição conceitual: Sensação opressiva e prolongada de exaustão e capacidade diminuída de realizar trabalho físico e mental no nível habitual.</p>	<p>Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>
<p>Definição operacional: Para avaliação da fadiga, o Inventário Multidimensional de Fadiga (IMF-20) pode ser utilizado. O instrumento é composto por 20 itens, dispostos em cinco subescalas, relacionadas a diferentes dimensões da fadiga (Fadiga</p>	<p>Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>

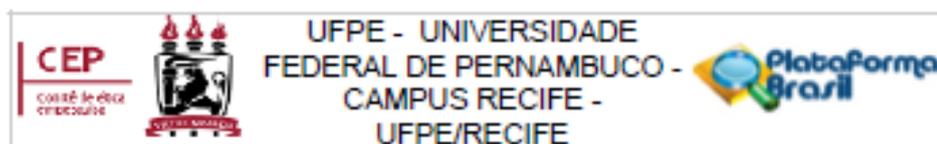
<p>geral; Fadiga física; Atividade reduzida; Motivação reduzida e Fadiga mental), cujas afirmações referem-se a aspectos da fadiga experimentados durante os dias anteriores. A pontuação é calculada para cada subescala, variando de quatro a 20 pontos em uma proporção direta com o grau de fadiga. A avaliação será realizada pelo indivíduo, e quanto maior o escore, de forma proporcional, será considerado o grau de fadiga.</p>	
Comentários ou Sugestões:	
Limitações funcionais	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
<p>Definição conceitual: redução das capacidades ou habilidades para o desempenho de ações ou atividades habituais, com repercussões na vida social, na capacidade de trabalho e no autocuidado.</p>	<p>Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>
<p>Definição operacional: Para avaliação das limitações funcionais, será utilizado a Escala de Zubrod (ECOG), que avalia como a doença oncológica afeta as habilidades de vida diária do paciente, com escore que varia de zero (totalmente ativo, capaz de continuar todo o desempenho de pré-doença, sem restrição) a cinco pontos (morto). O indivíduo com pontuação maior ou igual a 1 será considerado com limitação funcional.</p>	<p>Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>
Comentários ou Sugestões:	

Sofrimento mental	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: Disfunções da atividade cerebral e/ou perturbação do bem-estar mental, caracterizada pela combinação de pensamentos, percepções, emoções e comportamentos prejudiciais com impactos significativos sobre a saúde.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Definição operacional: Para avaliação do sofrimento mental, será utilizado o instrumento multidimensional Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) também pode ser utilizado. O SRQ-20 é composto por 20 itens do tipo sim/não, contemplando as dimensões: humor depressivo-ansioso; sintomas somáticos; diminuição de energia vital e pensamentos depressivos. Caso o indivíduo apresente pontuação maior do que sete pontos será considerada a sugestão do sofrimento mental.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Comentários ou Sugestões:	
Uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas	
Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: consumo de substâncias, naturais ou sintéticas, que causam alguma alteração no funcionamento do organismo, a depender do tipo, quantidade	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

<p>e características pessoais de quem as utiliza, podendo levar a dependência e/ou abuso, a partir do uso nocivo, com repercussões biológicas, psicológicas e/ou sociais.</p>	
<p>Definição operacional: Para a avaliação do uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas pode ser utilizado o instrumento Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST. O ASSIST consiste em um questionário estruturado com oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos, e opiáceos). As questões abordam a frequência de uso, na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável. Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 a 4, sendo que a soma total pode variar de 0 a 20. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional, de 4 a 15 como indicativa de abuso e > 16 como sugestiva de dependência. Caso o indivíduo apresente pontuação ≥ 4 pontos será caracterizado o abuso de álcool e/ou outras drogas.</p>	<p style="text-align: center;">Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>
<p>Comentários ou Sugestões:</p>	
<p style="text-align: center;">Vulnerabilidade à doenças oportunistas</p>	

Relevância: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	
Comentários ou Sugestões:	
Definição conceitual: Suscetibilidade à doenças causadas por agentes de baixa patogenicidade (incluindo bactérias, protozoários, fungos e vírus), devido à diminuição da capacidade imunitária do indivíduo.	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Definição operacional: Deverá ser realizada a investigação da história clínica do paciente, incluindo os sinais e sintomas relacionados a ocorrência de doenças oportunistas (febre; tosse; dispneia; confusão mental; náuseas; vômitos; entre outros), assim como a observação dos resultados de exames laboratoriais e/ou de imagens que sinalizem a diminuição da capacidade imunitária do indivíduo e/ou a presença de patógenos oportunistas (hemograma, urocultura, marcadores inflamatórios como o PCR e VHS, pesquisa de vírus e bactérias no sangue, dosagem de anticorpos, entre outros).	Adequabilidade 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Comentários ou Sugestões:	

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDADE DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ENFRENTAMENTO INEFICAZ PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS

Pesquisador: INGRID ANDRADE LIMA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56901422.6.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

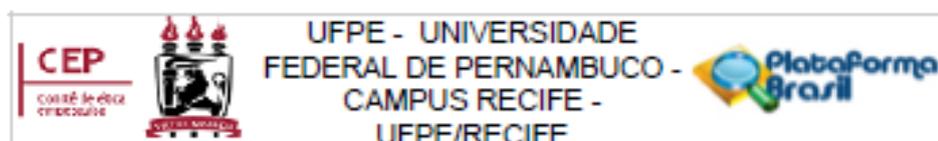
Número do Parecer: 5.412.352

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do projeto", "Objetivos da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios", foram retirados do arquivo Informações Básicas da Pesquisa PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1912034.pdf de 10/05/2022), e do Projeto Detalhado (de 10/05/2022).

Descrição: Esta é uma pesquisa de Mestrado do Programa de Pós-Graduação do Curso de Enfermagem-UFPE. Trata-se de um estudo metodológico, que será realizado segundo os métodos avançados de validação de diagnósticos de enfermagem, constituído por três fases: validade teórico-causal, validação de conteúdo e validação clínica. Para esse estudo, serão realizadas apenas as duas primeiras etapas. Nesta primeira etapa, validade teórico-causal, será construída uma Teoria de Médio Alcance (TMA), após a realização de uma Revisão Integrativa. Ainda nesta etapa para a construção/validação de um diagnóstico de Enfermagem, serão percorridos seis passos: Definição da abordagem de construção da TMA; Definição dos modelos teórico-conceituais a serem analisados; Definição dos conceitos principais da TMA; Desenvolvimento de um esquema pictorial; Construção das proposições da TMA; e Estabelecimento das relações de causalidade e de evidências para a prática. Na segunda etapa, os juizes (enfermeiros), verificarão a relevância dos fatores da estrutura diagnóstica, a partir de uma TMA, a adequação da estrutura

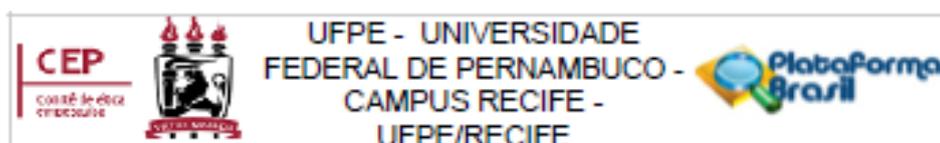
Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde		
Bairro: Cidade Universitária		CEP: 50.740-800
UF: PE	Município: RECIFE	
Telefone: (81)2126-8586	Fax: (81)2126-3163	E-mail: cep@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.412.382

diagnóstica, para o diagnóstico de enfermagem Enfrentamento Ineficaz para pacientes oncológicos. A determinação dos juizes será baseada no modelo da sabedoria coletiva, a qual considera que a média de um grande número de respostas, acrescida da diversidade de experiências entre os juizes, as chances de equívocos em um julgamento clínico tendem a ser anulados e os resultados melhores. A população do estudo será composta por enfermeiros com experiência prática e/ou em pesquisa em oncologia e/ou diagnóstico de enfermagem da NANDA-I. O tamanho amostral para um estudo que utilizará o modelo de sabedoria coletiva, deve ser baseado em fórmulas a fim de estimar o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) das avaliações de cada elemento do diagnóstico. Para isso, será utilizada a seguinte fórmula e valores: $n0 = (Z1 - /2.8/e)2$. Onde o "Z1 - /2" refere-se ao nível de confiança, sendo considerado o valor de 95%; o "8" se relaciona ao desvio padrão, com valor de 0,17; e a variável "e" que equivale ao erro amostral, de 0,05, totalizando 45 juizes. Para compensar possíveis perdas diante da aplicação de testes não paramétricos, será utilizada uma correção de 5% em cima desse total, sendo a amostra final composta por 48 juizes. Serão considerados os seguintes Critérios de Inclusão: (o enfermeiro deve atender obrigatoriamente a pelo menos um dos itens): enfermeiros com experiência prática e/ou em pesquisa em oncologia e/ou diagnóstico de enfermagem da NANDA-I; ter experiência clínica e/ou de pesquisa em oncologia e/ou diagnósticos de enfermagem, definida por no mínimo dois anos de experiência em atividade assistencial direta; e/ou enfermeiros que publicaram ao menos dois trabalhos acadêmicos com a temática diagnósticos de enfermagem e/ou oncologia; ser enfermeiro com titulação mínima de mestre ou estar cursando mestrado ou doutorado na temática diagnósticos de enfermagem e/ou oncologia. Para Critério de Exclusão foi considerado: enfermeiros que não responderem ao instrumento de pesquisa no prazo estabelecido de 30 dias. A captação dos juizes será realizada por meio da busca na Plataforma Lattes, no portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ). Os juizes selecionados serão contatados via correio eletrônico (e-mail) de forma Individual. Na oportunidade, será enviada uma Carta – Convite, contendo os objetivos da pesquisa, além da solicitação para participar no estudo, sendo-lhes solicitado que respondam à carta-convite em um prazo máximo de sete dias. Após a confirmação da participação na pesquisa, será enviado via correio eletrônico (e-mail) de forma Individual, o link de acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e ao instrumento de coleta de dados no Google Forms. O instrumento de coleta de dados será construído no Google Forms e composto por variáveis relacionadas com a caracterização dos juizes e com a análise do conteúdo do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento Ineficaz para pacientes oncológicos. Para a caracterização dos juizes, serão abordadas as seguintes variáveis:

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8598 Fax: (81)2126-3153 E-mail: cep@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.412.302

gênero, idade, cidade onde atua, titulação, ocupação atual, tempo de atuação profissional, experiência no ensino e na assistência com as terminologias de enfermagem e/ou oncologia, tempo de atuação e participação em grupos de pesquisa sobre terminologias de enfermagem e/ou oncologia. Na análise de conteúdo, serão avaliados quanto à relevância, os elementos do diagnóstico (fatores relacionados, características definidoras, condições associadas e populações em risco), e quanto à clareza, os demais componentes rótulo/título, domínio e classe propostos pela NANDA-I, além das definições constitutivas e operacionais a serem construídas para o diagnóstico em estudo.). O juiz terá o prazo máximo de 30 dias para responder e devolver o TCLE e o instrumento de coleta de dados. Caso haja erro de preenchimento ou alguma informação que necessite de esclarecimento, a pesquisadora entrará em contato com o participante para solucionar o problema. Além disso, o participante será orientado a salvar e/ou imprimir uma cópia do TCLE que será enviada via correio eletrônico (e-mail), após a sua participação, caso necessite entrar em contato com a pesquisadora. Os dados serão organizados em uma planilha do programa Microsoft Office Excel 2019 e analisados estatisticamente, com o auxílio do programa SPSS versão 21.0 e do software R versão 21.0 e do software R versão 3.2.0.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Investigar a validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento Ineficaz para pacientes oncológicos, construído a partir de uma Teoria de Médio Alcance (TMA).

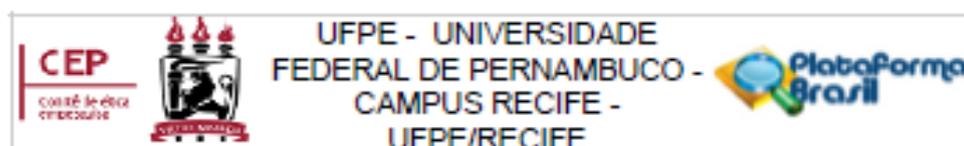
Objetivos Específicos:

1. Desenvolver uma TMA sobre o Enfrentamento Ineficaz para pacientes oncológicos;1.
2. Realizar a equivalência dos elementos da TMA com os componentes do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento Ineficaz propostos pela NANDA-I;
3. Verificar com juízes a relevância e a clareza da estrutura diagnóstica construída (definição, fatores relacionados, características definidoras, populações em risco e condições associadas) para o diagnóstico de enfermagem Enfrentamento Ineficaz para pacientes oncológicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa não oferece risco à integridade física dos juízes participantes. Porém, a julgar pela extensão do instrumento a ser respondido através do ambiente virtual, e que o seu

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-3183 E-mail: cep@ufpe.br



Continuação do Parecer 5.412.302

preenchimento pode exigir raciocínio complexo dos especialistas (juizes), a pesquisa pode oferecer risco de cansaço mental e/ou visual devido a exposição as telas dos dispositivos eletrônicos (computador, notebook, celular e/ou tablet). Com vistas a minimizar este risco, será dado o prazo de 30 dias para que o juiz possa responder de forma confortável o instrumento. Por se tratar de uma pesquisa realizada em ambiente virtual, existem os riscos relacionados a perda e/ou extravio dos dados e/ou documentos compartilhados eletronicamente ou pela "nuvem". Assim, de forma a minimizar esses possíveis riscos, será realizado o download dos dados coletados para dispositivos eletrônicos locais (pen drive e/ou HD externo), com o acesso a estes realizado exclusivamente pelos pesquisadores do estudo mediante senha. Ainda, destaca-se que todas as informações são confidenciais e serão utilizadas apenas em eventos ou para publicações científicas, não havendo identificação dos juizes, a fim de garantir o sigilo dos participantes. Os dados serão armazenados por um período de cinco anos, no computador pessoal e em dispositivos eletrônicos locais (pen drive e/ou HD externo) das pesquisadoras, protegidos por senha individual para acessá-los.

Benefícios: destaca-se que a validação de conteúdo do DE Enfrentamento Ineficaz para pacientes oncológicos permitirá a atualização da taxonomia da NANDA-I com vistas à permanência do diagnóstico na referida taxonomia com o incremento de seus componentes, renovando a literatura científica sobre a temática, e também a contribuição para a ciência no campo das pesquisas realizadas com diagnósticos de enfermagem e pacientes oncológicos. Além disso, destaca-se a possibilidade de uma maior acurácia da sua identificação na prática assistencial de enfermagem, o que poderá contribuir para o melhor direcionamento do cuidado aos pacientes oncológicos, e posteriormente uma possível validação clínica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de grande relevância para a qualificação do cuidado no campo da Enfermagem, e atendimento às necessidades das pessoas com Câncer.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram anexados conforme as exigências do CEP.

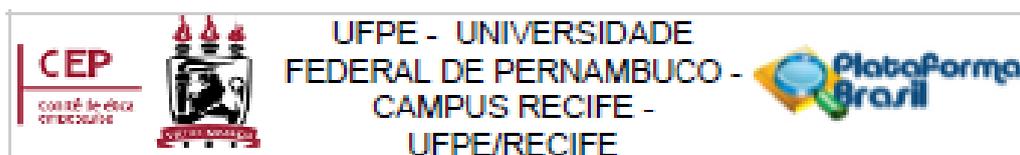
Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo Aprovado.

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-0588 Fax: (81)2126-3163 E-mail: cep@ufpe.br



Continuação do Parecer 5.412.302

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está **APROVADO**, sendo liberado para o início da coleta de dados. Conforme as instruções do Sistema CEP/CONEP, ao término desta pesquisa, o pesquisador tem o dever e a responsabilidade de garantir uma devolutiva acessível e compreensível acerca dos resultados encontrados por meio da coleta de dados a todos os voluntários que participaram deste estudo, uma vez que esses indivíduos têm o direito de tomar conhecimento sobre a aplicabilidade e o desfecho da pesquisa da qual participaram.

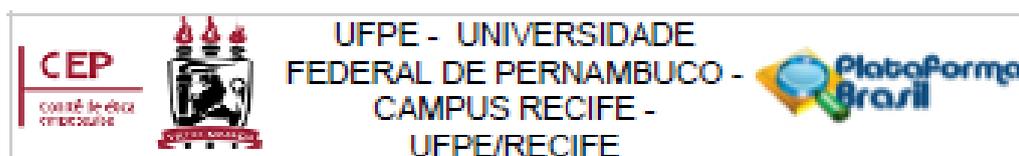
Informamos que a aprovação definitiva do projeto só será dada após o envio da **NOTIFICAÇÃO COM O RELATÓRIO FINAL** da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final disponível em www.ufpe.br/cep para enviá-lo via Notificação de Relatório Final, pela Plataforma Brasil. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado. Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de **EMENDA** ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1912034.pdf	10/05/2022 08:31:20		Aceito
Outros	CARTADERESPONSTAASPENDENCIAS.pdf	10/05/2022 08:29:55	INGRID ANDRADE LIMA	Aceito
Outros	CARTACONVITECORRIGIDA.pdf	10/05/2022 08:28:49	INGRID ANDRADE LIMA	Aceito
Outros	PROJETOCORRIGIDO.pdf	10/05/2022 08:28:01	INGRID ANDRADE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECORRIGIDO.pdf	10/05/2022 08:26:48	INGRID ANDRADE LIMA	Aceito
Outros	LATTESSUZANA.pdf	15/03/2022 18:00:55	INGRID ANDRADE LIMA	Aceito
Outros	LATTESJAQUELINE.pdf	15/03/2022 18:00:29	INGRID ANDRADE LIMA	Aceito
Outros	LATTESINGRID.pdf	15/03/2022 18:00:09	INGRID ANDRADE LIMA	Aceito

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-3163 E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.412.202

Outros	INSTRUMENTODECOLETA.pdf	15/03/2022 17:59:48	INGRID ANDRADE LIMA	Aceito
Outros	DECLARACAOVINCULO.pdf	15/03/2022 17:58:55	INGRID ANDRADE LIMA	Aceito
Outros	TERMODECONFIDENCIALIDADE.pdf	15/03/2022 17:58:29	INGRID ANDRADE LIMA	Aceito
Outros	TERMODEDISPENSADACARTADEANUENCIA.pdf	15/03/2022 17:57:54	INGRID ANDRADE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECEP.pdf	15/03/2022 17:56:48	INGRID ANDRADE LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEPINGRID.pdf	15/03/2022 17:53:01	INGRID ANDRADE LIMA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	15/03/2022 17:52:19	INGRID ANDRADE LIMA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	15/03/2022 17:51:17	INGRID ANDRADE LIMA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	15/03/2022 17:50:57	INGRID ANDRADE LIMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 17 de Maio de 2022

Assinado por:

LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Engenharias, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-3163 E-mail: cep@ufpe.br