

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

PRISCILA DE OLIVEIRA DA SILVA

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM FADIGA NO PACIENTE ONCOLÓGICO**

PORTO ALEGRE

2011

PRISCILA DE OLIVEIRA DA SILVA

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM FADIGA NO PACIENTE ONCOLÓGICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pos-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Isabel Pinto Coelho Gorini.

PORTO ALEGRE

2011

CIP - Catalogação na Publicação

Silva, Priscila de Oliveira da
Validação de Conteúdo das Características
Definidoras do Diagnóstico de Enfermagem Fadiga no
Paciente Oncológico / Priscila de Oliveira da Silva. -
- 2011.
76 f.

Orientadora: Maria Isabel Pinto Coelho Gorini.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2011.

1. Diagnóstico de Enfermagem. 2. Fadiga. 3.
Enfermagem Oncológica. 4. Estudos de Validação. I.
Gorini, Maria Isabel Pinto Coelho, orient. II. Título.

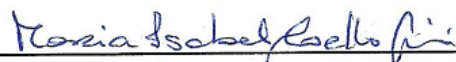
PRISCILA DE OLIVEIRA DA SILVA

Validação de conteúdo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem fadiga no paciente oncológico.

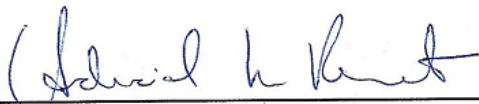
Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 29 de abril de 2011.

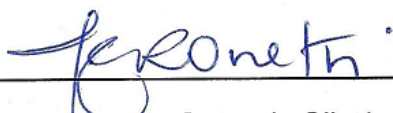
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Maria Isabel Pinto Coelho Gorini
Presidente da Banca – Orientadora
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Cibele Andruccioli de Mattos Pimenta
Membro da banca
USP/SP



Profa. Dra. Maria da Graça de Oliveira Crossetti
Membro da banca
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Miriam de Abreu Almeida
Membro da banca
PPGENF/UFRGS

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter permitido que eu completasse mais esta etapa na minha vida.

A toda minha família, em especial meus pais, Sergio e Walquiria, pela educação, amor e carinho.

Ao meu querido Paulo, pelo companheirismo, compreensão, apoio e pelo carinho de todos os dias.

À Prof^a Dr^a Maria Isabel Pinto Coelho Gorini, pela orientação deste trabalho, pelos ensinamentos e por ter despertado em mim o interesse pela oncologia.

Às professoras Maria da Graça Oliveira Crossetti, Cibele Pimenta e Miriam de Abreu Almeida pelas contribuições dadas neste estudo.

As minhas colegas da Unidade de Internação 8^o Norte, pelas trocas e substituições que foram necessárias para que eu pudesse terminar este estudo.

Aos meus colegas do mestrado, pelos conhecimentos que tivemos a oportunidade de compartilhar.

A todas as enfermeiras que aceitaram em participar deste estudo.

A todos que de alguma forma contribuíram para a construção deste trabalho.

RESUMO

A enfermagem tem fortalecido seus conhecimentos e qualificado sua assistência através do uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Parte integrante da SAE, os Diagnósticos de Enfermagem (DE) são a base para o planejamento dos cuidados de enfermagem. Na oncologia, além de evidenciar os problemas vivenciados pelos pacientes com câncer, os DEs podem melhorar a qualidade de vida destes a partir das intervenções apropriadas para cada caso. Afim de aprimorar os DEs, em especial os relacionados aos pacientes oncológicos, este estudo tem, como objetivo, validar o conteúdo das Características Definidoras(CD) do Diagnóstico de Enfermagem Fadiga, descritas pela NANDA-I, em pacientes adultos oncológicos de acordo com a avaliação de enfermeiros peritos. Para isso, realizou-se um estudo transversal e descritivo, em perspectiva quantitativa, do tipo validação de conteúdo diagnóstico (VCD), proposto por Fehring. A coleta de dados foi realizada em um Hospital Universitário. Fizeram parte da amostra, 35 enfermeiros assistenciais que foram selecionados através do método de seleção de peritos adaptado de Fehring, associado à amostragem probabilística intencional. Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento subdividido em quatro partes. Após a revisão de literatura, acrescentou-se, às 19 CDs pertencentes à NANDA-I, a CD Interação Social Prejudicada. Não foram identificados indicadores principais de acordo com a opinião dos peritos. Como indicadores secundários, foram identificadas 15 CDs, com média ponderada que variou entre 0,54 e 0,79. Com média ponderada inferior a 0,50, foram excluídas quatro CDs: concentração comprometida, desatento, desinteresse quanto ao ambiente que o cerca e letárgico. A CD incluída, Interação Social Prejudicada, foi validada com média ponderada de 0,71. Concluiu-se que a subjetividade das CDs do DE Fadiga e a dificuldade dos profissionais em reconhecê-las influenciam na identificação deste diagnóstico.

Descritores: *Estudos de validação. Enfermagem oncológica. Diagnóstico de enfermagem. Fadiga.*

ABSTRACT

Nursing has increased its know how and qualified its care by utilizing the Nursing Care System (NCS). As a part of the NCS, Nursing Diagnosis (ND) are the basis for the nursing care planning. In oncology, besides evidencing the problems experienced by the patients with cancer, the NDs can improve their quality of life starting from appropriate interventions according to each case. In order to improve the NDs, especially those related to oncologic patients, this study aimed at validating the content of the Defining Characteristics (DC) of the Fatigue Nursing Diagnosis as described by the NANDA-I in adult oncologic patients according to the evaluation of expert nurses. For such purpose, a transversal and descriptive study was carried out under a quantitative perspective of the diagnostic content validation studies (DCV), proposed by Fehring. The data collection was made in a University Hospital. The sampling comprised 35 care nurses who were selected through the method of expert selection, adapted of Fehring, in connection with the intentional probabilistic sampling. For the data collection, one utilized an instrument divided into four parts. After the literature review, Impaired Social Interaction DC was added to the 19 DCs belonging to the NANDA-I. According to experts' opinion, major indicator was not found. As secondary indicators, 15 DCs were identified with weighted mean that varied between 0.54 and 0.79. With weighted mean lower than 0.50, four DCs were excluded: compromised concentration, listless, disinterest in surroundings and lethargic. The included DC, Impaired Social Interaction was validated with weighted mean of 0.71. The conclusion drawn is that the subjectivity of the CDs of the Fatigue ND and the difficulty of the professionals in recognizing them influence the identification of this diagnosis.

Descriptors: *Validation studies. Oncologic Nursing. Nursing Diagnosis. Fatigue.*

RESUMEN

La enfermería ha fortalecido sus conocimientos y calificado su cuidado a través del uso de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE). Parte integrante de la SAE, los Diagnósticos de Enfermería (DE) son la base para el planeamiento de los cuidados de enfermería. En la oncología, además de evidenciar los problemas vividos por los pacientes con cáncer, los DEs pueden mejorar su calidad de vida a partir de las intervenciones apropiadas para cada caso. Con el fin de perfeccionar a los DEs, en especial aquellos que están relacionados a los pacientes oncológicos, este estudio tiene como objetivo validar el contenido de las Características Definidoras (CD) del Diagnóstico de Enfermería Fadiga, descritas por la NANDA-I, en pacientes adultos oncológicos, de acuerdo con la evaluación de enfermeros peritos. Para eso, se realizó un estudio transversal y descriptivo, en una perspectiva cuantitativa, del tipo validación de contenido diagnóstico (DCV), propuesto por Fehring. La recolección de datos fue realizada en un Hospital Universitario. Compusieron el muestreo 35 enfermeros asistenciales, que fueron seleccionados a través del método de selección de peritos, adaptado de Fehring, asociado al muestreo probabilístico intencional. Para la recolección de datos, se utilizó un instrumento subdividido en cuatro partes. Trás la revisión de literatura, se añadió a las 19 CDs pertenecientes a la NANDA-I, la CD Interacción Social Perjudicada. Según la opinión de expertos, no se encontró principales indicadores. Como indicadores secundários, fueron identificados 15 CDs, con media ponderada que varió entre 0.54 y 0.79. Con media ponderada inferior a 0.50, se excluyeron cuatro CDs: concentración comprometida, desatento, desinterés cuanto al ambiente que lo cerca y letárgico. La CD incluida, Interacción Social Perjudicada fue validada con media ponderada de 0.71. Se concluyó que la subjetividad de las CDs del DE Fadiga y la dificultad de los profesionales en reconocerlas influyen en la identificación de este diagnóstico.

Descriptor: *Estudios de validación. Enfermería oncológica. Diagnóstico de enfermería. Fadiga.*

LISTA DE ABREVIATURAS

CD - Característica Definidora

CDs – Características Definidoras

COMPESQ – Comissão de Pesquisa

COPE - Comissão de Pesquisa do Processo de Enfermagem

DE - Diagnóstico de Enfermagem

DEs – Diagnósticos de Enfermagem

FR – Fator Relacionado

FRs – Fatores Relacionados

GPPG - Grupo de Pesquisa e Pos-Graduação

GTDE - Grupo de Trabalho do Diagnóstico de Enfermagem

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

NANDA-I – North American Nursing Diagnosis Association Internacional

NCCN - National Comprehensive Cancer Network

PE – Processo de Enfermagem

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SBEO – Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica

SEOSP – Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica do Estado de São Paulo

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

VCD – Validação de Conteúdo Diagnóstico

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil das peritas da Pesquisa de Validação de Conteúdo das Características Definidoras do DE Fadiga quanto à titulação.	43
Tabela 2 - Perfil dos participantes da pesquisa de Validação de Conteúdo das Características Definidoras do DE Fadiga quanto a pesquisas realizadas, artigos publicados, resumos e participação em cursos sobre a SAE.	44
Tabela 3 - Experiência clínica dos peritos em anos.	45
Tabela 4 - Pontuação dos peritos de acordo com os critérios estabelecidos.	46
Tabela 5 - Média ponderada das características definidoras do DE Fadiga, segundo julgamento dos peritos, identificadas como indicadores secundários.	48
Tabela 6 – Média ponderada das características definidoras do DE Fadiga que foram excluídas, segundo julgamento das peritas.	52
Tabela 7 - Média ponderada da característica definidora incluída do DE Fadiga, segundo julgamento das peritas.	53

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVO	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 <i>A SAE e o Diagnóstico de Enfermagem Fadiga no Paciente Oncológico</i>	17
3.2 <i>Validação do Diagnóstico de Enfermagem Fadiga</i>	27
4 MATERIAIS E MÉTODOS	34
4.1 <i>Tipo de estudo</i>	34
4.2 <i>Campo de Estudo</i>	34
4.3 <i>População</i>	35
4.4 <i>Amostra</i>	35
4.5 <i>Critérios de Inclusão</i>	35
4.6 <i>Critérios de Exclusão</i>	36
4.7 <i>Método de Coleta de Dados</i>	37
4.8 <i>Variáveis do Estudo</i>	37
4.9 <i>Método de Análise de Dados</i>	39
4.10 <i>Considerações Bioéticas</i>	40
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	41
5.1 <i>Perfil da amostra</i>	41
5.2 <i>Categorização das Características Definidoras</i>	47
6 CONCLUSÕES	56
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	66
APÊNDICE B - Instrumento para coleta de dados	67

ANEXO 1 – Carta de aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul	74
ANEXO 2 – Carta de aprovação do Grupo de Pesquisa e Pos-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	75
ANEXO 3 - Resposta enviada pela North American Nursing Diagnosis Association Internacional (NANDA – I) sobre a Validação das Características Definidoras do Diagnóstico de Enfermagem Fadiga	76

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem tem buscado, ao longo dos anos, aperfeiçoar seus conhecimentos para que possa prestar assistência de qualidade aos pacientes que, dela, necessitam. Alguns métodos foram adotados para aprimorar a assistência de enfermagem, dentre eles, a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) que, de forma sistemática, visa organizar o fazer do enfermeiro com o intuito do mesmo direcionar suas ações para os reais problemas vivenciados pelos pacientes.

Definido, por alguns autores, como método utilizado na prática clínica para sistematizar a assistência de enfermagem, o Processo de Enfermagem (PE) apoia-se em passos da metodologia científica, oferecendo subsídios aos enfermeiros para as tomadas de decisão assim como ao desenvolvimento do pensamento crítico¹.

O PE permite que o enfermeiro preste um cuidado sistemático apoiado em etapas inter-relacionadas e interdependentes que, baseadas em evidências clínicas, guiam o pensamento do enfermeiro em direção aos reais problemas vivenciados pelos pacientes, possibilitando que o mesmo trace estratégias que melhorem as condições de saúde do paciente, em especial do doente oncológico, que, bem como o Diagnóstico de Enfermagem (DE), são os focos deste estudo.

Composto por etapas, o PE tornou-se uma ferramenta de trabalho indispensável. Dentre as etapas, podemos citar histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem. Como segunda etapa do PE, o DE é uma etapa fundamental pois, a partir dele, a prescrição de enfermagem é feita e os cuidados, a serem realizados, são escolhidos. Tanto o DE quanto as características definidoras, que levaram ao estabelecimento deste DE, são essenciais para o planejamento dos cuidados de enfermagem.

O DE surgiu a partir da necessidade de uniformizar a terminologia dos diagnósticos e, na década de 70, foi iniciada a construção de uma taxonomia por enfermeiras norte-americanas e canadenses, mundialmente conhecida como North America Nursing Diagnosis Association (NANDA)². Cada diagnóstico é composto por

enunciado diagnóstico, definição, características definidoras ou fatores de risco e fatores relacionados³. As CDs para um DE vigente são sinais ou sintomas observáveis ou comunicáveis, que representam a presença de diagnóstico⁴.

Para que se estabeleça um DE, o enfermeiro realiza a coleta de dados sobre as condições de saúde/doença do cliente durante a anamnese de enfermagem. A qualidade das informações coletadas influencia diretamente na acurácia do DE.

Na oncologia, os DEs, além de evidenciar os problemas vivenciados pelos pacientes com câncer, podem melhorar a qualidade de vida destes a partir das intervenções apropriadas para cada caso. Essa preocupação em qualificar a assistência de enfermagem com estudos com DEs acurados para o paciente oncológico está baseada no aumento na incidência de câncer na população brasileira, que está acontecendo a cada ano, e torna cada vez mais frequente o contato deste paciente com a equipe de enfermagem.

Visto que o câncer é a segunda causa de morte no Brasil, com estimativas, para o ano de 2010/2011, de 489.270 casos novos, sendo 236.240 casos novos para o sexo masculino e 253.030 para sexo feminino, deve a equipe de enfermagem estar preparada para o atendimento especializado a este paciente⁵.

Em relação à população mundial, a estimativa, para o ano de 2030, é da ordem de 12 milhões de mortes por câncer. Em 2004, foram cerca de 7,4 milhões de mortes por câncer no mundo⁶. Em 2005, de 58 milhões de mortes ocorridas no mundo, o câncer foi responsável por 7,6 milhões, o que representou 13% de todas as mortes⁷. E, deste total, mais de 70% ocorreram em países de média ou baixa renda⁶.

Esse aumento de novos casos de câncer a cada ano, associado aos avanços tecnológicos na área da saúde, em especial àqueles relacionados ao seu diagnóstico e tratamento, estão proporcionando aumento na sobrevivência das pessoas acometidas por esta enfermidade. Contudo, os efeitos adversos, causados pelo tratamento, podem debilitar o paciente. Por essa razão, a enfermagem exerce papel importante no controle dos efeitos adversos uma vez que a enfermeira acompanha o paciente durante todo o tratamento, o qual é escolhido de acordo com as características do câncer.

Alguns estudos têm sido realizados com o objetivo de identificar DEs em pacientes oncológicos. Vários DEs poderiam contemplar os problemas vivenciados pelos pacientes oncológicos nas diferentes fases da doença e tipos de tratamento. No entanto, um DE, que reflete um sintoma causado pelo câncer e/ou pelo tratamento oncológico, é a fadiga¹. Se não identificada adequadamente, a fadiga pode debilitar o paciente oncológico, interferir no tratamento e prejudicar a qualidade de vida.

A fadiga afeta de 70% a 100% dos pacientes que recebem drogas quimioterápicas, radioterapia, transplante de medula óssea ou de células tronco periféricas e modificadores de resposta biológica⁸. É o sintoma mais prevalente e com maior duração em pacientes com doenças terminais, sendo relatado por cerca de 80% dos doentes durante todo o curso da doença, sendo que, em pacientes com doenças avançadas recebendo cuidados paliativos, a prevalência varia entre 75% e 99%, sendo mais intenso quando a morte se aproxima⁹.

A complexidade da fadiga é contemplada no DE, uma vez que este reúne um grupo de CD's que devem estar presentes para que o diagnóstico seja estabelecido. Alguns estudos identificaram o DE Fadiga na amostra pesquisada. Dentre eles, destaca-se o que foi realizado no ambulatório de quimioterapia de um Hospital Universitário, o qual tem, como objetivo, estabelecer os Diagnósticos de Enfermagem prevalentes em onze pacientes com câncer colorretal. Foram identificados 23 DEs a partir das necessidades humanas básicas alteradas nesta população, e o DE Fadiga estabelecido em três pacientes¹⁰.

Contudo, recente estudo, realizado num Hospital Universitário do Sul do Brasil, mostrou que o DE Fadiga estava presente em 0,9%, numa amostra de 109 pacientes com câncer. Entretanto, as características definidoras (CD) do DE Fadiga estavam presentes em 15,9% dos prontuários, descritas nas evoluções diárias do enfermeiro. Os autores ficaram com dúvidas quanto à adequação das CDs ao DE

¹ A palavra fadiga escrita com “f” minúsculo refere-se ao sintoma, já a Fadiga escrita com “F” maiúsculo refere-se ao Diagnóstico de Enfermagem.

Fadiga, uma vez que os enfermeiros, embora as identificassem, não estabeleceram o DE Fadiga¹¹.

Sabe-se que a fadiga é prevalente nos pacientes oncológicos, podendo persistir mesmo após o término do tratamento, além de ser um dos sintomas mais debilitantes causados tanto pela doença quanto pelo tratamento do câncer. Sendo assim, optou-se por estudar este DE, uma vez que são escassos os estudos sobre o assunto. Acredita-se que o estabelecimento do DE Fadiga em pacientes oncológicos possa favorecer atividades educativas para o manejo da Fadiga, e orientar medidas de prevenção da mesma. Porém, os enfermeiros ainda têm dificuldades em identificá-la, o que pode acarretar prejuízo na qualidade de vida do paciente.

Outra razão para a realização deste estudo é o interesse desta autora pela temática, iniciado principalmente durante o contato diário com os pacientes no ambulatório de quimioterapia, local onde foi realizado o último estágio curricular do curso de enfermagem. Esta ocasião assim como a coleta de dados para o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso foram momentos de reflexão sobre os cuidados que estes pacientes exigiam da equipe de enfermagem.

Os relatos sobre cansaço, dificuldades em manter suas atividades de vida diária, assim como as dificuldades em manter relacionamentos com amigos, companheiros e mesmo familiares, também colaboraram para o desenvolvimento deste estudo, uma vez que motivaram esta autora a buscar formas de melhorar esta situação vivenciada pelos pacientes oncológicos.

Com o intuito de aperfeiçoar DEs assim como de legitimá-los no cenário oncológico, estudos de validação são sugeridos. Para que se possa afirmar que o DE é válido, deve ele passar por um processo em que se conclua se as características que o definem são autênticas representações do que é encontrado na prática clínica⁴. Por essa razão, estudos de validação estão sendo realizados para que se possa averiguar o grau em que as CDs de um DE representam o verdadeiro problema do paciente.

O modelo de validação mais utilizado é o de Fehring, o qual propõe metodologias de validação de conteúdo, clínica e diferencial¹². Neste estudo, foi utilizado o modelo de validação de conteúdo diagnóstico, que se baseia na obtenção

de opiniões de enfermeiras peritas acerca do grau em que determinadas características definidoras são indicativas de um determinado diagnóstico.

Os peritos, que participam dos estudos de validação, são enfermeiros com prática clínica e conhecimento sobre DE. Fehring^{13,14} sugere critérios para a seleção de peritos, os quais são frequentemente utilizados tanto em estudos nacionais quanto internacionais.

Então, entende-se que os estudos de validação permitem o estabelecimento de um DE acurado, baseado nos problemas de saúde vivenciados pelo paciente oncológico, o qual apresenta suas dimensões física, psicológica, social e espiritual afetadas com a doença, além de colaborar para a enfermagem internacional contribuindo para uma linguagem diagnóstica uniforme e padronizada.

Este estudo igualmente qualifica as ações de enfermagem, pois a implementação de intervenções específicas para um DE adequado a cada paciente proporciona um cuidar científico e humanizado, visando à promoção da qualidade de vida dos pacientes oncológicos. A promoção da SAE ao paciente oncológico, além de permitir um cuidado integral, favorece o aperfeiçoamento dos conhecimentos referentes aos DEs, em especial DE Fadiga, contemplado neste trabalho, e proporciona maior clareza na identificação das CDs e o estabelecimento do DE acurado.

Pode-se dizer, ainda, que este estudo tornou visível o DE Fadiga, principalmente nos pacientes oncológicos, fazendo com que enfermeiros refletissem sobre ele. Salienta-se a necessidade da equipe de enfermagem estar atenta e saber identificar esse sintoma no paciente oncológico, o que justifica a busca por conhecimento através de pesquisas sobre o tema.

Sendo assim, diante do que foi exposto, este estudo teve como questão norteadora: Estão as características definidoras do diagnóstico de enfermagem Fadiga, descritas pela NANDA-I, presentes no paciente oncológico, de acordo com a avaliação de enfermeiros peritos?

2 OBJETIVO

Validar o conteúdo das Características Definidoras do Diagnóstico de Enfermagem Fadiga, descritas pela NANDA-I, em pacientes adultos oncológicos de acordo com a avaliação de enfermeiros peritos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo apresenta a revisão de pontos importantes para o presente estudo, tais como a Sistematização da Assistência de Enfermagem, o Diagnóstico de Enfermagem Fadiga no paciente oncológico e os Estudos de Validação relacionados ao Diagnóstico de Enfermagem Fadiga.

3.1 A SAE e o Diagnóstico de Enfermagem Fadiga no Paciente Oncológico

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tem possibilitado à equipe de enfermagem organizar e direcionar suas ações às necessidades específicas de cada paciente, num contexto em que o indivíduo é visto de forma integral. Iniciada na década de 1950, a SAE torna-se cada vez mais necessária em instituições de saúde, onde são desenvolvidas ações de enfermagem, no intuito de oferecer o cuidado humanizado às pessoas em situação de doença.

A SAE pode ser definida como metodologia de assistência que o enfermeiro utiliza para identificar os problemas de saúde reais e potenciais do paciente/família ou comunidade, visando estabelecer diagnósticos e intervenções de enfermagem, a partir dos dados coletados durante a avaliação objetiva e subjetiva do paciente¹⁵.

A implementação da SAE tem-se tornado cada vez mais importante nas instituições de saúde, pois, com o avanço tecnológico frequente na área da saúde, os cuidados realizados pelos enfermeiros também devem manter-se atualizados e, neste sentido, a SAE possibilita que o enfermeiro utilize seus conhecimentos científicos na elaboração e prestação de cuidado.

Sendo assim, com base nas particularidades que envolvem o cuidar em oncologia, faz-se necessário o uso da SAE, uma vez que esta tem contribuído para um cuidar científico e humanizado visando uma assistência qualitativamente adequada. Então, no cuidado ao paciente oncológico, a SAE assume uma dimensão especial uma vez que permite à enfermeira o estabelecimento ético das prioridades,

onde se deve considerar a individualidade, singularidade, estilo de vida, crenças e valores culturais.¹⁶

Respalado por resoluções do Conselho Federal de Enfermagem^{17,18}, o PE, através da SAE, possibilita que a assistência seja planejada para alcançar as necessidades específicas do paciente, possuindo um enfoque holístico, o qual ajuda a assegurar que as intervenções sejam elaboradas para cada indivíduo¹⁹.

Deste modo, o uso do PE contribui para um cuidar de forma sistemática e ordenada com a delimitação dos problemas, planejamento e execução de planos para resolvê-los, mesmo que seja necessário delegar, a outros, a execução desses planos, e exige, como última etapa, a avaliação da eficácia na resolução dos problemas²⁰.

A história do PE no Brasil iniciou na década de 1970, por Wanda de Aguiar Horta, e era composto por seis fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem²¹.

No entanto, o Cofen, assim como outros autores, descreve o PE em cinco etapas inter-relacionadas e interdependentes. São elas: Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem^{17,18,22}.

Observa-se que DE é essencial ao PE, pois, como segunda etapa, ele possibilita ao enfermeiro definir os objetivos a serem traçados e o plano de cuidados a ser prescrito, dando o encadeamento necessário ao cuidado prestado pelo enfermeiro. A definição de DE, segundo a NANDA-I^{3:436} consiste em “um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processo vitais reais ou potenciais. O DE constitui a base para a seleção de intervenções de enfermagem para atingir os resultados pelos quais a enfermeira é responsável”.

Para que o enfermeiro possa optar por um DE, um processo diagnóstico deve ser estabelecido através do pensamento crítico²³. O resultado do pensamento crítico é o julgamento clínico, sendo indispensável, para isso, conhecimento específico,

experiência profissional, competência, atitude e padrões para o pensamento crítico²².

O julgamento clínico, realizado pelo enfermeiro, sendo um elemento do processo diagnóstico na enfermagem clínica, constitui-se em uma habilidade essencial no estabelecimento dos diagnósticos e intervenções adequadas às necessidades do paciente²³.

E, o desenvolvimento do julgamento clínico é o aspecto mais importante e desafiador tanto para os profissionais quanto para os acadêmicos da área, uma vez que requer a habilidade de relembrar fatos, buscando correlacioná-los ao conhecimento adquirido¹⁹.

No cuidado ao paciente oncológico, não há diferença, pois do enfermeiro, após coletar os dados durante a avaliação realizada, é necessário um julgamento clínico para a tomada de decisão clínica quanto ao DE que será estabelecido. Um DE frequente nos pacientes oncológicos e que merece atenção especial das enfermeiras por ter várias CDs subjetivas é a Fadiga.

Sabe-se que algumas pessoas experimentam a fadiga durante a vida, caracterizada por períodos de cansaço físico ou mental e episódios de sono inadequados, o que gera sonolência. Este tipo de fadiga é um fenômeno que desaparece rapidamente após repouso ou mudança no estilo de vida, sendo definido como agudo²⁴.

Já a fadiga, experimentada por indivíduos com doenças crônicas, é diferente, sendo classificada como fadiga crônica, caracterizada pela complexidade e multifatorialidade²⁴.

Ela torna-se um problema crítico no paciente com câncer uma vez que pode comprometer a qualidade de vida e, até mesmo, influenciar no desejo de continuar o tratamento²⁵. Pessoas com câncer não tem sua fadiga melhorada após o descanso, o que torna esse sintoma mais impactante que a dor, depressão e náusea²⁶.

Frequente em pacientes oncológicos, a fadiga, além de ser o sintoma mais comum em pacientes recebendo tratamento quimioterápico, é o sintoma com maior

duração e que mais afeta a qualidade de vida. O paciente oncológico com Fadiga apresenta prejuízos emocionais, sociais e econômicos²⁷.

Segundo profissionais, a fadiga pode ser definida como incomum, persistente, sensação subjetiva de cansaço, relacionada ao câncer ou ao seu tratamento, que interfere nas atividades usuais. Os pacientes, por sua vez, podem caracterizá-la como falta de energia, diminuição cognitiva, sonolência, transtornos do humor ou fraqueza muscular²⁸.

Contudo alguns pacientes apresentam dificuldades em comunicar a Fadiga aos profissionais de saúde, assim como ainda há profissionais que não identificam, adequadamente, a Fadiga²⁵.

A educação dos profissionais, dos pacientes e familiares, quanto à identificação e ao manejo deste sintoma, é de extrema importância, incluindo-se, também, informações referentes ao padrão da fadiga no doente em fase terminal⁹.

A *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) define a fadiga como sintoma angustiante e persistente, um sentimento subjetivo de cansaço físico, emocional e/ou cognitivo, relacionado ao câncer ou ao tratamento de câncer, e que não está relacionado à atividade física recente, interferindo nas funções diárias²⁹.

Outros estudos^{24,30} definem a fadiga como “subjetiva”, ou seja, a caracterização da fadiga deve ser feita a partir do discurso do próprio doente. É necessário buscar informações relacionadas ao padrão de temporalidade da fadiga, às manifestações, à intensidade, aos fatores que aliviam ou pioram o sintoma e ao impacto da fadiga nas atividades de vida diária bem como no relacionamento interpessoal e social⁹. Entender a percepção dos pacientes sobre fadiga é essencial para desenvolver intervenções que busquem melhorar esta condição³¹.

Observa-se que o DE Fadiga está incluído na terminologia diagnóstica proposta pela *North American Nursing Diagnosis Association Internacional* (NANDA-I)³. A inclusão deste DE aconteceu na Taxonomia I da NANDA em 1988, sendo definido como sensação constante de sobrecarga de exaustão e diminuição da capacidade para o trabalho físico e mental³². Este diagnóstico foi revisado em 1998 e algumas alterações foram feitas na sua definição.

Sendo assim, a NANDA-I apresenta a seguinte definição para o DE Fadiga: “uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual”^{3:158}. Essa definição mostra-se adequada à fadiga experimentada pelos pacientes oncológicos, principalmente por aqueles em situação de cuidados paliativos. Nela, ressalta-se a dimensão de temporalidade, presente neste conceito, por meio do termo ‘sustentada’, o que dá uma denotação de cronicidade do sintoma⁹.

O DE Fadiga é um diagnóstico real, ou seja, descreve as respostas humanas a condições de saúde ou processos vitais que existem em um indivíduo, família ou comunidade, sendo sustentado por CD³.

Em relação aos níveis contidos na estrutura da Taxonomia II da NANDA-I, o DE Fadiga encontra-se no Domínio 4- Atividade/repouso, o qual envolve a produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos, e Classe 3 - Equilíbrio de energia, “definida como um estado dinâmico de harmonia entre absorção e gasto de recursos”^{3:394}.

Alguns estudos realizados sobre DE em pacientes oncológicos mostraram que o DE Fadiga é frequente nesta população. Dentre eles, podemos citar o realizado com o objetivo de identificar DE’s em pacientes oncológicos, o qual apresentou o DE Fadiga entre os mais frequentes, feito na Unidade de Oncologia do Hospital Universitário de Santander, na Colômbia. Dentre os 142 DE’s identificados, o DE Fadiga estava presente em cinquenta e dois pacientes³³.

A frequência do DE Fadiga em pacientes com câncer é reforçada em outro estudo realizado em pacientes com leucemia, que buscou identificar e descrever os DEs, seus fatores relacionados e características definidoras em pacientes hospitalizados. O DE Fadiga foi encontrado em treze dos quinze registros pesquisados³⁴.

Entende-se que, para o DE Fadiga ser estabelecido, a enfermeira deve identificar, no paciente CD, que se manifeste este diagnóstico. Considerando que este DE apresenta dezenove CDs³, das quais a subjetividade dos sintomas está presente na maioria, tal fato pode interferir na identificação deste DE, reforçando a

necessidade de estudos de validação, o que contribuirá para a acurácia do DE Fadiga. As CDs deste DE descritas pela NANDA-I³ são:

- ***Aumento das necessidades de repouso;***
- ***Aumento das queixas físicas;***
- ***Cansaço;***
- ***Concentração comprometida;***
- ***Desatento;***
- ***Desempenho diminuído;***
- ***Desinteresse quanto ao ambiente que o cerca;***
- ***Falta de energia;***
- ***Incapacidade de manter as rotinas habituais;***
- ***Incapacidade de manter o nível habitual de atividade física;***
- ***Incapacidade de restaurar energias mesmo após o sono;***
- ***Introspecção;***
- ***Letárgico;***
- ***Libido comprometida;***
- ***Necessidade percebida de energia adicional para realizar tarefas de rotina;***
- ***Sentimentos de culpa por não cumprir com suas responsabilidades;***
- ***Sonolento;***
- ***Verbalização de uma constante falta de energia;***
- ***Verbalização de uma opressiva falta de energia.***

Em relação às CDs do DE Fadiga, observou-se num estudo³⁴, realizado com pacientes com leucemia, com o objetivo de identificar e descrever os DE, seus fatores relacionados e CD em 15 registros de enfermagem, que as seguintes CDs foram encontradas para o DE Fadiga: desatenção, falta de “espírito”, sono diurno, ficar na cama, dormir mais que o usual, cochilar, déficit no auto-cuidado/cuidados de higiene, incapacidade para realizar atividades e fraqueza.

Outro estudo, realizado³⁵ com pacientes portadores de leucemia mielóide aguda, com o objetivo de identificar DEs nos mesmos, identificou como CDs

prevalentes para o DE Fadiga: a incapacidade para realizar as rotinas usuais e desempenho diminuído com queixas físicas.

Desta maneira, observa-se que a prevalência da fadiga na população oncológica é alta, visto que afeta de 70% a 100% dos pacientes que recebem drogas quimioterápicas, radioterapia, transplante de medula óssea ou de células tronco periféricas e modificadores de resposta biológica⁸.

Nos pacientes com doenças terminais, a fadiga é relatado por cerca de 80% dos doentes durante todo o curso da doença. Em pacientes com doenças avançadas, recebendo cuidados paliativos, a prevalência varia entre 75% e 99%, sendo mais intensa quando a morte se aproxima⁹.

Estudos ainda mostram que 65-100% dos pacientes em tratamento radioterápico e 82-96% daqueles que recebem quimioterapia apresentam fadiga³⁶⁻³⁸. Em pacientes com doença metastática, a prevalência de fadiga excede 75%, e em sobreviventes de câncer, este problema permanece durante meses e até mesmo anos após o término do tratamento oncológico²⁹.

Contudo, mesmo frequente, a fadiga é subestimada, subdiagnosticada e subtratada, interferindo na qualidade de vida dos pacientes, uma vez que estes se sentem cansados e não conseguem realizar as atividades que antes realizavam²⁹.

Embora o DE Fadiga seja prevalente nos pacientes oncológicos, observa-se que há dificuldade em identificá-lo, o que pode ter influência na eficácia do tratamento assim como na qualidade de vida deste paciente³⁹.

A escassez de estudos, principalmente brasileiros, sobre esta temática foi descrita recentemente através de uma revisão sistemática, realizada com o objetivo de analisar artigos científicos, ligados à enfermagem, sobre a fadiga dos pacientes com câncer, nas bases de dados MEDLINE, LILACS e BDNF. Dos 27 artigos selecionados, apenas um foi publicado no Brasil, reforçando a necessidade de mais estudos sobre esta temática⁴⁰.

Em relação à causa, o mecanismo exato, que envolve a patologia da fadiga, é desconhecido⁹. Sabe-se que a ocorrência da fadiga pode estar associada ao estado hipermetabólico, por sua vez associado com o crescimento tumoral, competição,

entre o organismo e o tumor, por nutrientes, efeitos deletérios da quimioterapia e radioterapia, ingesta nutricional inadequada associada à náusea e vômitos decorrentes da terapêutica antineoplásica, anemia, bem como distúrbio do sono, incerteza quanto ao futuro, medo da morte, das mutilações e perda dos papéis da manutenção da família³⁰.

Em mulheres com câncer de mama, tem-se constatado que o tratamento está associado com o desenvolvimento da fadiga, considerando que as mulheres que recebem tratamentos combinados têm escores totais de fadiga mais elevados em relação àquelas que recebem somente radioterapia⁴¹.

A NANDA-I estabelece Fatores Relacionados (FRs), atribuídos ao DE Fadiga³ e, destes, os que se destacam no contexto em que está inserido o paciente oncológico são:

- **Fisiológicos: anemia, condição física debilitada, estados de doença, má nutrição, privação do sono;**
- **Psicológicos: depressão;**
- **Situacionais: eventos negativos na vida.**

Observa-se que estes FRs podem estar presentes, em conjunto ou isoladamente, durante a trajetória da doença oncológica. A alternância destes FRs poderá acontecer, acompanhando, também, as mudanças que ocorrerão na vida deste paciente.

Para a mensuração da fadiga, escalas são utilizadas. O objetivo destes instrumentos de avaliação é estabelecer um padrão para a medição e a caracterização dos sintomas subjetivos e sinais clínicos da fadiga, transformando-as em informações objetivas e quantitativas⁹.

Das escalas existentes, observa-se a predominância da concepção multidimensional, avaliando-se aspectos físicos, emocionais e cognitivos, e quantificando-se a magnitude, associada à observação dos profissionais⁴². Deve-se salientar que devido à condição clínica do paciente oncológico, é importante que os métodos de avaliação da fadiga sejam rápidos.

Para que se obtenha uma boa avaliação da fadiga, os instrumentos devem ser escolhidos, baseados em critérios tais como: finalidade do instrumento (preditiva, avaliativa e discriminativa), base conceitual da qual o instrumento foi derivado, estimativas de validade e confiabilidade, medidas adotadas para reduzir erros e descrição de como o instrumento foi elaborado⁹. Dentre os instrumentos existentes para avaliação da fadiga em pacientes oncológicos, podemos citar:

- *Multidimensional Fatigue Inventory*: é um instrumento multidimensional dividido em 20 itens, o qual tem sido validado em pacientes com câncer com foco na experiência subjetiva da fadiga. Esta escala avalia as dimensões física, mental, fadiga geral, redução da motivação e impacto^{9,26};
- *Fatigue Symptom Inventory*: também é um instrumento multidimensional. Dividido em 13 itens, avalia a intensidade, impacto e duração da fadiga^{9,26};
- *Revised Piper Fatigue Scale*: Também é um instrumento multidimensional, dividido em 22 itens, podendo ser utilizado no momento em que o paciente está com fadiga. Esta escala avalia a intensidade, comportamental, afetiva, sensorial e cognitiva^{9,26};
- *Schwartz Cancer Fatigue Scale*: é um instrumento multidimensional, dividido em 28 itens. Avalia as dimensões física, cognitiva, emocional e temporal da Fadiga^{9,26};
- *Brief Fatigue Inventory*: É um instrumento unidimensional, composto por nove itens, que avalia a intensidade e o impacto da fadiga nas últimas 24 horas^{9,26};
- *Cancer Fatigue Scale*: É um instrumento multidimensional, composto por 15 itens. Avalia as dimensões física cognitiva e afetiva^{9,26};
- *Cancer-related Fatigue Distress Scale*: É um instrumento unidimensional, composto por 20 itens. Avalia as dimensões física, social, psicológica, cognitiva e espiritual afetadas pela fadiga^{9,26}.

Até o momento, encontram-se validados, para a população brasileira, três instrumentos. Um deles é o *Chalder Fatigue Scale-Brazilian version*⁴⁴. Este instrumento contém 11 itens distribuídos em duas dimensões (física e mental). O

outro instrumento é o *Fatigue Pictogram*, uma escala ilustrada de dois itens que avaliam a intensidade e o impacto da fadiga em atividades usuais⁴⁵.

E o último, *Revised Piper Fatigue Scale*, com 22 itens, divididos em quatro subescalas, que avaliam quatro dimensões: sensorial, afetiva, cognitivo/emocional e comportamental/intensidade⁴⁴. Estudos mostraram que tanto o *Fatigue Pictogram* quanto o *Revised Piper Fatigue Scale* são eficazes para avaliar a fadiga em pacientes oncológicos^{44,45}.

A validação destas escalas para a língua portuguesa marca um avanço no cuidado ao paciente oncológico com fadiga, pois, além de identificar, elas avaliam a intensidade e permitem que estratégias possam ser utilizadas para o manejo deste sintoma. Contudo, mesmo com as escalas, as avaliações realizadas relacionadas ao desenrolar da doença, seu tratamento, à situação do paciente e às estratégias utilizadas para o tratamento de outros sintomas existentes, devem ser realizadas repetidamente, uma vez que a fadiga pode mudar de padrão com o tempo³⁰.

Contudo, não adianta ter escalas, se os profissionais ainda têm dificuldades em identificar a fadiga no doente oncológico. Acima de tudo, os profissionais de saúde precisam compreender que a fadiga é um alerta de desequilíbrio de mente, corpo e espírito. E, assim como o tratamento da dor, o da fadiga também requer atenção a esses três aspectos²⁸. Por esta razão, busca-se, com as intervenções, o bem-estar bio-psico-socioespíritual⁴².

No entanto, observa-se que as intervenções, já desenvolvidas ou testadas para o manejo da fadiga, ainda são insuficientes. O objetivo básico é manter a capacidade funcional que o paciente possui e minimizar as perdas desnecessárias de energia⁹. Portanto, as intervenções, relacionadas ao manejo da fadiga, devem compreender estratégias que visem manter ou aumentar os níveis de energia do paciente como a organização de momentos de sono e descanso, nutrição adequada, a utilização de terapias complementares, a prática de atividades de lazer, a educação⁴².

Sobre intervenções, pesquisadoras identificaram num estudo que a educação, o exercício e as atividades desenvolvidas para restaurar a energia, como caminhar,

desenvolver atividades relaxantes e de lazer são consideradas como evidências de intervenção na fadiga relacionada ao câncer, e que as enfermeiras estão numa posição ideal para sugerir estratégias para aliviá-la³⁰. Outros estudos ressaltam a importância de tratar a causa da fadiga⁴⁵.

Salienta-se que a compreensão da fadiga, pelos profissionais de saúde, é um desafio, principalmente em relação à implementação de estratégias eficientes, que busquem melhorar a qualidade de vida dos pacientes com câncer³⁰. Por este motivo, o enfermeiro deve conhecer e saber identificar a fadiga, para que este sintoma possa ser tratado o mais precocemente possível, evitando complicações.

3.2 Validação do Diagnóstico de Enfermagem Fadiga

A validação de DEs tornou-se um método muito utilizado nos estudos realizados sobre DE. O termo validar significa tornar válido, legitimar⁴⁶. Portanto, validar um DE é torná-lo legítimo para determinada situação clínica e para todos os profissionais de enfermagem. A validação do DE possibilitará aperfeiçoar e legitimar os elementos da taxonomia da NANDA-I, aumentando sua capacidade de generalização¹².

Entende-se que validar um DE significa torná-lo verdadeiro, comprovando-o mediante a identificação de sinais e sintomas para uma determinada situação⁴⁷.

Visto que, o conhecimento teórico-conceitual que sustenta cada diagnóstico necessita de vários estudos para muitos deles, torna-se necessário submetê-los a um processo de validação, aprimorando o conjunto de indicadores clínicos, e tornando confiável sua utilização, tanto na prática quanto no ensino. A validação de DE é um instrumento necessário para fundamentar a prática clínica do enfermeiro, uma vez que subsidia tanto o estabelecimento das intervenções de enfermagem quanto a avaliação¹².

Encontra-se, na literatura, a validação das CDs do DE Fadiga relatada em um estudo realizado por professores da Universidade de Missouri-Columbia⁴⁸. Os

autores utilizaram, como método, a análise estatística multivariada dos dados dos instrumentos preenchidos. Para isso foram utilizadas as escalas *Revised Piper Fatigue Scale* e *Schwartz Measurement of Fatigue*, em quatro grupos de mulheres saudáveis.

Então, devido à carência de estudos de validação³⁰ do DE Fadiga em pacientes oncológicos, optou-se por realizar, nesta pesquisa, a validação de conteúdo das CDs deste diagnóstico. Dentre as metodologias utilizadas para validação de CDs dos DEs, o método proposto por Fehring é o mais utilizado¹².

Outro estudo, que utilizou como método a validação de conteúdo, foi realizado com as CDs do DE Proteção Ineficaz em pacientes em tratamento hemodialítico. Para realizar a validação, 63 enfermeiros peritos foram selecionados. Às 18 CDs descritas na NANDA-I para este DE, foi acrescentada e validada a CD “desnutrição”. Neste estudo, foi utilizada a metodologia proposta por Fehring⁴⁹.

Este tipo de metodologia foi identificado, ainda, em outros dois estudos. Num deles, foi realizada a validação de conteúdo do DE Mobilidade Física Prejudicada em pacientes idosos. Após a análise do material bibliográfico, as autoras identificaram um conjunto de 50 CDs que foram acrescentadas às propostas pela NANDA-I. A amostra contou com 32 enfermeiros peritos⁵⁰.

O outro validou o conteúdo das CDs do DE Troca de Gases Prejudicada em pacientes adultos em atendimento de emergência. Fizeram parte da amostra 11 enfermeiros peritos. Das 27 CD's apresentadas aos peritos, 24 foram validadas⁴.

Sendo assim, podemos observar que os estudos de validação estão direcionados a populações específicas, tais como pacientes em hemodiálise, idosos e pacientes em atendimento de urgência, o que mostra a preocupação em buscar evidências consistentes para o estabelecimento de um DE acurado. Desse modo, a validação do DE Fadiga, na população oncológica, faz-se necessária, visto a dificuldade em identificar este DE e as especificidades que envolvem esta população.

No que tange aos cenários de cuidado oncológico, observa-se a carência de validação da taxonomia diagnóstica da NANDA-I. É necessário unir esforços no

sentido de viabilizar estudos na área, articulando as características validadas e as evidenciadas no cliente oncológico⁹.

Os estudos de validação possibilitam averiguar o grau em que elas realmente representam o verdadeiro problema do paciente e não o problema inferido pelas enfermeiras além de explorar diferenças populacionais^{2,50}.

Portanto, para que se possa afirmar que o DE é válido, ele deve passar por um processo em que se conclua se as características, que o definem, são autênticas representações do que é encontrado na prática clínica².

Para tal, Fehring¹³ sugere métodos de validação diagnóstica, dentre eles, o modelo de Validação de Conteúdo Diagnóstico (VCD), que se baseia na obtenção de opiniões de enfermeiras peritas acerca do grau em que determinadas características definidoras são indicativas de um determinado diagnóstico. A validade de conteúdo envolve o exame sistemático do conteúdo para determinar se ele abrange uma amostra representativa do domínio de comportamento a ser aferido¹².

Neste modelo de validação, o autor sugere que seja feita uma revisão de literatura para fornecer suporte teórico para as características definidoras e ressalta, ainda, que, durante esse processo, há a possibilidade de que características definidoras sejam acrescentadas à lista pré-estabelecida pela NANDA-I^{2,13}.

Neste estudo, para a descrição das CDs, foram utilizados artigos científicos, selecionados após uma revisão integrativa da literatura seguindo o modelo de Cooper⁵¹, assim como dicionários de termos médico e de enfermagem⁵²⁻⁵⁵. Devido à dificuldade em encontrar definição para alguns atributos, foram utilizados, também, dicionários da língua portuguesa^{55,56}.

As características definidoras do DE Fadiga, descritas pela NANDA-I³, com suas definições conceituais são listadas a seguir.

Aumento das necessidades de repouso: Restrição de atividades físicas torna-se cada vez mais necessária, mantendo o corpo imóvel, promovendo relaxamento parcial ou total^{55,57}.

Aumento das queixas físicas: Relato frequente de sintomas relacionados à percepção do corpo, descritas, muitas vezes, como “peso” ou sensação desconfortável no corpo como um todo ou, apenas, nos membros superiores e inferiores^{24, 55,58}.

Cansaço: Falta de forças, causada pela doença. É caracterizado por esquecimento, impaciência, peso gradual ou fraqueza nos músculos após o trabalho, sonolência aliviada pelo repouso, mas não há mudança na vida social, relação com ou diminuição do controle sobre os processos do corpo^{55,59}.

Concentração comprometida: Risco de alterações na atenção aplicada em algum assunto ou em alguém de modo exclusivo ou intenso. Capacidade diminuída em conectar ideias, sintetizar as coisas, levando à incapacidade de concentração, ao esquecimento^{24,55,60}.

Desatento: Pessoa que está com dificuldade em dar atenção àquilo que vê, escuta ou faz, revelando descaso ou mesmo falta de preocupação ou interesse^{55,59}.

Desempenho diminuído: Comprometimento na forma com que alguém executa um trabalho que exige competência ou eficiência, podendo interferir na capacidade da pessoa de participar, plenamente, no trabalho, na família e em atividades sociais^{55,56,59}.

Desinteresse quanto ao ambiente que o cerca: Demonstra indiferença quanto àquilo que constitui o meio em que vive^{55,56}.

Falta de energia: Déficit na capacidade do corpo para produzir um trabalho ou desenvolver uma força, causado pela deficiência na produção de energia para as demandas necessárias, resultante do acúmulo de produtos de morte celular^{30,55}.

Incapacidade de manter as rotinas habituais: As rotinas habituais são entendidas, aqui, como as atividades de vida diária, que são atividades de autocuidado, incluindo banho, arrumar-se, vestir-se, alimentação, higiene íntima e cuidados intestinais e vesicais. Ou seja, a incapacidade de manter as atividades de vida diária indica restrição ou falta de capacidade de realizar uma atividade de maneira normal,

podendo ser caracterizada, também, pela diminuição da tolerância para a realização das atividades de vida diária^{61,62}.

Incapacidade de manter o nível habitual de atividade física: Estado causado por fatores físicos ou mentais, no qual o indivíduo sente-se incapacitado para realizar suas atividades de vida diária e, portanto, apresenta redução de sua capacidade de trabalho³⁰.

Incapacidade de restaurar energias mesmo após o sono: O homem tem necessidade de um período de repouso, no qual o corpo e o espírito possam relaxar-se completamente e armazenar forças novas. Um período de sono constitui uma pausa restauradora. O paciente com fadiga não sente suas energias recuperadas após um período de sono⁵⁴.

Introspecção: Autoanálise que o indivíduo faz de sua vida interior^{54,55}.

Letárgico: Pessoa que apresenta um estado patológico, caracterizado por sono profundo, semelhante à morte, porém sem interromper as funções vitais. Também pode ser definido como estado de sonolência mental^{52,53}.

Libido comprometida: Prejuízo na energia psíquica ligada aos impulsos de vida, em especial ao impulso sexual⁵².

Necessidade percebida de energia adicional para realizar tarefas de rotina: Aumento nas necessidades de força física para a realização das atividades que eram efetuadas diariamente⁵⁶.

Sentimentos de culpa por não cumprir com suas responsabilidades: O paciente sente-se responsabilizado por não conseguir executar seus compromissos pessoais e sociais^{55,56}.

Sonolento: Condição em que o indivíduo está num estado de adormecimento pouco profundo, porém difícil de superar. Isto geralmente acontece quando a qualidade do sono é ruim, ocorrendo despertares noturnos frequentes^{31,53}.

Verbalização de uma constante falta de energia: Expressão oral de constante privação de força física para a realização de atividades⁵⁶.

Verbalização de uma opressiva falta de energia: Expressão oral de sufocante privação de força física para a realização de atividades⁵⁶.

Considerando a possibilidade de inclusão de CDs às descritas pela NANDA-I³, acrescentou-se a seguinte:

Interação social prejudicada: Comprometimento nas relações entre membros de um grupo ou entre grupos. Caracteriza-se pela recusa a convites, que levem o paciente a realizar interação com outros indivíduos, pela incapacidade de tolerar a estimulação associada às interações sociais, mesmo com membros da família ou amigos^{56,59}.

A preocupação dos pesquisadores ao utilizar este modelo é a seleção de peritos⁶³. Fehring^{13,14} sugere critérios para seleção de peritos, incluindo como tais o grau de mestre em Enfermagem, experiência clínica, pesquisas realizadas sobre o diagnóstico de interesse, artigos publicados sobre diagnóstico e participação em cursos e conferências com relevância à temática dos DE's.

Contudo, Fehring não sugere peso para cada critério, deixando que cada pesquisador atribua a pontuação que julgar adequada. Para que o enfermeiro seja considerado perito, deve ele atingir, no mínimo, cinco pontos^{13,14}.

Visto a dificuldade em aplicar exatamente os critérios sugeridos por Fehring no cenário brasileiro, observa-se, nos estudos de validação, a adaptação destes critérios⁶³. Para a validação de conteúdo do DE Proteção Ineficaz⁴⁹ em pacientes em tratamento hemodialítico, as autoras utilizaram, como critério de exclusão, a prática clínica em nefrologia inferior a um ano. Já para a validação de conteúdo, realizado para o DE Mobilidade Física Prejudicada em Idosos⁵⁰, as autoras selecionaram, como peritos, enfermeiros docentes.

Outra questão importante, em relação à seleção dos peritos, é o número satisfatório desses sujeitos para validação de conteúdo do diagnóstico. Fehring^{13,14} sugere que este número seja entre 50 e 100 enfermeiros peritos. Porém, nos estudos que utilizam este método, é observada uma variedade no tamanho da amostra.

Para a validação do DE Proteção Ineficaz⁴⁹, foram selecionados 63 enfermeiros peritos. No estudo realizado para validação de conteúdo do DE Mobilidade Física Prejudicada⁵⁰, fizeram parte da amostra 32 enfermeiros docentes. Outro estudo, realizado para validar o DE Troca de Gases Prejudicada⁴, utilizou a opinião de 11 enfermeiros peritos.

Para a seleção dos peritos, é recomendado que estes sejam buscados em associações, ou ainda por meio de suas publicações ou locais de trabalho⁶³. O uso do Currículo Lattes disponibilizado pela Plataforma Lattes do portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico foi observado num estudo para validar o DE Conhecimento Deficiente⁴⁷.

Devido às dificuldades em selecionar os enfermeiros peritos para o estudo do DE Fadiga, em pacientes oncológicos, optou-se por considerar, como critérios mínimos, a experiência clínica com pacientes oncológicos e a prática com o uso da terminologia diagnóstica da NANDA-I³.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Em continuidade, serão apresentadas as etapas metodológicas que foram seguidas para a elaboração deste estudo.

4.1 *Tipo de estudo*

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, numa perspectiva quantitativa, do tipo validação de conteúdo (VCD), proposto por Fehring¹³.

É do tipo transversal porque todas as informações foram coletadas em um só momento e uma amostra, selecionada da população⁶⁴.

4.2 *Campo de Estudo*

Esta pesquisa foi realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Tal Instituição apresenta áreas específicas para tratamento de pacientes oncológicos como a Unidade de Transplante de Células Tronco-Hematopoéticas, Quimioterapia e Radioterapia, além das Unidades Clínicas e Cirúrgicas que também recebem pacientes oncológicos em diferentes estágios da doença.

Deve-se salientar que, nesta Instituição, os enfermeiros realizam etapas do Processo de Enfermagem tais como anamnese de enfermagem e exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e evolução. Estas etapas encontram-se informatizadas em quase todas as unidades do Hospital.

4.3 População

Faziam parte do quadro funcional de enfermeiras nas unidade em que foi realizada a pesquisa, 123 enfermeiros assistenciais, já excluído a autora deste estudo.

4.4 Amostra

Para delimitação da amostra, foi utilizado o método de seleção de peritos, proposto por Fehring, para Validação de Conteúdo Diagnóstico (VCD), associada à amostragem probabilística intencional.

Como o tamanho desta amostra está relacionado à disponibilidade dos profissionais que preencham os critérios para ser peritos⁶³, fizeram parte da amostra deste estudo 35 enfermeiros peritos que prestavam assistência a pacientes oncológicos nas Unidades de Internação Clínica, Cirúrgica, Unidade de Ambiente Protegido, Unidade de Quimioterapia Ambulatorial e Radioterapia, pertencentes aos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite).

4.5 Critérios de Inclusão

Os critérios de seleção, utilizados neste estudo, foram adaptados do Modelo proposto por Fehring¹³, atendendo aos critérios descritos no Quadro 1, respectivamente com sua pontuação, somando pelo menos cinco pontos ao final. Estes critérios foram desenvolvidos especialmente para este estudo, de modo a incluir enfermeiros assistenciais que prestassem cuidado ao paciente oncológico e que tivessem experiência com a terminologia da NANDA-I.

É importante salientar que, para participar do estudo, os enfermeiros aceitaram responder o instrumento para coleta de dados e que o devolveram no período combinado, que variou de 24 horas a duas semanas.

Critérios	Pontuação
Ser doutor ou mestre.	3
Título de especialista em Enfermagem Oncológica, adquirido junto à Sociedade Brasileira em Enfermagem Oncológica (SBEO).	3
Especialização e/ou Residência em Enfermagem Oncológica.	3
Utilização da terminologia diagnóstica da NANDA-I na prática clínica.	3
Prática clínica atual mínima de um ano com pacientes oncológicos.	2
Pesquisas ou artigos publicados sobre SAE, DE ou oncologia.	2
Resumos publicados sobre SAE, DE ou oncologia	1
Participação em cursos ou congressos, referentes à SAE, DE ou oncologia, com carga mínima de 4 horas.	1

Quadro 1 – Critérios utilizados para seleção de enfermeiros peritos neste estudo. Porto Alegre, 2010

As enfermeiras oncológicas poderão receber o título de especialista em oncologia fornecido pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica (SBEO) através de prova de títulos e prova escrita⁶⁵.

4.6 Critérios de Exclusão

Foram excluídos os peritos que não devolveram o questionário preenchido durante o período de coleta de dados e aqueles que o devolveram incompletos.

4.7 Método de Coleta de Dados

Os dados foram coletados entre abril e agosto de 2010. Os participantes foram convidados, pela pesquisadora, a participar do estudo através de visitas periódicas às unidades. Após o aceite, os mesmos receberam o instrumento para coleta de dados (APÊNDICE B), sendo combinada uma data para devolução, conforme disponibilidade do enfermeiro em responder ao questionário.

O instrumento para coleta dados foi subdividido em quatro partes:

- a primeira, contendo a apresentação da pesquisa, seus objetivos, aspectos éticos e orientação para preenchimento;
- na segunda parte, os sujeitos deveriam preencher seus dados pessoais com informações referentes aos critérios já estabelecidos para a seleção de peritos.
- a terceira apresenta a descrição do DE Fadiga;
- e, por fim, uma escala tipo Likert, contendo as 19 CDs do diagnóstico estudado descritas pela NANDA-I³ e uma CD acrescentada após revisão da literatura, suas definições conceituais e espaço para atribuição de valor correspondente a cada uma delas (de 1 a 5, conforme julgamento dos peritos).

4.8 Variáveis do Estudo

Este estudo tem como variáveis:

- **Características Definidoras do DE Fadiga** – Descritas no instrumento de coleta de dados, com suas respectivas definições conceituais, de modo que o enfermeiro perito atribuisse um valor de 1 a 5, do menos característico ao mais característico para os pacientes oncológicos.

- **Local de Trabalho** – Indica a unidade ou serviço em que o enfermeiro trabalha.
- **Nível de Instrução** – Critério de seleção para peritos; indica qual a formação que o perito possui (graduação, especialização, mestrado ou doutorado), além da área em que foi realizada a formação.
- **Curso de pós-graduação em andamento** - critério de seleção para peritos; Considerou-se como especialista aquele que indicou ter completado o curso de especialização em enfermagem oncológica, ou que tenha completado carga horária superior a 50%.
- **Título de Especialista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica** – Critério de seleção para peritos. O enfermeiro pode adquirir esse título através de prova escrita e de títulos.
- **Trabalho final referente à maior pontuação** - Critério para seleção de peritos. Considerou-se trabalhos na área da enfermagem oncológica e sistematização da assistência de enfermagem.
- **Pesquisa realizada e publicada** - critério para seleção de peritos. Aponta se o participante realizou pesquisa envolvendo a área oncológica ou a SAE.
- **Artigo ou resumo publicado** – Critério para seleção de peritos. Descreve as publicações ou resumos que cada perito possui.
- **Área de atuação** - Descreve se o enfermeiro atua na área clínica, cirúrgica ou outra.
- **Tempo de atuação na assistência** - Critério de seleção de peritos. Mostra o tempo que o enfermeiro tem de experiência clínica.
- **Utilização do Processo de Enfermagem** - Nestes itens, sobre a utilização do PE, o enfermeiro pontua se conhece o PE, há quanto tempo o utiliza e quais etapas ele desenvolve.

- **Conhecimento sobre a Terminologia da NANDA-I e sua utilização** – Critério para seleção de peritos. Nestes itens, o enfermeiro indica se conhece a terminologia diagnóstica da NANDA-I e se faz uso dela na sua prática clínica.
- **Participação em curso referente a SAE** - Critério de seleção de peritos. Mostra se os enfermeiros participaram de algum curso de aperfeiçoamento ou treinamento sobre a SAE ou DE. Neste item, também se considerou a participação dos enfermeiros no Grupo de Trabalho do Diagnóstico de Enfermagem (GTDE).

4.9 *Método de Análise de Dados*

Para variáveis relacionadas aos dados pessoais dos sujeitos, foi utilizada estatística descritiva, através de freqüências e médias. Para a análise das CDs, foi calculada a média ponderada das notas, atribuídas pelos enfermeiros, para cada característica definidora, conforme a metodologia sugerida por Fehring¹³, em que se consideram os seguintes valores referentes à escala Likert: 1=0; 2= 0,25; 3= 0.50; 4= 0,75; 5=1. Esta etapa faz parte do primeiro dos cinco passos sugeridos por Fehring¹³ para análise dos dados.

Já no segundo passo, que é considerado opcional, consiste na utilização da técnica Delphi, com rodadas repetidas de questionários, para se obter o consenso de um grupo de enfermeiras peritas acerca das CD do DE estudado².

No terceiro passo, calculam-se as médias ponderadas das notas atribuídas para cada uma das CD. No quarto passo, descartam-se as CD com médias ponderadas inferiores a 0,50. No quinto passo, as CD com médias entre 0,80 e 0,50 serão consideradas como indicadores secundários, são características que oferecem uma evidência secundária, de apoio do diagnóstico⁴⁷.

* Neste estudo, devido ao período em que será realizado, não será utilizado o segundo passo.

Enfim, as com média ponderada igual ou superior a 0,80 serão considerados como indicadores principais, ou seja, características que devem estar presentes para validar o diagnóstico, afirmando que o diagnóstico realmente existe⁴⁷.

A seguir, um escore VCD total será obtido por meio da soma dos escores individuais e divisão pelo número total de CDs do diagnóstico, excluindo-se as com média ponderada < 0.50 ¹³.

Para tratamento dos dados, foram utilizados os programas Microsoft Office Excel 2003 e o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), Windows, versão 14.0.

4.10 Considerações Bioéticas

Para a realização deste estudo, todos os aspectos éticos e legais de pesquisa com seres humanos foram contemplados, conforme Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde⁶⁶, sendo aprovado pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (ANEXO 1) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG/HCPA), sob nº 100026 (ANEXO 2). Deu-se início à coleta de dados somente após aprovação destes comitês.

Os participantes que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). A pesquisadora ficou disponível para o esclarecimento de qualquer dúvida em relação ao instrumento e à pesquisa, deixando os participantes à vontade para que, se houvesse algum desconforto em responder ao instrumento de pesquisa, o mesmo pudesse desistir do estudo a qualquer momento.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise e a discussão dos resultados serão apresentadas em duas etapas: a primeira descreverá o perfil da amostra estudada e a segunda apresentará as características definidoras.

5.1 Perfil da amostra

Fizeram parte deste estudo 35 enfermeiros peritos, os quais pertenciam ao sexo feminino e prestavam assistência a pacientes oncológicos nas Unidades de Internação Clínica e Cirúrgica; Unidades de Quimioterapia Ambulatorial e Radioterapia, e Unidade de Transplante de Células Tronco-Hematopoéticas, nos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite).

O fato de serem incluídos apenas peritos do sexo feminino deu-se meramente ao acaso, uma vez que há enfermeiros do sexo masculino trabalhando nas Unidades pesquisadas, mas por critérios deste estudo, não foram selecionados.

O número de peritos ficou menor em relação ao sugerido por Fehring devido a não devolução de vários questionários entregues aos enfermeiros no período de coleta de dados, fato este que não influenciou os resultados finais, uma vez que a opinião dos peritos quanto às características definidoras foi uniforme.

Amostras pequenas de peritos são comuns em estudos de validação, como o realizado com o DE troca de gases prejudicada em adultos no atendimento de emergência, no qual os pesquisadores utilizaram a opinião de 11 peritos também selecionados com critérios adaptados do modelo de Fehring⁴.

Outro estudo, que contou com a opinião de 32 peritos, realizou a validação dos DEs disfunção sexual e padrões de sexualidades ineficazes. Neste estudo, também foi realizada a validação clínica com 20 pacientes⁶⁷.

Estes estudos confirmam que, se os critérios para seleção dos peritos forem adequados ao estudo, selecionando-se uma amostra simétrica, o número de peritos não apresentará tanta influência na validação das características definidoras, uma vez que eles terão opinião semelhante.

O que nos permitiu incluir enfermeiras que atuassem em Unidades de Internação Clínica e Cirúrgica foi a alta incidência de câncer na população, uma vez que é comum encontrar pacientes oncológicos, nestas unidades, em tratamento cirúrgico por alterações clínicas, ou mesmo por estar em processo de terminalidade. Dos peritos selecionados, 45,7% informaram trabalhar em Unidade de Internação Clínica ou Cirúrgica.

Quanto à experiência com a terminologia diagnóstica da NANDA –I e experiência clínica com pacientes oncológicos de no mínimo um ano, todos os peritos confirmaram tê-las, conforme as exigências estabelecidas anteriormente para ser perito. Deve-se salientar que o processo de enfermagem está implementado na Instituição, onde se realizou este estudo, desde a década de 80, tendo, como base teórica, a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta⁶⁸.

Atualmente, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) tem informatizado as seguintes etapas do Processo de Enfermagem: anamnese e exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e evolução. As enfermeiras, que ingressam no quadro funcional da Instituição, participam de um curso introdutório sobre o PE informatizado.

As tabelas a seguir descrevem o perfil da amostra.

Tabela 1 – Perfil das peritas da Pesquisa de Validação de Conteúdo das Características Definidoras do DE Fadiga quanto à titulação.

Variáveis	f	%
<i>Titulação</i>		
<i>Graduação</i>	9	25,7
<i>Especialista em Enfermagem Oncológica e Especialista com Título pela SBEO</i>	8	22,8
<i>Especialista em outras áreas</i>	12	34,3
<i>Mestre</i>	6	17,1
<i>Total</i>	35	100

Fonte: Silva, PO. Pesquisa direta. Porto Alegre, 2010

Dos peritos que apresentaram titulação de mestre, faziam parte da amostra 17,1%. Havia dois peritos que estavam cursando mestrado. Quanto ao curso de especialização em enfermagem oncológica, 22,8% dos peritos realizaram-no. Observa-se, no cenário atual, o crescimento da atuação do enfermeiro em oncologia, visto o aprimoramento e as novas propostas de tratamentos oncológicos.

A história da enfermagem oncológica brasileira iniciou-se em 1983 em uma reunião realizada por enfermeiras da área oncológica, que gerou um processo de organização em nível nacional e que acabou gerando, em 1984, a criação da Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica do Estado de São Paulo (SEOSP)⁶⁹.

Com título de especialista em enfermagem oncológica, fornecido pela SBEO, identificou-se quatro peritos, ou seja, 11,4%. A SBEO foi fundada em 1888 e caracteriza-se como uma entidade sem fins lucrativos. O título, fornecido pela SBEO, é adquirido através de prova de títulos e prova escrita⁶⁵. Salienta-se que estes peritos também haviam realizado o curso de especialização em enfermagem oncológica.

Alguns peritos (34,3%) relataram ser especialistas em outras áreas como Saúde Pública, Auditoria em Serviços de Saúde, Terapia Intensiva e Administração em Serviços da Saúde. A busca por conhecimento faz com que as especializações sejam uma alternativa para o aperfeiçoamento profissional, num mercado altamente competitivo. Além de que, é necessário aos enfermeiros, que atuam em serviços de saúde, buscar um saber científico que subsidie a prática assistencial⁷⁰.

Tabela 2 – Perfil dos participantes da pesquisa de Validação de Conteúdo das Características Definidoras do DE Fadiga quanto a pesquisas realizadas, artigos publicados, resumos e participação em cursos sobre a SAE.

Variável	f	%
Pesquisas, artigos publicados sobre a SAE, DE ou oncologia	4	11,4
Resumos publicados sobre a SAE, DE e oncologia	3	8,6
Participação em cursos sobre a SAE	21	60
Não informaram	7	20
Total	35	100

Fonte: Silva, PO. Pesquisa direta. Porto Alegre, 2010.

A publicação de pesquisas e artigos sobre SAE, DE ou oncologia estiveram presentes no relato de quatro peritos (11,4%) essa escassez na produção científica dos peritos também foi observada durante a validação em estudo realizado para validação de conteúdo do DE conflito de papeis em uma unidade de neonatologia⁷¹.

Fato esse pode ser atribuído à dificuldade dos enfermeiros assistenciais em realizar pesquisas ou mesmo em publicá-las. O cotidiano do enfermeiro está repleto de situações que gerariam excelentes estudos, contudo, muitas vezes, não há incentivo adequado para este ser produzido.

A maioria dos peritos (60%) já haviam realizados cursos ou participado de congressos sobre SAE, DE ou oncologia. Nesta variável, também foi contemplada a participação no Grupo de Trabalho de Diagnóstico de Enfermagem – GTDE, que atualmente é conhecido como Comissão do Processo de Enfermagem (COPE). Esta é responsável pelos treinamentos para os enfermeiros que ingressam na Instituição, assim como a realização de estudos sobre Diagnósticos de Enfermagem.

O período de experiência clínica variou de um ano até trinta anos, de acordo com a tabela 3.

Tabela 3 – Experiência clínica dos peritos em anos.

Experiência clínica em anos	f	%
1-5	9	25,7
6-10	6	17,1
11-15	6	17,1
16-20	4	11,4
21-25	8	22,8
26-30	2	5,7
Total	35	100

Fonte: Silva, PO. Pesquisa direta. Porto Alegre, 2010.

Observa-se que a maior concentração de peritos ocorreu no período de 1 a 5 anos de experiência, com 25,7%. Os peritos com experiência clínica entre 21 e 25 anos obtiveram a segunda maior concentração, com 22,8%. Alguns autores reforçam que, quanto maior a experiência clínica do enfermeiro em determinada área, mais perito ele será⁴⁷.

Em relação à pontuação, todos os peritos obtiveram um mínimo de cinco pontos de acordo com os critérios já apresentados para seleção dos mesmos. Podemos observar que o escore total variou entre 5 e 14 pontos, com média de 7,3

pontos e desvio padrão de 2,5, entre os 35 peritos deste estudo. Na tabela 4, pode-se observar a distribuição dos pontos entre os peritos.

Tabela 4 - Pontuação dos peritos de acordo com os critérios estabelecidos.

Pontuação	f	%
De 5 a 8 pontos	25	71,4
De 9 a 11 pontos	6	17,1
De 12 a 14 pontos	4	11,4
Total	35	100

Fonte: Silva, PO. Pesquisa direta. Porto Alegre, 2010.

De acordo com o exposto acima, a maior concentração de peritas (71,4%) ficou entre os cinco e oito pontos, com predominância de seis pontos (31,4%). Alguns pesquisadores obtiveram resultado semelhante num estudo de validação que objetivou validar os diagnósticos de enfermagem Disfunção Sexual e Padrões de Sexualidade Ineficazes. Neste estudo, os peritos foram divididos em dois grupos, sendo que ambos tinham experiência com os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA, mas num deles, os peritos tinha mais experiência com Sexualidade Humana. O escore deste grupo variou entre sete e doze pontos. O outro grupo, em que os peritos tinham menos experiência com Sexualidade Humana, apresentou o escore que variou entre seis e oito⁶⁷.

Estes dados evidenciam que a amostra deste estudo valorizou tanto o profissional que tinha experiência clínica com pacientes oncológicos e com a terminologia diagnóstica da NANDA-I quanto aqueles que buscam aprimorar seus conhecimentos através de cursos de pós-graduação, realização de pesquisas e publicação de artigos.

5.2 Categorização das Características Definidoras

Foi realizada a validação de conteúdo de 19 características definidoras descritas pela NANDA-I, correspondentes ao DE Fadiga. A estas foi acrescentada uma característica definidora identificada na revisão de literatura.

De acordo com a opinião dos peritos, não foram identificados indicadores principais deste diagnóstico (média ponderada $\geq 0,80$). Esses indicadores seriam a evidência de que o DE Fadiga está adequado. Podemos atribuir esse resultado a subjetividade que permeia as características definidoras deste diagnóstico³⁰. Além disso, o ponto de corte (0,80) pode não estar adequado para a avaliação dos indicadores principais, sendo considerado alto para a validação destes.

Outro fato que pode ter contribuído para este resultado, está relacionado à titulação dos peritos que fizeram a validação. Apenas 22,8% dos peritos eram especialistas em enfermagem oncológica.

No que tange aos indicadores secundários, 15 características definidoras (média ponderada $< 0,80$ e $> 0,50$) foram identificadas como tal, conforme a tabela 5.

Tabela 5 – Média ponderada das características definidoras do DE Fadiga, segundo julgamento dos peritos, identificadas como indicadores secundários.

Características Definidoras	Média Ponderada
Incapacidade em manter o nível habitual de atividade física	0,79
Aumento das queixas físicas	0,74
Falta de energia	0,74
Incapacidade em restaurar as energias mesmo após o sono	0,74
Incapacidade em manter as rotinas habituais	0,73
Introspecção	0,73
Desempenho diminuído	0,72
Necessidade percebida de energia adicional para realizar tarefas de rotina	0,70
Cansaço	0,69
Libido comprometida	0,69
Verbalização de uma constante falta de energia	0,66
Aumento das Necessidades de Repouso	0,65
Sentimentos de culpa por não cumprir com suas responsabilidades	0,63
Sonolento	0,61
Verbalização de uma opressiva falta de energia	0,54

Fonte: Silva, PO. Pesquisa direta. Porto Alegre, 2010.

A característica definidora **Aumento das Necessidades de Repouso** (0,65) pode ser atribuída à diminuição da energia sentida pelo paciente com fadiga . Esta

CD também foi validada em mulheres saudáveis no Centro-Oeste dos Estados Unidos⁴⁸.

Identifica-se, ainda, que a necessidade de repouso frequente também foi encontrada num grupo de dez mulheres que estavam realizando tratamento quimioterápico em uma clínica nos Estados Unidos. Nos relatos destas mulheres, a necessidade frequente em sentar-se ou deitar-se vai além do desejo normal em fazê-los, o que sinaliza algo de errado, podendo influenciar na severidade da Fadiga⁷².

Em relação à CD **Aumento das queixas físicas**, é identificada com frequência em pacientes com fadiga^{24,73,74}, porém não foi validada em mulheres saudáveis moradoras de uma cidade no Centro-Oeste dos Estados Unidos juntamente com a CD **Sentimentos de culpa por não cumprir com suas responsabilidades**⁴⁸, diferentemente dos resultados obtidos nesta pesquisa, os quais validam estas CD's com os respectivos escores 0,74 e 0,63.

As queixas físicas são descritas, em alguns casos, como dores nas pernas e uma sensação semelhante ao resfriado, assim como fraqueza muscular^{24,73,74}. Em pacientes laringectomizados com fadiga, as queixas físicas podem ser associadas aos sintomas de mal-estar descritos através de relatos como rigidez nos ombros, falta de ar, sede, voz rouca, dor de cabeça, tonturas, tremores nas pálpebras e ombros⁵⁸.

Quanto a CD **Sentimentos de culpa por não cumprir com suas responsabilidades**, pode a mesma estar associada às limitações sociais que a Fadiga impõe tais como a dificuldade para trabalhar, parar de trabalhar precocemente ou mesmo aposentar-se, assim como realizar as atividades domésticas^{75,76}. Cerca de 90% dos pacientes concordam que a fadiga contribui para os sentimentos de perda de controle²⁷.

Esses sentimentos surgem principalmente quando a pessoa, acometida pelo câncer, perde o papel central da família, aquele que mantém a família organizada, seja financeira ou afetivamente⁷⁶.

O **Cansaço** (0,69) e a **Falta de energia** (0,74) são características definidoras que apresentam um vínculo estreito. Ambas são frequentemente relatadas por

pacientes com fadiga, sendo consideradas, até mesmo, como sinônimos. A fadiga relacionada ao câncer é descrita, pelos pacientes, como cansaço extremo⁷².

O cansaço físico, emocional e cognitivo também é apresentado pela *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) como definição para a fadiga do paciente oncológico²⁹. Alguns autores acreditam que o cansaço é um estágio que precede a fadiga⁵⁹. O cansaço também pode ser o sinal de alerta para o paciente que está com fadiga⁷⁷.

Já a falta de energia é visível nos pacientes com fadiga num nível que pode chegar à exaustão⁷². Pode-se entender a angústia que causa essa falta súbita de energia através de relatos de pacientes, os quais descrevem que sentem como se suas energias tivessem sido levadas para fora de seus corpos.

O **desempenho diminuído** (0,72) é um sintoma subjetivo relacionado à motivação ou ao prejuízo cognitivo que a fadiga pode gerar⁷⁸. Pode ser caracterizado pelas dificuldades que os pacientes com fadiga encontram para manter seus empregos ou mesmo suas atividades rotineiras como cozinhar, limpar a casa, sendo necessário contratar alguém para fazê-las^{25,27}.

Cerca de três – quartos dos 301 pacientes com câncer, que participaram de um estudo, relataram faltar um ou mais dias nos seus empregos²⁷ por causa da fadiga. Nota-se que os homens são mais suscetíveis a parar de trabalhar devido à fadiga. De 177 pacientes que estavam trabalhando, 43% destes eram homens²⁵.

As atividades de vida diária como caminhar, realizar exercícios, limpar a casa, cozinhar e até mesmo comer podem tornar-se grandes desafios para os pacientes com fadiga²⁷. A CD **Incapacidade em manter as rotinas habituais** (0,73) e **Incapacidade em manter o nível habitual de atividade física** (0,79) representa essa dificuldade encontrada por tais pessoas, influenciando diretamente na qualidade de vida delas.

Já a CD **Necessidade percebida de energia adicional para realizar tarefas de rotina** (0,70) torna visível a falta de energia para aquele que a sente, uma vez que se vê incapaz de continuar realizando suas tarefas que, antes, realizava.

As alterações no padrão do sono de pessoas acometidas por neoplasias com fadiga são comuns. A qualidade do sono pode ser verificada quantitativamente através de elementos como a duração do sono (minutos ou horas), tempo até adormecer, número de despertares, entre outros⁷⁹.

O paciente com fadiga relata sentir-se cansado mesmo após uma noite de sono⁸⁰. A CD ***Incapacidade em restaurar as energias após o sono*** (0,74) define essa situação claramente, tornando-se elemento importante na detecção da fadiga.

Uma CD, relacionada a esta última, é ***Sonolento*** (0,61). Alguns pacientes referem apresentar insônia durante a noite, causada, em alguns casos, pelo medo de dormir e não acordar, fato esse que não acontece durante o dia, levando-os a dormir mais neste período⁸⁰.

A ***Introspecção*** (0,73) pode estar relacionada à tentativa de conciliar o corpo com a mente, uma vez que a mente quer fazer as coisas, mas o corpo não quer. Pacientes com fadiga apresentam esta dificuldade e entram em conflito muitas vezes por não conseguir fazer aquilo que querem, ou mesmo o que estavam acostumados a fazer antes da doença.

A sexualidade do indivíduo com câncer já fica afetada muitas vezes pelo próprio tratamento que causa mutilações. Contudo, o indivíduo, que experiencia a fadiga, apresenta dificuldades em manter intimidades com a pessoa amada. Sendo assim, a CD ***Libido comprometida*** (0,69) torna-se um elemento importante para a identificação da fadiga.

As CDs ***Verbalização de uma constante falta de energia*** (0,66) e ***Verbalização de uma opressiva falta de energia*** (0,54) trazem a questão da subjetividade da fadiga uma vez que são CD baseadas nos relatos dos pacientes. Contudo, esta verbalização é identificada como deficiente quando relacionada ao profissional de saúde. No entanto, mesmo acontecendo a verbalização de algo tão característico como a falta de energia, a fadiga não é identificada e avaliada adequadamente por profissionais de saúde⁷⁵.

Foram excluídas quatro características definidoras (média ponderada <0,50), de acordo com a tabela 6.

Tabela 6 - Média ponderada das características definidoras do DE Fadiga que foram excluídas, segundo julgamento dos peritos.

Características Definidoras	Média Ponderada
Desinteresse quanto ao ambiente que o cerca	0,49
Letárgico	0,49
Concentração comprometida	0,48
Desatento	0,42

Fonte: Silva, PO. Pesquisa direta. Porto Alegre, 2010.

Dentre as CDs excluídas, a **Concentração comprometida** (0,48) é apontada, em alguns estudos^{25,27,72,80}, como sendo frequente em pacientes com fadiga, mas pelo fato do paciente encontrar-se num ambiente hospitalar, essa característica não é identificada com frequência, conforme a opinião dos peritos.

Contudo, num estudo realizado com pacientes em tratamento quimioterápico, a dificuldade para concentração permaneceu por mais de dois anos após terem realizado o tratamento, tornando-se um sintoma mais comum do que em relação aos pacientes que realizaram em menos tempo²⁷. Outro estudo, com 301 pacientes oncológicos em tratamento com quimioterapia e/ou radioterapia, identificou 36% da amostra com problemas de concentração²⁵.

Embora a CD **desatento** tenha obtido uma média ponderada de 0,42 e sido excluída, alguns autores afirmaram que a diminuição na capacidade em direcionar atenção para algo ou alguém é característico no paciente com fadiga⁷⁷.

Outra CD que é apontada na literatura e que foi excluída é **Desinteresse quanto ao ambiente que o cerca** (média ponderada 0,49). A diminuição de interesse ou motivação esteve presente em 62% de uma amostra de 301 pacientes que relataram fadiga²⁵. Podemos entender esse desinteresse como sendo generalizado, e não apenas relacionado ao ambiente.

Quanto à CD **letárgico** (média ponderada 0,49) não foi considerada como característica do DE Fadiga segundo a opinião dos peritos. Como já descrito anteriormente, letárgico pode ser definido como uma pessoa que apresenta um estado patológico, caracterizado por sono profundo, semelhante à morte, porém sem interromper as funções vitais^{52,53}.

Já a característica definidora **Interação Social Prejudicada**, que foi sugerida após revisão da literatura, foi validada como indicador secundário (média ponderada 0,71), conforme mostra tabela 7.

Tabela 7 - Média ponderada da característica definidora do DE Fadiga incluída, segundo julgamento das peritas.

Característica Definidora	Média Ponderada
Interação Social Prejudicada	0,71

Fonte: Silva, PO. Pesquisa direta. Porto Alegre, 2010.

Alguns estudos apontam a dificuldade de interação social dos pacientes com fadiga, como ir até o shopping, ir até um restaurante, brincar com os filhos, ficar com os amigos, ou mesmo aproveitar a vida naquele momento^{25,80}. O cansaço extremo experienciado por estes pacientes ou a falta de energia são razões que os impedem de realizar estas atividades. Devido a isso, foi sugerida a CD Interação social prejudicada que obteve média ponderada entre as peritas de 0,71, sendo selecionada como indicador secundário do DE Fadiga no paciente oncológico.

Pode-se observar a interação social prejudicada nos pacientes com fadiga num estudo realizado com 379 pacientes recebendo tratamento quimioterápico apenas ou associado ao radioterápico, com o objetivo de avaliar a duração da fadiga e o impacto econômico/ocupacional da fadiga em pacientes e cuidadores. Os resultados mostraram que 57% apresentam dificuldade em ir até o shopping durante os episódios de fadiga, 35% relataram dificuldade em ir até um restaurante, 37% apresentam dificuldade em manter relacionamentos e 35% referem dificuldade em passar algum tempo com seus amigos²⁵.

O VCD total encontrado foi de 0,69. Das CDs do DE Fadiga, propostas pela NANDA-I, juntamente com a CD indicada neste estudo, 55% (11 CD's) obtiveram escore acima do VCD total, o que indica que a maioria das CDs são relevantes para diagnosticar o DE Fadiga no paciente oncológico⁴⁹.

Como sugestões, cinco peritos citaram as seguintes características definidoras: **dispnéia, estado depressivo, desânimo, pesar e medo da morte**.

A **dispnéia** é caracterizada pela dificuldade em respirar⁵³. Este sintoma pode estar associado à fadiga como mostra o estudo realizado no Japão com pacientes em cuidados paliativos, no qual foi identificado que a dispneia está significativamente correlacionada à fadiga⁸¹. Contudo, não há estudos que descrevam a dispnéia como sintoma da fadiga no paciente oncológico.

O **estado depressivo** é caracterizado pela diminuição da potência intelectual, fazendo com que o indivíduo não consiga concentrar-se nem coordenar as idéias⁵⁴. A fadiga está acompanhada, muitas vezes, por distúrbios de humor, sendo a depressão considerada um preditivo de fadiga⁸².

Alguns estudos mostram que o humor depressivo pode estar relacionado à fadiga e pode também influenciar no tratamento para o câncer^{80,82}. Um estudo foi realizado com 179 pacientes, com os objetivos de estabelecer como os pacientes relatam a fadiga severa depois de receber o tratamento e investigar quais os fatores influenciam a severidade da fadiga após o tratamento. E, neste estudo, eles identificaram como um dos fatores que influenciam a severidade da fadiga, o humor depressivo⁸⁰.

O **Pesar**, característica definidora também sugerida pelos peritos, está relacionado com o sentimento de tristeza⁵⁵, e pode estar associada ao humor depressivo, uma vez que ambos descrevem o sentimento de tristeza vivenciado pelo paciente com câncer, mas em diferentes níveis.

Também sendo descrito como um Diagnóstico de Enfermagem, o Pesar é definido pela NANDA-I como “um processo normal complexo que inclui respostas e comportamentos físicos, espirituais, sociais e intelectuais, por meio dos quais indivíduos, famílias e comunidades incorporam uma perda real, antecipada ou percebida às suas vidas diárias”^{3:288}.

Já o **desânimo** pode ser caracterizado como o estado de quem se mostra desanimado ou desestimulado⁵⁶. Os pacientes, que experienciam a fadiga, relatam muitas vezes se sentirem desanimados por não conseguirem realizar suas tarefas, conforme relato de uma paciente num estudo fenomenológico. Ela referiu que seu corpo a “deixava para baixo” e, muitas vezes, sentia-se irritada e frustrada por não conseguir fazer o que queria fazer⁷².

E por fim, o **medo da morte** é o sentimento que causa grande inquietação pela possibilidade de interrupção definitiva da vida^{55,56}. Muitas vezes, o diagnóstico de câncer vem acompanhado por indícios de morte e, com ela, o medo de que o fim esteja realmente próximo⁸³.

Observa-se que a fadiga tem maior prevalência e duração em pacientes com doenças terminais, sendo mais intensa à medida que a morte se aproxima⁹. Com isso, pode-se constatar que o medo da morte assim como a terminalidade podem estar relacionadas à fadiga, uma vez que o doente com fadiga severa frequentemente acha que a doença está se agravando, o que geraria o medo da morte.

Sendo assim, as características definidoras, sugeridas pelas peritas, encontram-se de certo modo relacionadas com a fadiga no paciente oncológico. Contudo, é necessário promover mais estudos sobre esta relação, de modo que estas características possam ser acrescentadas às demais para identificação do DE Fadiga no paciente oncológico.

6 CONCLUSÕES

Este estudo teve como objetivo, validar o conteúdo das Características Definidoras do Diagnóstico de Enfermagem Fadiga, descritas pela NANDA-I, em pacientes adultos oncológicos, através das opiniões de enfermeiros peritos com experiência no atendimento a pacientes oncológicos.

A escolha de validar o DE Fadiga na população oncológica deu-se pela razão de que a Fadiga é um evento adverso que tem atingido, com frequência, estes pacientes, além de ser debilitante, influenciando na qualidade de vida do doente oncológico. E, a carência de estudos brasileiros sobre esta temática pode estar relacionada com a dificuldade em identificar a Fadiga.

Sendo assim, foi realizada a validação de conteúdo das 19 características definidoras, pertencentes à NANDA-I, e uma característica identificada na revisão da literatura.

Para realizar a validação de conteúdo, utilizou-se a metodologia proposta por Fehring, publicada na década de 1980 e que, até hoje, é a mais utilizada em estudos que envolvam validação de diagnósticos de enfermagem.

Então, para validar as características definidoras, 35 enfermeiros peritos foram selecionados de acordo com critérios pré-estabelecidos, os quais valorizaram, principalmente, a experiência clínica dos enfermeiros com pacientes oncológicos e a utilização da terminologia diagnóstica da NANDA-I no seu cotidiano.

Segundo a opinião dos peritos, não foram identificados indicadores principais. Tal fato pode ser atribuído à dificuldade na identificação do DE Fadiga, a qual se baseia, principalmente, no discurso do paciente. Essa subjetividade do DE Fadiga pode confundir-lo com outros diagnósticos uma vez que o próprio paciente, pela situação que está vivenciando, apresenta dificuldades em expressar o que está sentindo.

Além da subjetividade, o valor que define as CDs em indicadores principais, já pré-estabelecido no modelo metodológico utilizado, pode estar muito elevado, o que excluiria CDs importantes para a definição do DE Fadiga.

Outro fator, que pode estar relacionado com esse resultado, é o ambiente hospitalar. Acredita-se que outras características definidoras poderiam ser identificadas mais facilmente, se relacionadas ao ambiente doméstico, pois é, neste ambiente, que a pessoa realiza suas atividades e, caso houver alguma alteração nelas, tanto o paciente quanto o enfermeiro poderá identificá-las.

Já, como indicadores secundários, foram identificadas 15 características definidoras com médias ponderadas que variam de 0,54 a 0,79. Quanto às características definidoras excluídas, quatro, conforme as opiniões dos peritos, não auxiliam na identificação do DE Fadiga, dentre elas: Concentração comprometida, Desatento, Desinteresse quanto ao ambiente que o cerca e Letárgico. Estas CDs obtiveram média ponderada inferior a 0,50.

Já a característica definidora sugerida, Interação Social Prejudicada, foi validada como indicador secundário, com média ponderada de 0,71. Este valor mostra que os peritos consideram que esta característica está relacionada ao DE Fadiga. Sendo assim, sugere-se a inclusão desta característica às pertencentes da NANDA-I, uma vez que, além de ter sido identificada, na literatura, como frequente em pacientes oncológicos com Fadiga, foi validada pelos peritos deste estudo.

O escore VCD total foi 0,69 o qual mostra que mais da metade das características definidoras do DE Fadiga obtiveram escore igual ou maior a esse demonstrando que a maioria das CDs do DE Fadiga estão relacionadas ao paciente oncológico e são relevantes para a sua identificação. As CDs que obtiveram escore igual ou acima de 0,69 foram: cansaço, libido comprometida, necessidade percebida de energia adicional para realizar as tarefas de rotina, desempenho diminuído, incapacidade em manter as rotinas habituais, introspecção, aumento das queixas físicas, falta de energia, incapacidade em restaurar as energias mesmo após o sono, incapacidade em manter o nível habitual de atividade física e, a CD validada neste estudo, interação social prejudicada.

Os peritos também sugeriram quatro características definidoras: dispnéia, estado depressivo, desânimo, pesar e medo da morte. Estas características sugeridas devem ser estudadas numa nova validação.

Uma limitação deste estudo foi o curto tempo em que o mesmo teve de ser realizado, o que impossibilitou a utilização da técnica Delphi. Contudo, deve salientar-se a dificuldade que enfermeiros assistenciais têm em participar de estudos. Os mesmos relatam que a demanda de trabalho torna difícil a participação e o número excessivo de instrumentos, que respondem diariamente para outros estudos, os desmotivam. Outro fator limitante foi a amostra restringir em apenas uma Instituição.

Para continuidade deste estudo, sugere-se realizar a validade clínica deste diagnóstico em pacientes oncológicos que tenham a mesma neoplasia e o mesmo tratamento oncológico, conforme sugerido, também, pelos peritos, pois, segundo eles, a Fadiga, experienciada pelos pacientes, pode variar de acordo com o estágio do tratamento e, por isso, seria necessário um estudo mais específico.

Enfim, podemos observar que este estudo tem importância tanto para a enfermagem oncológica quanto às pesquisas com diagnósticos de enfermagem com ênfase no paciente oncológico, pois tornou evidente o DE Fadiga no cenário oncológico bem como contribuiu para que os enfermeiros assistenciais refletissem mais sobre este assunto.

REFERÊNCIAS

- 1 Cunha SMB da, Barros ALBL. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. Rev. bras. enferm. [periódico na Internet]. 2005 Out [citado 2011 Jan 21]; 58(5):568-572. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000500013&lng=pt. doi: 10.1590/S0034-71672005000500013.
- 2 Garcia TR. Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. Acta Paul. Enf., São Paulo, 1998; 11(3): 24-31.
- 3 NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações, 2009-2011. Porto Alegre: ARTMED, 2010.
- 4 Dalri MCB, Rossi LA, Cyrillo RMZ, Canini SRMS, Carvalho EC. Validação do diagnóstico troca de gases prejudicada em adultos no atendimento de emergência. Ciencia y Enfermeria 2008; 14 (1): 63-72.
- 5 Ministério da Saúde (BR). Estimativas de Câncer 2010. Brasília (DF): Instituto Nacional do Câncer; 2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/>. Acesso em: 14 fev 2011.
- 6 World Health Organization - WHO. Cancer. Fact sheet N°297, Geneva: Feb, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/print.html>. Acesso em: 14 jan 2011.
- 7 Ministério da Saúde (BR). Estimativas de Câncer 2008. Brasília (DF): Instituto Nacional do Câncer; 2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/>. Acesso em: 14 fev 2011.
- 8 Bonassa EMA. Enfermagem em terapêutica oncológica. 3.ed. São Paulo: Atheneu, 2005.
- 9 Mota DDCF, Pimenta CAM. Controle da Fadiga. In: Mota DDCF, Pimenta CAM, Cruz DALM. Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. Barueri: Manole, 2006. p.193-206.
- 10 Silva PO, Gorini MIPC. Nursing diagnosis of patients with colorectal neoplasia undergoing chemotherapy treatment – a qualitative research. Online Brazilian Journal of Nursing, 2008; 7(2). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1521/385>. Acesso em: 18 dez 2009.
- 11 Gorini MIPC, Silva PO, Chaves PL, Ercole JP, Cardoso BC. Registro do diagnóstico de enfermagem fadiga em prontuários de pacientes oncológicos. Acta paul. enferm. [serial on the Internet]. 2010 June [cited 2011 Feb 14];

- 23(3): 354-358. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000300007&lng=en. doi: 10.1590/S0103-21002010000300007.
- 12 Chaves ECL, Carvalho EC, Rossi LA. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2008;10(2):513-520. Disponível em:
<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a22.htm>. Acesso em: 21 dez 2009.
- 13 Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart & Lung*, 1987 nov; 16(6): 625-29.
- 14 Fehring RJ. Symposium of validation models: the Fehring model. In R.M. Carroll-Johnson & M. Paquete (Eds) *Classifications of nursing diagnosis: Proceedings of teeth conference of North American Nursing Diagnosis Association*. Philadelphia: Lippincott, 1994; 55-62.
- 15 Crossetti MGO. Fundamentos teóricos, filosóficos e legais: elementos essenciais para a aplicação da SAE. *Enfermagem Atual*, 2008; 43:45-49.
- 16 Gargiulo CA, Melo MCSC, Salimena AMO, Bara VMF, Souza IEO. Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. *Texto-contexto enferm*, Florianópolis, 2007 out-dez; 16(4): 696-702.
- 17 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 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. Disponível em:
<http://www.portalfcofen.gov.br/sitenovo/sites/default/files/RESOLUCAO3582009.doc>. Acesso em: 16 fev 2011.
- 18 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 272/2002. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.portalfcofen.gov.br/web/resoluca/r272.htm>. Acesso em: 16 fev 2011
- 19 Nóbrega MML, Silva KL. Fundamentos do cuidar em enfermagem. 2 ed., Belo Horizonte: ABEn, 2008/2009.
- 20 Farias JN, Nóbrega MML, Pérez VLAB, Coler MS. *Diagnósticos de Enfermagem. Uma abordagem Conceitual e Prática*. João Pessoa: Impressão das oficinas da gráfica Santa Marta; 1990.
- 21 Horta WA. *Processo de Enfermagem*. São Pulo: E.p.u, 1979.
- 22 Alfaro-Lefreve R. [Applying nursing process : a tool for critical thinking](#). 7 th ed., Philadelphia : Wolters Kluwer, 2010.
- 23 Crossetti MGO. Processo Diagnóstico na Enfermagem: condições para a tomada de decisão da enfermagem. *Enfermagem Atual*, 2008; 44: 45-50.

- 24 Ream E, Richardson A. Fatigue in patients with cancer and chronic obstructive airways disease: a phenomenological enquiry. *Int. J. Nurs. Stud.* 1997; 34(1): 44-53.
- 25 Curt GA, Breitbart W, Cella D, Groopman JE, Horning SJ, Itri LM *et al.* Impact of Cancer-Related Fatigue on the Lives of Patients: New Findings From the Fatigue Coalition. *The Oncologist* 2000;5:353-360.
- 26 Jean-Pierre P, Figueroa-Moseley CD, Kohli S, Fiscella K, Palesh OG, Morrow GR. Assessment of cancer-related fatigue: implications for clinical diagnosis and treatment. *The Oncologist*,2007;12(suppl 1):11-21.
- 27 Curt GA. The impact of fatigue on patients with cancer: Overview of Fatigue 1 and 2. *The Oncologist*, 2000;5(suppl 2): 9-12.
- 28 Schineider IJC, Lopes SMS, Furtado CMR. Fadiga. In: Guimarães JLM, Rosa DD. *Rotinas em Oncologia*. Porto Alegre: Artmed, 2008.p.811-16.
- 29 National Comprehensive Cancer Network (NCCN). *NCCN clinical practice guidelines in oncology: Cancer- related fatigue*.2009. Disponível em: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/fatigue.pdf. Acesso em 11 nov 2009.
- 30 Menezes MFB, Camargo TC. A fadiga relacionada ao câncer como temática na enfermagem oncológica. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2006 mai/jun; 14(3): 442-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 nov 2008.
- 31 Donovan HS, Ward S. Representations of Fatigue in Women Receiving Chemotherapy for Gynecologic Cancers. *Oncology Nursing Forum* 2005; 32(1): 113-116.
- 32 Farias JN, Nóbrega MML, Pérez VLAB, Coler MS. *Diagnósticos de Enfermagem. Uma abordagem Conceitual e Prática*. João Pessoa: Impressão das oficinas da gráfica Santa Marta; 1990.
- 33 Manrique FMC, Pedraza HMP. Prevalencia de diagnósticos de Enfermería en personas en tratamiento oncológico. *Investigación y Educación en Enfermería*, 2008 set; 26(2): 212-217.
- 34 Courtens AM, Abu-Saad HH. Nursing Diagnosis in Patients with Leukemia. *Nursing Diagnosis*, 1998 april/june; 9(2): 49-61.
- 35 Souza LM, Gorini MIPC. Diagnósticos de Enfermagem em Adultos com Leucemia Mielóide Aguda. *Ver Gaúcha Enferm* 2006 set;27(3):417-25.
- 36 Berger AM, VonEssen S, Kuhn BR, Piper BF, Farr L, Agrawal S, Lynch JC, Higginbotham P. Adherence, Sleep, and Fatigue Outcomes After Adjuvant Breast Cancer Chemotherapy: Results of a Feasibility Intervention Study. *Oncology Nursing Forum*, 2003; 30(3): 513-522.

- 37 Fossa BAJ, Marsiglia HR, Orecchia R. Radiotherapy-related fatigue. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 2002; 41: 317-325.
- 38 Iop A, Manfredi AM, Bonura S. Fatigue in cancer patients receiving chemotherapy: an analysis of published studies. *Annals of Oncology* , 2004 may; 15(5): 712-20. Disponível em: <<http://annonc.oxfordjournals.org/cgi/content/full/15/5/712>>. Acesso em: 20 nov 2008.
- 39 Given B. Cancer- related Fatigue: A brief overview of current nursing perspectives and experiences. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2008 oct; 12(5): 7-9.
- 40 Gonzalez J, Gorini MIPC. Fatigue of the Patient with Cancer: a systematic review. *Online Brazilian Journal of Nursing, North America*, 2008 ago; 7(2). Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1351/376>>. Acesso em: 17 nov 2008.
- 41 Vaz AF, Macedo DD, Montagnoli ETL, Lopes MHBM, Grion RC. Implementação do Processo de Enfermagem em uma Unidade de Radioterapia: elaboração de um instrumento de registro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serial on the Internet]. 2002 June [cited 2011 June 05] ; 10(3): 288-297. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000300004&lng=en. doi: 10.1590/S0104-11692002000300004.
- 42 Mota DCFM, Pimenta CAM. Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2002; 48(4): 577-583.
- 43 Mota DDCF, Pimenta CAM, Piper BF. Fatigue in Brazilian cancer patients, caregivers, and nursing students: a psychometric validation study of the Piper Fatigue Scale- Revised. *Support Care Cancer* 2009; 17: 645-652.
- 44 Mota DDCF, Pimenta CAM, Fitch MI. Pictograma de Fadiga: uma alternativa para avaliação da intensidade e impacto da fadiga. *Rev. esc. enferm. USP* [serial on the Internet]. 2009 Dec [cited 2011 Feb 16] ; 43(spe): 1080-1087. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500012&lng=en. doi: 10.1590/S0080-62342009000500012.
- 45 Cramp F, Daniel J. Ejercicio para el tratamiento de la fatiga relacionada con el cáncer en adultos. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2.
- 46 Weiszflog W. Michaelis. *Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. Ed Melhoramentos*, 2009. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>. Acesso em 23 dez 2009.

- 47 Galdeano LE, Rossi LA, Pelegrino FM. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente. *Acta Paul Enferm* 2008;21(4):549-55
- 48 Fu M, LeMone P, McDaniel RW, Bausler C. A Multivariate Validation of the Defining Characteristics of Fatigue. *Nursing Diagnosis* 2001 jan-mar; 12(1): 15-27.
- 49 Capellari C, Almeida MA. Nursing diagnosis Ineffective Protection: content validation in patients under hemodialysis. *Rev Gaucha Enferm* 2008 set;29(3): 415-22.
- 50 Bachion MM, Araújo LAO, Santana RF. Validação de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Mobilidade Física Prejudicada em Idosos: uma contribuição. *Acta Paul. Enf.* 2002; 15(4): 66-72.
- 51 Cooper HM. Scientific Guidelines for Conducting Integrative research Reviews. *Review of Educational Research.* 1982 Summer; 52(2): 291-302.
- 52 Guimaraes DT. Dicionário de Termos Médicos e de Enfermagem. 1 ed. São Paulo: Rideel,2002.
- 53 Silva CRL, Silva RCL. Dicionário de Saúde: compacto. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora,2004.
- 54 Costa FMV. Grande Dicionário de Enfermagem Atual. 3 ed. Rio de Janeiro: Revisão Editorial LTDA e RBE Editorial LTDA, 2000.
- 55 Ferreira ABH. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. 3.ed. Curitiba: Positivo, 2004.
- 56 Houaiss A, Villar MS, Franco FMM. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. 1 ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.
- 57 Pedroso ERP. Blackbook : clínica médica : medicamentos e rotinas médicas. Belo Horizonte: Blackbook, 2007.
- 58 Coelho FMR, Sawada NO. A fadiga nos pacientes com câncer de laringe. *Rev latino-am. Enfermagem, Ribeirão Preto* 1999 dez; 7(5): 103-107.
- 59 Olson K, Turner AR, Courneya KS, Field C, Man G, Cree M, Hanson J. Possible links between behavioral and physiological indexes of tiredness, fatigue, and exhaustion in advanced cancer. *Support Care Cancer*, 2008, 16:241-249.
- 60 Johnston MP, Coward DD. Cancer-Related Fatigue: Nursing Assessment and Management. *Advanced Journal Of Nursing*, 2001 April; supplement: 19-22.
- 61 Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

- 62 Headley JA, Ownby KK, John LD. The Effect of Seated Exercise on Fatigue and Quality of Life in Women with Advanced Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 2004; 31(5):977-983.
- 63 Carvalho EC, Mello AS, Napoleão AA, Bachion MM, Dalri MCB, Canini SRMS. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. *Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]*. 2008;10(1):235-240. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a22.htm>.
- 64 Hulley SB. *Delineando a pesquisa clínica : uma abordagem epidemiológica*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- 65 Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica (SBEO). Histórico. Disponível em: http://www.sbeonet.com.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=109&Itemid=105. Acesso em: 16 fev 2011
- 66 Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em: 20 nov 2008.
- 67 Melo AS, Carvalho EC, Haas VJ. Características definidoras validadas por especialistas e as manifestadas por pacientes. Estudo dos diagnósticos de enfermagem disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008 nov-dez; 16(6):951-8.
- 68 Crossetti MGO, Dias V. Utilização da classificação na prática e no ensino de enfermagem experiência brasileira. *Rev Bras. Enferm*. 2002 nov/dez; 55(6): 720-724.
- 69 Santana CJM, Lopes GT. O cuidado especializado do egresso da residência em enfermagem do Instituto Nacional de Câncer - INCA. *Esc. Anna Nery [periódico na Internet]*. 2007 Set [citado 2010 Nov 19]; 11(3): 417-422. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000300004&lng=pt. doi: 10.1590/S1414-81452007000300004.
- 70 Oliveira NAI, Thofehrn MB, Cecagno D, Siqueira HCH, Porto AR. Especialização em projetos assistenciais de enfermagem: contribuições na prática profissional dos egressos. *Texto contexto - enferm*. [periódico na Internet]. 2009 Dez [citado 2010 Nov 19]; 18(4): 697-704. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400011&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-07072009000400011.
- 71 Carmona EV, Lopes MHBM. Content validation of parenteral role conflict in the neonatal Intensive Care Unit. *Internacional Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 2006 jan-mar; 17(1):3-9.
- 72 Wu HS, McSweeney M. Cancer-related fatigue: " It's so much more than just being tired". *European Journal of Oncology Nursing*, 2007 apr; 11(2): 117-125.

- 73 Potter J. Fatigue experience in advanced câncer: a phenomenological approach. *Internacional Journal of Palliative Nursing*, 2004; 10(1):15-23.
- 74 Nail LM. Fatigue in patients with câncer. *Oncology Nursing Forum*, 2002; 29(3):537-546.
- 75 Given B. Cancer-related fatigue: A brief overview of current nursing perspectives and experiences. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2008; 12 suppl(5):7-9.
- 76 Pearce S, Richardson A. Fatigue in cancer: a phenomenological Perspective *European Journal of Cancer Care*, 1996; 5: 111-115.
- 77 Wang XS. Pathophysiology of cancer-related fatigue. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2008 oct; 12 suppl (5):11-20.
- 78 Morrow GR. Cancer-related fatigue: causes, consequences, and management. *The oncologist*, 2007; 12 suppl(1): 1-3.
- 79 Carpenter JS, Elam JL, Ridner SH, Carney PH, Cherry GJ, Cucullu HL. Sleep, Fatigue, and Depressive Symptoms in Breast Cancer Survivors and Matched Healthy Women Experiencing Hot Flashes. *Oncology Nursing Forum*, 2004; 31(4): 591-598.
- 80 Goedendorp MM, Gielissen MFM, Verhagen CAH, Peters MEJW, Bleijenberg G. Severe fatigue and related factors in cancer patients before the initiation of treatment. *British Journal o Cancer*, 2008; 99(9): 1408-1414.
- 81 [Okuyama T](#), [Akechi T](#), [Shima Y](#), [Sugahara Y](#), [Okamura H](#), [Hosaka T](#) *et al.* Factors Correlated with Fatigue in Terminally Ill Cancer Patients: A Longitudinal Study [Journal of Pain and Symptom Management](#), 2008 may; [35 \(5\)](#): 515-523.
- 82 Santos J, Mota DDCF, Pimenta CAM. Co-morbidade fadiga e depressão em pacientes com câncer colo-retal. *Rev. esc. enferm. USP [periódico na Internet]*. 2009 Dez [citado 2011 Jan 08]; 43(4): 909-914. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400024&lng=pt. doi: 10.1590/S0080-62342009000400024.
- 83 Araújo IMA, Fernandes AFC. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. *Esc. Anna Nery [serial on the Internet]*. 2008 Dec [cited 2011 Jan 08]; 12(4): 664-671. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400009&lng=en. doi: 10.1590/S1414-81452008000400009.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Validação de Conteúdo das Características Definidoras do Diagnóstico de Enfermagem Fadiga no Paciente Oncológico”, vinculada à UFRGS, destinada à obtenção do título de mestre, sob autoria da Mestranda Priscila de Oliveira da Silva e da Prof^a Dr^a Maria Isabel Pinto Coelho Gorini.

O objetivo deste estudo é identificar, entre profissionais enfermeiros, que atuam na área da enfermagem oncológica, quais as Características Definidoras do Diagnóstico de Enfermagem Fadiga que traduzem o verdadeiro significado nos pacientes oncológicos.

Para a participação na pesquisa, será solicitado o preenchimento de um questionário contendo dados do participante assim como sua opinião acerca das Características Definidoras do Diagnóstico de Enfermagem Fadiga. Para o preenchimento, será necessário em torno de vinte minutos.

Os pesquisadores comprometem-se em utilizar os dados obtidos unicamente para fins científicos, mantendo a identidade dos participantes no anonimato. Ao final de 5 (cinco) anos, os dados serão descartados.

Eu concordo em participar da pesquisa e autorizo a consultar os dados, por mim fornecidos, para fins científicos, ocultando minha identidade. Declaro, ainda, que fui informada(o) da garantia de receber esclarecimento a qualquer dúvida acerca da pesquisa e da liberdade em solicitar a minha retirada do estudo a qualquer momento. Para os questionários respondidos por correio eletrônico, o retorno será entendido como concordância em participar do estudo.

Além dos telefones disponibilizados dos autores, em caso de dúvida, o telefone para contato com o Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre é 3359-8304.

Enfermeiro Pesquisa

Nome:

Local e Data:

Priscila de Oliveira da Silva
Mestranda - PPGENF
Tels: (51) 3472.2922 - 9221.9171

Maria Isabel P.C.Gorini
Pesquisador responsável
Tels: (51) 3331.3790 -9986.0044

APÊNDICE B - Instrumento para coleta de dados

Prezado colega,

Este instrumento foi especialmente elaborado para que os enfermeiros identifiquem as Características Definidoras que melhor expressam o Diagnóstico de Enfermagem Fadiga em pacientes oncológicos. Este Diagnóstico é composto por Características Definidoras, sugeridas pela North American Nursing Diagnosis Association – NANDA-I.

Solicitamos, sua colaboração no sentido de refletir sobre os oncológicos que são atendidos por você e de identificar se as características, que definem o Diagnóstico de Enfermagem Fadiga, são representativas deste Diagnóstico na prática, e se há outra Característica Definidora que deveria ser acrescentada.

As Características Definidoras estarão citadas em uma coluna e, ao seu lado, estarão suas definições conceituais. Então, um valor deverá ser atribuído a cada Característica Definidora, em uma escala de 1 a 5, considerando 1 como menos característico e cinco como mais característico.

Solicitamos o retorno deste questionário em até 15 dias após a data de entrega.

Em caso de dúvida, entrar em contato pelos telefones: (51) 3472.2922 ou 9221.9171, ou pelo e-mail: prisilva@hcpa.ufrgs.br

Agradecemos sua contribuição em nosso estudo sobre diagnóstico de enfermagem.

Atenciosamente,

Priscila de Oliveira da Silva – Mestranda em Enfermagem/UFRGS

Maria Isabel Pinto Coelho Gorini – Orientadora do projeto/ Prof^a Dr^a Escola de Enfermagem/UFRGS

1. Dados do Pesquisado:

Data:

Local de trabalho:

Nível de Instrução: () Doutorado () Mestrado () Especialização ()
Residência () Graduação () Outro: Qual?

Área: () Sistematização da Assistência de Enfermagem () Oncologia
() Outro: Qual?

Caso esteja cursando pós-graduação, especifique o curso e a carga horária cumprida:

Possui título de especialista em enfermagem oncológica pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica? () Sim () Não

Título ou tema do trabalho referente à maior titulação:

Pesquisa(s) realizada(s) e publicada(s) (Título/Últimos cinco anos):

Artigo(s) ou resumo(s) publicado (s): (título/periódico/anais/ano, último cinco anos)

Área de atuação atual:

Tempo de atuação em meses ou anos na assistência:

Utiliza o Processo de Enfermagem na sua prática clínica? () Não () Sim

Caso a resposta seja afirmativa, há quanto tempo o utiliza?

Qual(is) etapa(s) do Processo de Enfermagem você desenvolve?

() Coleta de dados/ Anamnese e exame físico

() Diagnóstico de Enfermagem

() Intervenções de Enfermagem/ Prescrição de cuidados

() Avaliação/ Resultados de Enfermagem

Conhece a terminologia diagnóstica da NANDA-I? () Sim () Não

Faz uso dela na sua prática? () Sim () Não

Participação em curso referente à SAE, Diagnóstico de Enfermagem ou oncologia. Especificar o tempo de participação em horas:

2 Diagnóstico de Enfermagem Fadiga:

“Uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual”.

NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações, 2009-2011. Porto Alegre: ARTMED, 2010.

Instruções: marque um X, atribuindo um valor de 1 (um) a 5 (cinco), para cada Característica Definidora do Diagnóstico de Enfermagem Fadiga, de acordo com o que considera relevante para este diagnóstico em pacientes oncológicos. Considerando a seguinte legenda que:

- **1: não característico (não ocorre nunca em pacientes oncológicos);**
- **2: pouco característico (ocorre pouco);**
- **3: de algum modo característico (ocorre eventualmente);**
- **4: consideravelmente característico (ocorre quase sempre);**
- **5: muito característico (ocorre sempre).**

Característica Definidora	Definição	Valor				
		1	2	3	4	5
Aumento das Necessidades de Repouso	Restrição de atividades físicas torna-se cada vez mais necessária, mantendo o corpo imóvel, promovendo relaxamento parcial ou total.					
Aumento das queixas físicas	Relato frequente de sintomas relacionados à percepção do corpo, descritas, muitas vezes, como “peso” ou sensação desconfortável no corpo como um todo ou, apenas, nos membros superiores e inferiores.					
Cansaço	Falta de forças causada pela doença. É caracterizado por esquecimento, impaciência, peso gradual ou fraqueza nos músculos após o trabalho, sonolência aliviada pelo repouso, mas não há mudança na vida social, relação com ou diminuição do controle sobre os processos do corpo.					

Concentração comprometida	Risco de alterações na atenção aplicada em algum assunto ou em alguém de modo exclusivo ou intenso. Capacidade diminuída em conectar ideias, sintetizar as coisas, levando à incapacidade de concentração, esquecimento.					
Desatento	Pessoa que está com dificuldade em dar atenção àquilo que vê, escuta ou faz, revelando descaso ou mesmo falta de preocupação ou interesse.					
Desempenho diminuído	Comprometimento na forma com que alguém executa um trabalho que exige competência ou eficiência, podendo interferir na capacidade da pessoa de participar plenamente no trabalho, na família e em atividades sociais.					
Desinteresse quanto ao ambiente que o cerca	Demonstra indiferença quanto àquilo que constitui o meio em que vive.					
Falta de energia	Déficit na capacidade do corpo para produzir um trabalho ou desenvolver uma força, causado pela deficiência na produção de energia para as demandas necessárias, resultante do acúmulo de produtos de morte celular.					

<p><i>Incapacidade de manter as rotinas habituais</i></p>	<p>As rotinas habituais são entendidas, aqui, como as atividades de vida diária, que são atividades de autocuidado, incluindo banho, arrumar-se, vestir-se, alimentação, higiene íntima e cuidados intestinais e vesicais. Ou seja, a incapacidade de manter as atividades de vida diária indica restrição ou falta de capacidade de realizar uma atividade de maneira normal, podendo ser caracterizada, também, pela diminuição da tolerância para a realização das atividades de vida diária.</p>					
<p><i>Incapacidade de manter o nível habitual de atividade física</i></p>	<p>Estado causado por fatores físicos ou mentais, no qual o indivíduo sente-se incapacitado para realizar suas atividades de vida diária e, portanto, apresenta redução de sua capacidade de trabalho.</p>					
<p><i>Incapacidade de restaurar energias mesmo após o sono</i></p>	<p>O homem tem necessidade de um período de repouso, no qual o corpo e o espírito possam relaxar-se completamente e armazenar forças novas. Um período de sono constitui uma pausa restauradora. O paciente com fadiga não sente suas energias recuperadas após um período de sono.</p>					
<p><i>Interação social prejudicada</i></p>	<p>Comprometimento nas relações entre membros de um grupo ou entre grupos. Caracteriza-se pela recusa a convites que levem o paciente a realizar interação com outros indivíduos, pela incapacidade de tolerar a estimulação associada às interações sociais, mesmo com membros da família ou amigos.</p>					

Introspecção	Autoanálise que o indivíduo faz de sua vida interior.					
Letárgico	Pessoa que apresenta estado patológico, caracterizado por sono profundo, semelhante à morte, porém sem interromper as funções vitais. Também pode ser definido como estado de sonolência mental.					
Libido comprometida	Prejuízo na energia psíquica ligada aos impulsos de vida, em especial ao impulso sexual.					
Necessidade percebida de energia adicional para realizar tarefas de rotina	Aumento nas necessidades de força física para realização das atividades que eram efetuadas diariamente.					
Sentimentos de culpa por não cumprir com suas responsabilidades	O paciente sente-se responsabilizado por não conseguir executar seus compromissos pessoais e sociais.					
Sonolento	Estado em que o indivíduo está num estado de adormecimento pouco profundo, porém difícil de superar. Isto geralmente acontece quando a qualidade do sono é ruim, ocorrendo despertares noturnos frequentes.					
Verbalização de uma constante falta de energia	Expressão oral de constante privação de força física para a realização de atividades.					

Verbalização de uma opressiva falta de energia	Expressão oral de sufocante privação de força física para a realização de atividades.					
Sugestões de Características Definidoras						
Característica	Justificativa	Valor				

ANEXO 1 – Carta de aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul



**COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto: PG Mestrado 03/2010
Versão: 01/2010

Pesquisadores: Maria Isabel Pinto Coelho Gorini e Priscila de Oliveira da Silva

Título:.. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM FADIGA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 06 de Janeiro de 2010.


Maria da Graça Oliveira Crossetti
Coordenadora da COMPESQ EEnf-UFRGS

Profª Dra Maria da Graça Oliveira Crossetti
Coordenadora da COMPESQ

ANEXO 2 – Carta de aprovação do Grupo de Pesquisa e Pos-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 100026

Versão do Projeto: 02/03/2010

Versão do TCLE: 02/03/2010

Pesquisadores:

PRISCILA DE OLIVEIRA DA SILVA

MARIA ISABEL PINTO COELHO GORINI

Título: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM FADIGA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS:
VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 26 de março de 2010.


Prof.ª Nadine Clausell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA

ANEXO 3 - Resposta enviada pela North American Nursing Diagnosis Internacional (NANDA-I) sobre a Validação das Características Definidoras do Diagnóstico de Enfermagem Fadiga

De: "Scroggins, Leann M., R.N., C.N.S." <scroggins.leann@mayo.edu>
Para: priscila oliveira <pri_enf_ufrgs@yahoo.com.br>
Enviadas: Quinta-feira, 18 de Junho de 2009 17:46:25
Assunto: RE: Informations

Priscila,

So nice to receive your e-mail. Your anticipated work on Fatigue is exciting. The last work we have record of on Fatigue was in 1998.

I am not aware of anyone currently working on this diagnosis.

Best wishes!

Leann Scroggins

Member, Diagnosis Development Committee

NANDA International

From: priscila oliveira [mailto:pri_enf_ufrgs@yahoo.com.br]
Sent: Thursday, June 18, 2009 5:45 AM
To: Scroggins, Leann M., R.N., C.N.S.
Subject: Informations

To

Nanda International

Dear Sirs,

My name is Priscila de Oliveira da Silva. At present, I am taking the Master Degree at the Nursing School of the Federal University of Rio Grande do Sul in Porto Alegre, Brazil. My guiding teacher, PhD Maria Isabel Pinto Coelho Gorini and I are writing a research project in order to validate the Nursing Diagnosis on Fatigue emphasizing the oncologic patient.

We would like to know if there are other studies on this subject being carried out mainly in Brazil. In case of an affirmative answer, could you be so kind as to send us the references?

We thank you for your attention and look forward to your news.

Truly yours,

Priscila de Oliveira da Silva