

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA POLITÉCNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE**

AMANDA DE SOUZA FERRARI

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS E DE
ELEMENTOS DO SUBCONJUNTO DA CIPE® PARA O CUIDADO À PESSOA
COM DOR CRÔNICA**

CURITIBA

2023

AMANDA DE SOUZA FERRARI

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS E DE
ELEMENTOS DO SUBCONJUNTO DA CIPE® PARA O CUIDADO À PESSOA
COM DOR CRÔNICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde, da Escola Politécnica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Tecnologia em Saúde.

Área de concentração: Tecnologia em Saúde

Linha de pesquisa: Informática em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Marcia Regina Cubas

Coorientadora: Dra. Denilsen Carvalho Gomes

CURITIBA

2023

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Luci Eduarda Wielganczuk – CRB 9/1118

F375v
2023
Ferrari, Amanda de Souza
Validação de conteúdo das definições operacionais e de elementos do subconjunto da CIPE® para o cuidado à pessoa com dor crônica / Amanda de Souza Ferrari ; orientadora: Marcia Regina Cubas ; coorientadora: Denilsen Carvalho Gomes. – 2023.
198 f. ; il. : 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2023
Bibliografia: f. 152-165

1. Tecnologia médica. 2. Dor crônica. 3. Cuidados de enfermagem. 4. Processo de enfermagem. 5. Terminologia padronizada em enfermagem. 6. Diagnóstico de enfermagem. I. Cubas, Marcia Regina. II. Gomes, Denilsen Carvalho. III. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde. IV. Título.

CDD. 20. ed. – 610.28



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Escola Politécnica
Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde

TERMO DE APROVAÇÃO DE DISSERTAÇÃO Nº 320

A Dissertação de Mestrado intitulada “**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS E DE ELEMENTOS DO SUBCONJUNTO DA CIPE® PARA O CUIDADO À PESSOA COM DOR CRÔNICA**”, defendida em sessão pública pelo(a) candidato(a) **Amanda de Souza Ferrari**, no dia **28 de agosto de 2023**, foi julgada para a obtenção do grau de Mestre em Tecnologia em Saúde, e aprovada em sua forma final, pelo Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Marcia Regina Cubas – Presidente - PUCPR

Profa. Dra. Claudia Maria Cabral Moro Barra – PUCPR

Profa. Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt – UFPR

A via original deste documento encontra-se arquivada na Secretaria do Programa, contendo a assinatura da Coordenação após a entrega da versão corrigida do trabalho.

Curitiba, 08 de novembro de 2023.

Prof. Dr. Percy Nohama
Coordenador do Programa de
Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde
PUCPR

À minha família, que foi a base para que eu chegasse até aqui.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre ouviu minhas súplicas e os sonhos contidos em meu coração e possibilitou que todos se tornassem realidade; que me deu força e sustento para enfrentar as adversidades e ser capaz de superá-las.

Aos meus pais, pela vida, valores, ensinamentos, carinho e amor dedicados ao longo dos anos.

Ao Guilherme, meu marido e melhor amigo, por nunca soltar minha mão, ser compreensivo, paciente e apoiar todos os meus projetos e sonhos.

A toda a minha família, que sempre estimulou e torceu pelo meu sucesso pessoal e profissional.

À minha orientadora, Profa. Dra. Marcia Regina Cubas, por acreditar e ver potencial em mim nos momentos em que eu não era capaz; por toda a paciência, carinho e por cada ensinamento desde a graduação, que carrego sempre comigo. Sou grata por conviver com um modelo de profissional e, mais do que tudo, de humanidade e generosidade.

À minha coorientadora, Dra. Denilsen Carvalho Gomes, a quem admiro profundamente por sua capacidade de compartilhar conhecimento, inteligência, generosidade, companheirismo e por estar sempre disponível nos momentos de dúvida e aflição.

A todos os membros do grupo de pesquisa, sem exceção, pela troca de conhecimento, apoio, conversas e todos os momentos compartilhados ao longo desses anos. Em especial, à Francine Dutra Mattei, pela partilha de conhecimento, amizade e companheirismo, bem como aos iniciantes científicos Lia, Jasmine, Sara e Nicolas, pela oportunidade de ensinar, aprender e compartilhar.

A todos os professores, em especial, à Profa. Dra. Deborah Ribeiro Carvalho, por todo o carinho e disponibilidade.

Aos membros da banca, por disponibilizarem tempo e compartilharem seu conhecimento enriquecedor.

À Pontifícia Universidade Católica do Paraná, pela isenção de taxa para cursar o mestrado e pela oportunidade de estar em uma instituição de excelência.

À Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Estado do Paraná e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e

Tecnológico, pelo fomento à pesquisa matriz que possibilitou a elaboração desta dissertação.

À Secretaria de Saúde de São José dos Pinhais, pela liberação para realização do mestrado e por ser a instituição colaboradora do projeto.

A todos os amigos, colegas e profissionais que me auxiliaram e apoiaram ao longo desta caminhada.

RESUMO

Introdução: A dor crônica é uma das maiores causas de procura por atendimento nos serviços de saúde, é onerosa, e pode ser incapacitante se tratada de forma ineficaz; é multifatorial, e se beneficia do acompanhamento multidisciplinar. Destaca-se a atuação do enfermeiro no auxílio ao controle da dor, utilizando classificações e terminologias a fim de nomear, de forma padronizada, os fenômenos de Enfermagem, contribuindo para o raciocínio clínico e para qualidade assistencial. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e seus subconjuntos terminológicos otimizam e viabilizam o processo de trabalho do enfermeiro. Ainda, o uso de definições operacionais aumenta a capacidade preditora e a acurácia diagnóstica, reduzindo erros. A teoria das transições de Afaf Ibrahim Meleis estabelece a busca por mudanças de comportamentos e incorporação de novos conhecimentos, refletindo positivamente nos processos de enfrentamento e adaptação que auxiliam no alcance de indicadores satisfatórios quanto ao manejo e controle da dor crônica. **Objetivo:** Validar o conteúdo das definições operacionais de diagnósticos e resultados de enfermagem para o cuidado à pessoa com dor crônica, com base na teoria das transições. **Método:** Pesquisa descritiva de abordagem quantitativa, com fase de validação de conteúdo, sendo parte da terceira etapa de um projeto matriz intitulado “dor crônica: boas práticas para o cuidado de enfermagem por meio de subconjunto terminológico da CIPE® baseado na teoria das transições”. Foram construídos diagnósticos e resultados de enfermagem utilizando o modelo de sete eixos da CIPE®, os critérios da norma ISO 18104 e termos provenientes de fase anterior do projeto matriz. Para a elaboração das definições operacionais, utilizaram-se as etapas de Waltz, Strickland e Lenz (2010). Para validação de conteúdo, as definições foram avaliadas por especialistas em dor e enfermeiros da atenção primária, sendo a amostra final composta de 23 profissionais. Foram consideradas válidos os enunciados e definições com porcentagem de concordância maior ou igual a 80%. Os enunciados com porcentagem de concordância entre 79% e 70% foram analisados e corrigidos conforme as recomendações dos especialistas e aqueles com validação igual ou inferior a 69% foram descartados. **Resultados:** Foram elaborados 201 diagnósticos e resultados de enfermagem e suas respectivas definições operacionais. Após análise e correção, foram mantidos 191 (95,02%) enunciados e definições operacionais, dos quais oito (3,98%) com correções conforme as justificativas apresentadas pelos validadores, além de terem sido excluídos dez (4,98%) enunciados. **Considerações finais:** As definições operacionais construídas para os diagnósticos e resultados de enfermagem do subconjunto da CIPE® para o cuidado de enfermagem à pessoa com dor crônica oferecem atributos significativos para os enunciados elaborados. Dos 201 enunciados, 95% foram validados.

Palavras-chave: Dor crônica. Cuidados de enfermagem. Terminologia padronizada em enfermagem. Diagnóstico de enfermagem. Processo de enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Chronic pain is one of the main causes of demand for assistance in health services, it is costly for the system and can be disabling if treated ineffectively. Due to its multifactorial character, chronic pain benefits from multidisciplinary follow-up. Nurses use classifications and terminologies to standardize the profession's language, including the International Classification for Nursing Practice (ICNP®). The construction of ICNP® subsets optimizes and makes the nurses' work process viable. Operational definitions increase predictive capacity, diagnostic accuracy and reduce errors. Afaf Ibrahim Meleis's Transition Theory establishes the search for behavioral changes and incorporation of new knowledge, reflecting positively on coping and adaptation processes that help achieve satisfactory indicators regarding the management and control of chronic pain. **Objective:** To validate the content of operational definitions of nursing diagnoses and outcomes for the care of people with chronic pain, based on the theory of transitions. **Method:** Descriptive research, with a quantitative approach, with a content validation phase. Part of the third stage of a matrix project. Nursing diagnoses and outcomes were constructed using the ICNP® seven-axis model, the criteria of the ISO 18104 standard and terms from the previous phase of the matrix project. For the construction of operational definitions, steps by Waltz, Strickland and Lenz (2010) were used. For content validation, definitions were assessed by pain specialists and primary care nurses. The final sample of validators consisted of 23 nurses. Statements and definitions with a percentage of agreement greater than or equal to 80% were considered valid. Statements with a validation percentage of agreement between 79% and 70% were analyzed and corrected according to the specialists' recommendations, and those with validation equal to or less than 69% were discarded. **Results:** 201 nursing diagnoses and outcomes and their respective operational definitions were prepared. After analysis and correction, 191 (95.02%) statements and operational definitions were maintained, of these 8 (3.98%) with corrections according to the justifications presented by the validators. Ten (4.98%) statements were excluded. **Conclusion:** The operational definitions constructed for the diagnoses and nursing outcomes of the ICNP® subset for nursing care for people with chronic pain offer significant attributes for the elaborated statements. Of the 201 statements, 95% were validated.

Keywords: Chronic pain. Nursing care. Standardized nursing terminology. Nursing diagnosis. Nursing process.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura categorial para construção e representação de DE e RE	32
Figura 2 – Estrutura categorial para construção e representação de ações de enfermagem	32
Figura 3 – Modelo de sete eixos da CIPE®	33
Figura 4 – Eixos da CIPE®, definição e exemplos de termos	34
Figura 5 – Processo de transição para Afaf Meleis	37
Figura 6 – Natureza das transições.....	39
Figura 7 – Organograma da delimitação do projeto, etapas antecedentes, futuras e operacionalizadas pela autora.....	46
Figura 8 – Caracterização dos especialistas por pontuação, conforme instrumento de Torres (2022).....	107
Figura 9 – Exemplo de termos com mapeamento direto (regra 1)	191
Figura 10 – Exemplo de termos não mapeados com a CIPE® (regra 0)	192
Figura 11 – Exemplos de termos mapeados pelo lematizador (regra 2)	193
Figura 12 – Exemplos de termos mapeados pelo termo abrangente (regra 51)	194
Figura 13 – Exemplos de termos mapeados pelo <i>stemmer</i> (regra 3).....	195
Figura 14 – Exemplos de termos mapeados pelo termo abrangente (regra 53)	196
Figura 15 – Exemplos de termos mapeados pelo termo restrito (regra 61)	197
Figura 16 – Exemplos de termos mapeados pelo termo restrito (regra 63)	198

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Mapeamento entre os enunciados de DE/RE elaborados e a CIPE®, segundo o grau de equivalência.....	102
Tabela 2 – Caracterização dos enfermeiros da atenção primária, em relação à formação acadêmica e tempo de atuação, distribuída pela frequência absoluta (FA) e relativa (FR).....	106
Tabela 3 – Caracterização dos enfermeiros portugueses, distribuída pela frequência absoluta (FA) e relativa (FR), em relação à formação acadêmica e tempo de atuação	106
Tabela 4 – Validação dos DE/RE e definições operacionais, distribuída pela respectiva frequência absoluta (FA) e relativa (FR)	109
Tabela 5 – DE/RE e definições operacionais não validados	137
Tabela 6 – DE/RE e definições operacionais com necessidade de análise e correção	137

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – DE, RE e suas definições operacionais.....	55
Quadro 2 – Justificativas dos especialistas e enfermeiros da APS para DE/RE não validados e/ou com necessidade de correção.....	137
Quadro 3 – Justificativas dos especialistas e enfermeiros da APS para as definições operacionais não validadas e/ou com necessidade de correção	138
Quadro 4 – Enunciados e definições operacionais após análise e adequação.....	140

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINE	Anti-Inflamatórios Não Esteroidais
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCC	Classificação de Cuidados Clínicos
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DE	Diagnósticos de Enfermagem
EDV	Escala de Descritor Verbal
Embase	Excerpta Medica Database
EVA	Escala Visual Analógica
IASP	Associação Internacional para o Estudo da Dor
IE	Intervenções de Enfermagem
NANDA-I	NANDA International
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem
NOC	Classificação dos Resultados de Enfermagem
PE	Processo de Enfermagem
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PPGTS	Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
RE	Resultados de Enfermagem
SBED	Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SNOMED International	<i>Systematized Nomenclature of Medicine International</i>
SNOMED-CT	<i>Systematized Nomenclature of Medicine International – Clinical Terms</i>

SUS
TCLE

Sistema Único de Saúde
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	17
2	INTRODUÇÃO	19
2.1	OBJETIVOS.....	21
2.1.1	Geral.....	21
2.1.2	Específicos.....	21
2.2	CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO.....	22
2.2.1	Contribuições para a ciência.....	22
2.2.2	Contribuições para a sociedade.....	22
2.2.3	Implicações para a prática de enfermagem.....	22
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1	DOR: ASPECTOS CONCEITUAIS, CLASSIFICAÇÃO, MENSURAÇÃO E TRATAMENTO	23
3.2	DOR CRÔNICA	26
3.2.1	Assistência de enfermagem à pessoa com dor crônica	27
3.3	PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	29
3.4	TERMINOLOGIAS	30
3.4.1	CIPE®.....	31
3.4.2	Subconjuntos da CIPE®.....	35
3.5	BASE TEÓRICO-METODOLÓGICA	37
3.5.1	Teoria das transições de Afaf Meleis	37
3.6	DEFINIÇÕES OPERACIONAIS E SUA VALIDAÇÃO	41
4	MÉTODO	43
4.1	BASE EMPÍRICA.....	43
4.1.1	Descrição das etapas antecedentes	44
4.1.2	Delimitação do projeto	45
4.2	CONSTRUÇÃO DOS CONCEITOS DE DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS DE ENFERMAGEM E DEFINIÇÕES OPERACIONAIS.....	47
4.3	VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO	49
4.4	SELEÇÃO E RECRUTAMENTO DOS ESPECIALISTAS.....	49
4.5	SELEÇÃO E RECRUTAMENTO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL.....	50
4.6	SELEÇÃO E RECRUTAMENTO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES	51

4.7	COLETA, ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	52
4.8	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	53
5	RESULTADOS	55
5.1	ELABORAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS DE ENFERMAGEM E SUAS RESPECTIVAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS.....	55
5.2	VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO	105
5.2.1	Caracterização dos participantes.....	105
5.2.2	Validação dos enunciados de diagnósticos, resultados e definições operacionais.....	108
5.2.3	Correção ou exclusão dos enunciados após análise.....	139
6	DISCUSSÃO	142
6.1	ELABORAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS DE ENFERMAGEM E SUAS RESPECTIVAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS.....	142
6.2	VALIDAÇÃO DOS ENUNCIADOS DE DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E DEFINIÇÕES OPERACIONAIS.....	147
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	150
7.1	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	151
	APÊNDICE A – CARTA-CONVITE AOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS	166
	APÊNDICE B – CARTA-CONVITE À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	167
	APÊNDICE C – CARTA-CONVITE AOS ENFERMEIROS DE PORTUGAL.....	168
	APÊNDICE D – QUADRO COMPARATIVO PARA CONSTRUÇÃO DAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS, EXEMPLOS DE ENUNCIADOS E DEFINIÇÕES.....	169
	APÊNDICE E – MODELO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS INCLUÍDO NO <i>SOFTWARE</i> QUALTRICS.....	173
	ANEXO A – PONTUAÇÃO PARA ANÁLISE DO PERFIL DOS ESPECIALISTAS	176
	ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCPR	179
	ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS.....	181
	ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO	183

ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – BRASIL
.....185

ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PORTUGAL
.....188

ANEXO G – BANCO DE TERMOS191

1 APRESENTAÇÃO

Bacharel em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) em 2016, meu¹ interesse pela pesquisa surgiu durante a graduação, quando tive a oportunidade de participar do Grupo de Pesquisa sobre Ontologias e Sistemas Classificatórios, do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde (PPGTS), conduzido pela professora Dra. Marcia Regina Cubas. Nesse período (2015-2016), fui bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), com a pesquisa *Conceitos de termos identificados em registros de enfermagem: validação por docentes e categorização de sugestões para adequações*.

Após a graduação, iniciei o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família no município de São José dos Pinhais, uma etapa muito importante para meu aprimoramento pessoal e profissional, aquisição de conhecimento e desenvolvimento de competências. A especialização foi pausada para dar início a uma nova etapa: servidora pública municipal em São José dos Pinhais, atuando como Enfermeira na Estratégia Saúde da Família do município.

Dando sequência aos estudos, ingressei em uma pós-graduação *lato sensu* – Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família. Após a especialização, tive a oportunidade de desempenhar atividades como preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família no município de atuação. Diante desse desafio, senti necessidade de aprimoramento no âmbito da docência e da pesquisa, surgindo o desejo de ingressar em um programa de pós-graduação *stricto sensu*.

Em 2021, retornei ao grupo de pesquisa sob orientação da professora Dra. Marcia Regina Cubas e ingressei no mestrado acadêmico do PPGTS da PUCPR. Durante o desenvolvimento do mestrado, me reaproximei de temáticas e conceitos que geraram enriquecimento acadêmico e profissional, em especial, as terminologias, destacando-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), como tecnologia de informação em saúde.

Nesta pesquisa, intitulada *Validação de conteúdo das definições operacionais e de elementos do subconjunto da CIPE® para o cuidado à pessoa com dor crônica*,

¹ Por se tratar de texto sobre a experiência pessoal da pesquisadora, este capítulo, particularmente, foi escrito em primeira pessoa do singular.

como elementos do subconjunto, são considerados os Diagnósticos (DE) e Resultados de Enfermagem (RE), assim como as definições operacionais construídas. O estudo faz parte de um projeto matriz, intitulado “Dor crônica: boas práticas para o cuidado de enfermagem por meio de subconjunto terminológico da CIPE® baseado na teoria das transições”.

2 INTRODUÇÃO

A definição de dor adotada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) é “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (RAJA *et al.*, 2020, p. 1977). Trata-se de uma das maiores causas de procura por atendimento em serviços de saúde e, muitas vezes, é incapacitante, por ser tratada de forma ineficaz, além de ser um tratamento oneroso (TETSUNAGA *et al.*, 2018; RÉGIS *et al.*, 2020).

A dor é classificada, dentre outras formas, por grau ou temporalidade. Em relação à temporalidade, destaca-se a dor crônica, que acomete grande parte da população, especialmente no processo de envelhecimento (MOURA *et al.*, 2017). No Brasil, a dor crônica acomete cerca de 45% dos adultos e idosos, sendo mais prevalente no sexo feminino (AGUIAR *et al.*, 2021).

A dor crônica, pode ser definida como dor persistente por um período superior a três meses (TREEDE *et al.*, 2019). Seu caráter multifatorial acarreta impactos na qualidade de vida do indivíduo acometido, interferindo em suas atividades diárias, tais como: capacidade para se locomover e trabalhar; humor; relacionamentos interpessoais; prazer de viver; sono; entre outras (MOURA *et al.*, 2022).

Estima-se que no Brasil o gasto com medicamentos para dor crônica varie de R\$ 5,00 a R\$ 780,00, sendo o custo médio mensal de R\$127,74 (VLAINICH *et al.*, 2008). Os custos com a atenção à saúde de indivíduos com dor crônica podem variar de acordo com o nível de dor e de incapacidades relacionadas, no Canadá a média anual de gasto em saúde com a dor crônica variou de \$12.118 dólares canadenses para baixo nível de incapacidade; \$18.278 dólares canadenses para incapacidade moderada; e \$19.216 dólares canadenses para incapacidade grave (LALONDE *et al.*, 2014). Ainda, na Holanda, a dor lombar crônica, um dos tipos mais recorrentes de dor crônica, gera um custo anual de aproximadamente €7.911,95 euros por pessoa, sendo 51% dos gastos relacionados à cuidados de saúde e 49% relacionados à custos sociais (GEURTS *et al.*, 2018).

Nos diversos serviços de saúde, insere-se o cuidado de enfermagem à pessoa com dor crônica, a qual necessita de avaliação assertiva para diagnóstico e tratamento adequados (RÉGIS *et al.*, 2020). A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a dor crônica uma demanda recorrente do serviço (RUVIARO; FILIPPIN, 2012).

A atuação do enfermeiro na APS pautado nos princípios e diretrizes do SUS de integralidade, universalidade, equidade, participação social, acesso e construção de vínculo, vai de encontro com a abordagem multidimensional da dor crônica, envolvendo o indivíduo, família, comunidade e profissionais na construção de estratégias de enfrentamento e alívio da dor (FERREIRA; PÉRICO; DIAS; 2017).

Destaca-se a atuação do enfermeiro no auxílio ao controle da dor, na gerência da assistência de enfermagem, operacionalizando a implementação do Processo de Enfermagem (PE) direcionado às pessoas com dor crônica (MOURA *et al.*, 2017). O PE é operacionalizado por etapas inter-relacionadas (coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação) e registrado por linguagem específica e padronizada (FRACOLLI; PADOVEZE; SOARES, 2020).

A fim de nomear fenômenos de interesse da enfermagem e da padronização da linguagem, os sistemas de classificação em enfermagem tornam-se ferramentas essenciais ao favorecer a qualidade da assistência, contribuindo para o raciocínio clínico, a padronização dos cuidados e o registro da prática (SANTOS *et al.*, 2021). Dentre as terminologias padronizadas, está a CIPE®, que, até a versão 2019/2020, era composta por termos isolados e conceitos pré-combinados de Diagnósticos de Enfermagem (DE), Resultados de Enfermagem (RE) e Intervenções de Enfermagem (IE), que, em conjunto, orientam a prática clínica, auxiliam a tomada de decisões e favorecem a comunicação entre os profissionais (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).

A construção de subconjuntos da CIPE® tem demonstrado ser um facilitador para sua utilização (CLARES *et al.*, 2013) e sua utilização agiliza e viabiliza o processo de trabalho do enfermeiro e subsidia sistemas de informação de saúde (CLARES *et al.*, 2013), facilitando a descrição e registro de DE, RE e IE voltados para condições ou especialidades de saúde, contextos de cuidados ou fenômenos de enfermagem (ICN, 2008).

O método brasileiro para construção de subconjuntos, elaborado por Nóbrega e colaboradores (2015), descreve, dentre suas etapas, a construção e a validação de enunciados de DE, RE e IE (CARVALHO; CUBAS; NÓBREGA, 2017). A construção refere o uso da norma ISO 18104 (ISO, 2004) e a validação se limita aos termos do subconjunto e às definições operacionais dos DE e RE, tendo em vista que não é identificada a elaboração de definições operacionais para IE da CIPE®. A elaboração de definições operacionais aumenta a confiabilidade dos dados pertinentes aos DE e

RE, contribui para evitar erros de interpretação ao avaliar os pacientes, colabora para a acurácia clínica e contribui para a capacidade preditora do enfermeiro, otimizando a prática assistencial (SOUZA NETO *et al.*, 2020).

A construção de subconjuntos tem como pré-requisito a escolha de um modelo teórico, que abrange teorias de enfermagem, de outros domínios profissionais ou a união de duas ou mais teorias (CUBAS; NÓBREGA, 2015). No escopo da pesquisa em que se insere este projeto, foi escolhida a teoria das transições, da enfermeira Afaf Ibrahim Meleis. Trata-se de uma teoria de médio alcance que possibilita auxiliar pessoas a atingir resultados saudáveis após um período de transição (COSTA, 2016).

A teórica define a transição como um processo de passagem de um estado estável para outro, a partir de uma mudança (MELEIS, 2010). No fenômeno abordado nesta pesquisa – dor crônica –, compreende-se que pode gerar uma série de transições/mudanças na qualidade de vida das pessoas, englobando desde o processo de saúde-doença à transição do papel desempenhado dentro da família ou comunidade (MOURA *et al.*, 2022). A teoria das transições estabelece a busca por mudanças de comportamentos e incorporação de novos conhecimentos, refletindo positivamente nos processos de enfrentamento e adaptação que auxiliam no alcance de indicadores satisfatórios quanto ao manejo e controle da dor crônica (MELEIS, 2010).

A partir desse contexto, a questão de pesquisa que norteou este estudo foi: as definições operacionais construídas para os diagnósticos e resultados do subconjunto da CIPE® para o cuidado de enfermagem a pessoas com dor crônica oferecem atributos significativos para os conceitos de diagnósticos e resultados elaborados?

2.1 OBJETIVOS

2.1.1 Geral

Validar o conteúdo das definições operacionais de conceitos de diagnósticos e resultados de enfermagem para o cuidado à pessoa com dor crônica, com base na teoria das transições.

2.1.2 Específicos

- a) Construir conceitos de diagnósticos e resultados de enfermagem.

- b) Elaborar definições operacionais para os conceitos de diagnósticos e resultados de enfermagem.

2.2 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

2.2.1 Contribuições para a ciência

Acredita-se que a contribuição científica desta dissertação se baseia na construção de DE e RE e suas definições operacionais voltados ao atendimento de pessoas com dor crônica na Atenção Primária à Saúde (APS), que comporão um subconjunto da CIPE® voltado a essa clientela e fenômeno, minorando a lacuna de conhecimento existente nesse campo.

2.2.2 Contribuições para a sociedade

Acredita-se que a aplicação dos resultados desta dissertação poderá contribuir direta e indiretamente com o acesso às práticas de manejo e alívio da dor crônica, bem como propiciar a redução de incapacidades, limitações, impactos econômicos, sociais e emocionais gerados pela dor crônica, por meio de uma assistência de enfermagem individualizada.

2.2.3 Implicações para a prática de enfermagem

No âmbito da enfermagem, acredita-se que a dissertação poderá:

- a) Contribuir com a padronização da linguagem de enfermagem para o registro do PE, com base em uma teoria de enfermagem.
- b) Facilitar o uso da CIPE® por enfermeiros da APS.
- c) Oferecer recursos ao enfermeiro para elencar DE e RE acurados e intervenções assertivas para o manejo da dor crônica.
- d) Possibilitar análise de impacto dos resultados sensíveis à enfermagem.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo dedica-se à apresentação da revisão de literatura, realizada por meio da busca e leitura reflexiva de artigos, livros, dissertações e teses disponíveis em bases de periódicos nacionais e internacionais, a fim de ampliar a compreensão sobre os temas abordados. Inicia-se com os aspectos conceituais relacionados à dor, definição, classificação, mensuração e tratamento; a seguir, aprofunda-se na compreensão dos aspectos relativos à dor crônica e ao atendimento de enfermagem à pessoa com dor. Em sequência, traz o conteúdo sobre PE e terminologias, com destaque para a CIPE® e a elaboração de subconjuntos terminológicos. Finalmente, apresenta-se a base teórico-metodológica como suporte para compreensão do delineamento do projeto.

3.1 DOR: ASPECTOS CONCEITUAIS, CLASSIFICAÇÃO, MENSURAÇÃO E TRATAMENTO

A dor é um sintoma presente em um amplo conjunto de doenças e agravos, necessitando de avaliação, registro, intervenção e disponibilização de medidas eficazes para controle. Embora, ao longo dos anos, os avanços para seu enfrentamento tenham sido contínuos, ela ainda é subestimada e seu manejo enfrenta barreiras, dentre elas, o desconhecimento dos profissionais (ARAUJO; ROMERO, 2015).

Conforme a nota contextual da IASP (RAJA *et al.*, 2020, p. 1977), a dor “é sempre uma experiência pessoal que é influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais”. Partindo dessa premissa, é essencial que seja avaliada em todos os seus aspectos.

Em terminologias padronizadas de enfermagem, a dor é considerada um fenômeno da prática, contemplado por DE específicos. A NANDA International (NANDA-I, 2021, p. 510) separa o fenômeno em sua temporalidade, sendo a dor aguda definida como

experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e com duração menor que 3 meses.

Por sua vez, a dor crônica é conceituada como

experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem término antecipado ou previsível e com uma duração maior que 3 meses (NANDA-I, 2021, p. 511).

Na hierarquia ontológica da CIPE®, a dor (código 10043950) é um termo-pai de outros relacionados à dor, sendo considerada foco de atenção, definida da seguinte forma:

Percepção prejudicada: Aumento de sensação desagradável no corpo; relato subjetivo de sofrimento, expressão facial de dor, alteração no tônus muscular, comportamento autoprotetor, foco de atenção reduzido, alteração do tempo de percepção, afastamento do contato social, processo de pensamento prejudicado, comportamento distraído, inquietação e perda do apetite (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, p. 137).

Ressalta-se que a CIPE® lista, em sua hierarquia, 23 termos isolados que representam tipologias da dor como foco de atenção e 12 DE ou RE, dentre eles, “dor, crônica” (código 10000546) (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).

A dor é considerada um sinal a ser avaliado, com potencial de desestabilização de sinais vitais. Embora as instabilidades que decorrem da dor sejam de amplo conhecimento, são poucos os serviços em saúde, especialmente na atenção primária, que realizam a mensuração da dor junto aos sinais vitais como rotina (ARAUJO; ROMERO, 2015).

Para que a dor seja contemplada em todos os seus aspectos, é imprescindível que seja avaliada, mensurada, tratada e reavaliada. Uma das formas de realizar sua mensuração é por intermédio de escalas, que podem ser numéricas, nominais, analógicas e ilustradas, também podendo ser divididas em unidimensionais ou multidimensionais (NASCIMENTO *et al.*, 2016).

Dentre as escalas unidimensionais, estão a escala numérica, que é utilizada atribuindo uma nota à percepção que o acometido tem de sua dor de 0 a 5 ou 0 a 10, sendo as maiores notas associadas a uma maior intensidade; e a Escala Visual Analógica (EVA), que se baseia em uma reta em que, a partir da avaliação visual, se pontua a intensidade da dor (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996; ARAUJO; ROMERO, 2015). Ainda, podem-se citar: a Escala de Descritor Verbal (EDV), a escala analógica de cores, a escala verbal de quatro termos (dor ausente, leve, moderada e intensa) e a escala de faces de dor (SBED, 2019). Já pelo questionário de dor de McGill, uma das escalas multidimensionais mais utilizadas, é possível avaliar as características da dor,

além de sua intensidade. O questionário breve de dor e a *Chronic Pain Grade* também estão entre os instrumentos amplamente utilizados (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996).

O relato verbal (autoavaliação) deve ser considerado na avaliação e mensuração da dor; acrescido a ele, podem ser avaliados os aspectos comportamentais a partir das expressões faciais, choro, postura, aspectos clínicos e diagnóstico médico (NASCIMENTO *et al.*, 2016). Ademais, na avaliação da dor, alguns parâmetros devem ser observados, como a intensidade, se é contínua ou intermitente, localização, grau de intensidade ao longo do dia ou ao realizar alguma atividade, nível de incapacidade associado a ela, bem como outros fatores que são desencadeados com a presença da dor e alteram a qualidade de vida (MOURA *et al.*, 2017).

A dor pode ser classificada por diversos critérios, tais como: patogênese (nociceptiva – somática ou visceral; neuropática – nervos periféricos, sistema nervoso central, raiz nervosa e psicossomática); duração (aguda ou crônica); local de origem; causa (oncológica, traumática, pós-operatória), entre outros (COSTA *et al.*, 2007). Cardoso (2012) a classifica, quanto à temporalidade, em aguda (duração previsível e autolimitada) e crônica (duração indeterminada); e, quanto aos mecanismos fisiopatológicos, em neuropática, dor nociceptiva e mista. No tocante à localização, a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED, 2019) menciona que as dores mais comuns no Brasil são, respectivamente, em membros superiores, cabeça, membros inferiores, difusas, região lombar, tórax, face e região cervical.

O manejo da dor pode ser realizado a partir de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Dentre as farmacológicas, está o uso de analgésicos, Anti-Inflamatórios Não Esteroidais (AINE) e opioides, no caso de dores intensas (PINHEIRO *et al.*, 2014). Já dentre as não farmacológicas, Silva e colaboradores (2019) citam: a menor manipulação do paciente, a diminuição de ruídos, a promoção de conforto, o oferecimento de luminosidade adequada, a termoterapia, a musicoterapia e o fortalecimento do vínculo entre o profissional e o paciente. Ainda, Pinheiro e colaboradores (2014) mencionam técnicas de relaxamento, estimulação cutânea, aromaterapia, toque terapêutico e imaginação guiada.

3.2 DOR CRÔNICA

A dor crônica – dor persistente ou recorrente por um período superior a três meses (MERSKEY, 1994) – foi incluída como uma doença pela Classificação Internacional de Doenças (CID-11), subdividida em dor crônica primária e secundária (PERROT *et al.*, 2019). A dor crônica primária está relacionada ao sofrimento emocional e/ou incapacidade funcional e não é capaz de ser esclarecida por outra condição; por sua vez, a dor crônica secundária pode ser relacionada ou decorrente de outra condição (PERROT *et al.*, 2019).

No escopo das práticas de enfermagem, “dor, crônica” é um DE da CIPE® desde a versão 1.0 (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020). Na NANDA-I (2021, p. 515), o DE “síndrome da dor crônica” é definido como “dor recorrente ou persistente há no mínimo 3 meses e que afeta significativamente o funcionamento diário ou o bem-estar”, tendo como características definidoras “ansiedade, constipação, distúrbio no padrão do sono, fadiga, insônia, isolamento social, medo, mobilidade física prejudicada, regulação do humor prejudicada e sobrecarga de estresse” e, como fatores relacionados, “afeto negativo, medo da dor, perturbações do sono, conhecimento inadequado sobre comportamentos de controle da dor e índice de massa corporal acima dos parâmetros normais para idade e sexo”.

Os estudos acerca da prevalência da dor crônica no mundo possuem grande variabilidade em virtude das populações selecionadas e dos conceitos de dor adotados; todavia, os estudos estimam que a prevalência seja de 18% nos países em desenvolvimento (SÁ *et al.*, 2019), 17,1% em países Europeus (REID, *et al.*, 2011) e 20,5% nos Estados Unidos (YONG; MULLINS; BHATTACHARYYA, 2021). Aguiar e colaboradores (2021) descrevem a prevalência de 45,59% de indivíduos com dor crônica na população adulta e idosa no Brasil, que pode ser considerada alta em comparação a países desenvolvidos e outros países em desenvolvimento. Entre 11,2% e 25% dos casos a dor crônica afeta indivíduos adultos, dos quais 4% a 16% de maneira intensa e incapacitante (TOYE *et al.*, 2017).

Um estudo realizado no Brasil verificou que indivíduos com dor crônica apresentavam dor em mais de um local do corpo (sendo mais prevalente na região lombar, membros inferiores, membros superiores, região cervical, região torácica e cabeça) e as principais causas associadas eram artrose, osteofitose, hérnia de disco, escoliose/lordose, fibromialgia e artrite (SILVA *et al.*, 2016).

A dor crônica é mais prevalente com o avançar da idade, devido ao processo de envelhecimento, principalmente as dores musculoesqueléticas, gerando diminuição da funcionalidade e da mobilidade (DELLAROZA *et al.*, 2013). Como é um fenômeno multifatorial, pode afetar aspectos físicos e emocionais, interferindo na qualidade de vida, na realização das atividades de vida diária, nas relações interpessoais e nos papéis representados dentro da família, trabalho e sociedade (MOURA *et al.*, 2022; SILVA, 2014). Pode, ainda, ser desencadeadora de incapacidade física e funcional, aumentar o grau de dependência, gerar alterações na sexualidade e na dinâmica familiar (MOURA *et al.*, 2017).

Os impactos negativos incluem alterações no humor, na autoestima, na atividade física e no lazer. As mudanças no humor justificam-se pelo convívio diário com a dor e suas limitações, gerando sentimentos de raiva, frustração e medo. O medo, especialmente o medo do sofrimento, é comum e muitas vezes diário, em face da presença da dor e da falta de perspectiva de melhora (MOURA *et al.*, 2022).

A dor crônica pode estar correlacionada com a depressão, ansiedade, alterações no apetite e na qualidade do sono, além de diretamente relacionada à diminuição da qualidade de vida. Sua associação com depressão e ansiedade potencializa o quadro e gera limitações (SILVA, S. *et al.*, 2021). Sua avaliação e tratamento são considerados mais complexos quando comparados aos da dor aguda, por envolver diversos aspectos a ser analisados (fatores afetivos, sociais, cognitivos, comportamentais, crenças, expectativas, valores, entre outros) (SALLUM; GARCIA; SANCHES, 2012).

O enfrentamento da dor é um processo individual, o que pode ser justificado pelas diferenças culturais, espirituais, psicossociais, genéticas e fisiológicas. Os fatores cognitivos e comportamentais, em específico, podem influenciar diretamente o enfrentamento da dor, assim como identificar as potencialidades e fragilidades pode auxiliar no planejamento de intervenções (SILVA, 2014).

3.2.1 Assistência de enfermagem à pessoa com dor crônica

Subjetiva e multifacetada, a dor possui várias dimensões para que seja compreendida. Devido a isso, é importante um olhar treinado do profissional para que todos os aspectos inerentes sejam identificados, especialmente pelo fato de ela se manifestar de forma diferente em cada indivíduo (ARAUJO; ROMERO, 2015).

A subjetividade da dor pode ser uma das barreiras enfrentadas pelos profissionais para o seu manejo e sua identificação, demonstrando a importância da capacitação dos profissionais para atendimento do público que é acometido por ela (ARAUJO; ROMERO, 2015). Assim, é importante que o atendimento às pessoas que apresentam dor seja individualizado e integral, incluindo a família. Nesse contexto, a abordagem multiprofissional e interprofissional pode ser facilitadora do cuidado integral, compreendendo e ouvindo o relato de dor individualmente, ou seja, como cada indivíduo lida ou sente a dor (MOURA *et al.*, 2017).

O guia orientador de boas práticas para dor, desenvolvido pela Ordem dos Enfermeiros de Portugal (2008), destaca que, no cuidado de enfermagem à pessoa com dor crônica, cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planejar e executar as intervenções necessárias para promoção de bem-estar. Quanto ao controle da dor, recomenda envolver a pessoa, cuidador e família no plano terapêutico, conhecer e prevenir interações medicamentosas e efeitos colaterais e aplicar intervenções não farmacológicas.

As intervenções que enfocam o autogerenciamento da dor e o aumento da autoeficácia podem gerar bons resultados no alívio da dor crônica (SILVA, 2014). Tais medidas podem aumentar a autonomia e facilitar o enfrentamento a partir da capacitação da pessoa em sofrimento pela dor crônica para o autocuidado, prestando apoio e valorizando a sua queixa (ANTUNES *et al.*, 2018). Ainda, intervenções não farmacológicas citadas por diversos autores incluem massagens, relaxamento, aplicação de frio ou calor, caminhadas, alongamentos, modificação no estilo de vida, intervenções psicológicas de baixa complexidade, treino de habilidades de *coping*, distração, toque terapêutico, conforto, auriculoterapia, entre outras (RÉGIS *et al.*, 2020; MORALES-FERNANDEZ *et al.*, 2016; ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008; NASSIF *et al.*, 2020).

O enfermeiro, a partir de uma abordagem holística, pode desempenhar um papel importante na gestão da dor crônica, promovendo o autocuidado, independência e bem-estar (MORALES-FERNANDEZ *et al.*, 2016). Os cuidados devem perpassar todos os aspectos do indivíduo, utilizando empatia, humanização e comunicação (RÉGIS *et al.*, 2020). As intervenções realizadas devem ser baseadas nas melhores evidências de cuidado, tendo em vista que as ações prestadas pelo enfermeiro podem aumentar a acessibilidade a cuidados que geralmente os indivíduos com dor não recebem (MORALES-FERNANDEZ *et al.*, 2016).

Realizar o registro e a organização do processo de avaliação e manejo da dor auxilia o enfermeiro a prestar um cuidado integral, respaldar e fomentar suas ações, para que atue de forma cada vez mais efetiva (MOURA *et al.*, 2017). Assim, o enfermeiro pode atuar amplamente e de forma sistematizada na atenção à pessoa com dor crônica, colocando em prática o PE e realizando um registro adequado; utilizando instrumentos para detecção da dor; aplicando intervenções não farmacológicas; realizando práticas educativas, trabalho com equipe multidisciplinar, visitas domiciliares, dentre outras práticas (ANTUNES *et al.*, 2018).

3.3 PROCESSO DE ENFERMAGEM

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2009), por meio da Resolução nº 358/2009, dispõe sobre a implementação do PE, o qual deve ser realizada em todos os ambientes em que ocorre o cuidado de enfermagem.

O PE é constituído por cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber: coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem); diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação; e avaliação de enfermagem. Para implementação, ele deve estar sustentado por uma teoria que norteie as suas etapas. Ao enfermeiro, cabem a liderança e a avaliação do PE, sendo o diagnóstico e planejamento de enfermagem práticas privativas do enfermeiro (COFEN, 2009).

O registro da assistência da equipe de enfermagem deve ser realizado em prontuário físico ou eletrônico, proporcionando organização e acesso de forma clara a essas informações aos demais integrantes da equipe de atenção, garantindo a continuidade e aumentando a qualidade do cuidado prestado (BARRAL *et al.*, 2012). O prontuário eletrônico é um recurso tecnológico que auxilia no planejamento e no processo de tomada de decisões. Como forma de registro de informações do paciente, ele otimiza o tempo de trabalho e acesso ao histórico de atendimentos e visa à melhoria da assistência ao paciente e à minimização de erros (MARTINS; SARTOR; SILVA, 2019).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, disposto na Resolução nº 564/2017, descreve, nos arts. 36 e 37, as determinações sobre o registro em prontuário, o qual deve ser claro, objetivo, completo e conter descrição formal das etapas do PE (COFEN, 2017).

No que tange ao PE no contexto do atendimento às pessoas com dor, a coleta de dados deve ser abrangente; as informações da observação quanto às manifestações comportamentais devem ser registradas; o exame físico deve ser completo e detalhado; os diagnósticos e intervenções devem ser assertivos e compreender todos os aspectos e dimensões da dor (MOURA *et al.*, 2017). Parte desses registros se vale de terminologias padronizadas, que serão abordadas a seguir.

3.4 TERMINOLOGIAS

A criação e utilização de palavras para denominar conceitos não vêm de hoje; desde meados do século XX, se estuda sobre a temática, tendo a especialização dos diversos saberes proporcionado o desenvolvimento de terminologias específicas (KRIEGER; FINATTO, 2004).

A terminologia, como palavra, possui três significados: o conjunto de termos de um domínio, a disciplina científica que os estuda e a terminologia como prática (SANTOS, 2006). Por essa característica, ela é definida de vários modos. Por exemplo, Pavel e Nolet (2001, p. 7) a conceituam como

conjunto de palavras técnicas pertencentes a uma ciência, atividade profissional, pessoa ou grupo social [...] disciplina linguística dedicada ao estudo científico dos conceitos e dos termos usados nas línguas de especialidade.

A ISO 1087 (ISO, 1990, p. 12) define terminologia como “estudo científico dos conceitos e dos termos em uso nas línguas de especialidade”, enquanto Cabré (1999, p. 18) afirma que,

como produto, é o conjunto de termos de uma determinada especialidade [...] como disciplina é a matéria que se ocupa dos termos especializados [...] como prática é o conjunto de princípios encaminados à recopilação de termos.

Na enfermagem, as terminologias surgiram a partir das iniciativas para identificar e nomear os elementos da prática profissional, por diversas necessidades encontradas, como a implementação dos sistemas computacionais e a documentação da prática clínica (NÓBREGA *et al.*, 2008). O uso de terminologias padronizadas ampara as etapas do PE e propicia consistência nos registros; portanto, as linguagens

padronizadas são essenciais para o desenvolvimento da enfermagem como disciplina e profissão (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013).

Os sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem organizam conceitos referentes aos DE, RE e IE, podendo uma ontologia auxiliar na organização de conceitos, pois tem como finalidade “criar terminologias, codificar o conhecimento ou representações formais para que possa ser compartilhado” (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013, p. 136).

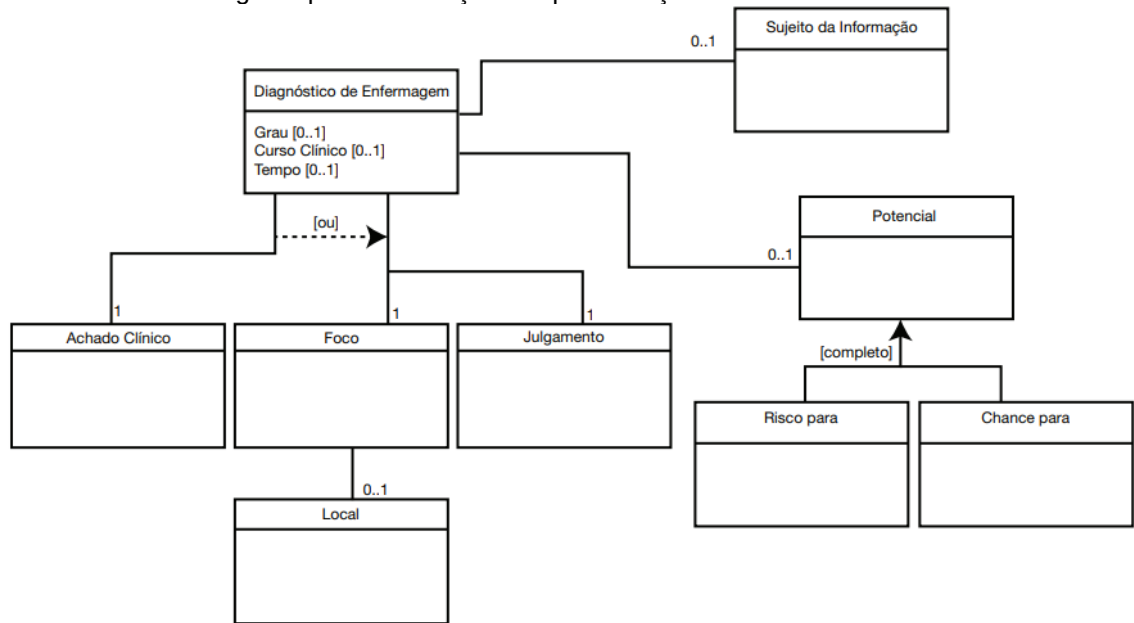
Dentre as terminologias e classificações de enfermagem, podem-se destacar: a NANDA-I, a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), a Classificação de Cuidados Clínicos (CCC), o Sistema Omaha e a CIPE® (NÓBREGA *et al.*, 2008). Essa última é a classificação utilizada nesta pesquisa e será detalhada a seguir.

3.4.1 CIPE®

A CIPE® é uma terminologia padronizada desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) e considerada uma tecnologia da informação, por propiciar a coleta, armazenamento e análise de dados de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020). Até a versão 2019/2020, a classificação seguia, para construção dos DE, RE e IE, a norma ISO 18104 (ISO, 2014), que normatiza as estruturas de representação e propicia a interoperabilidade das informações (ISO, 2004). As Figuras 1 e 2 apresentam a estrutura organizacional para construção de DE, RE e IE, sendo essa última considerada ação de enfermagem.

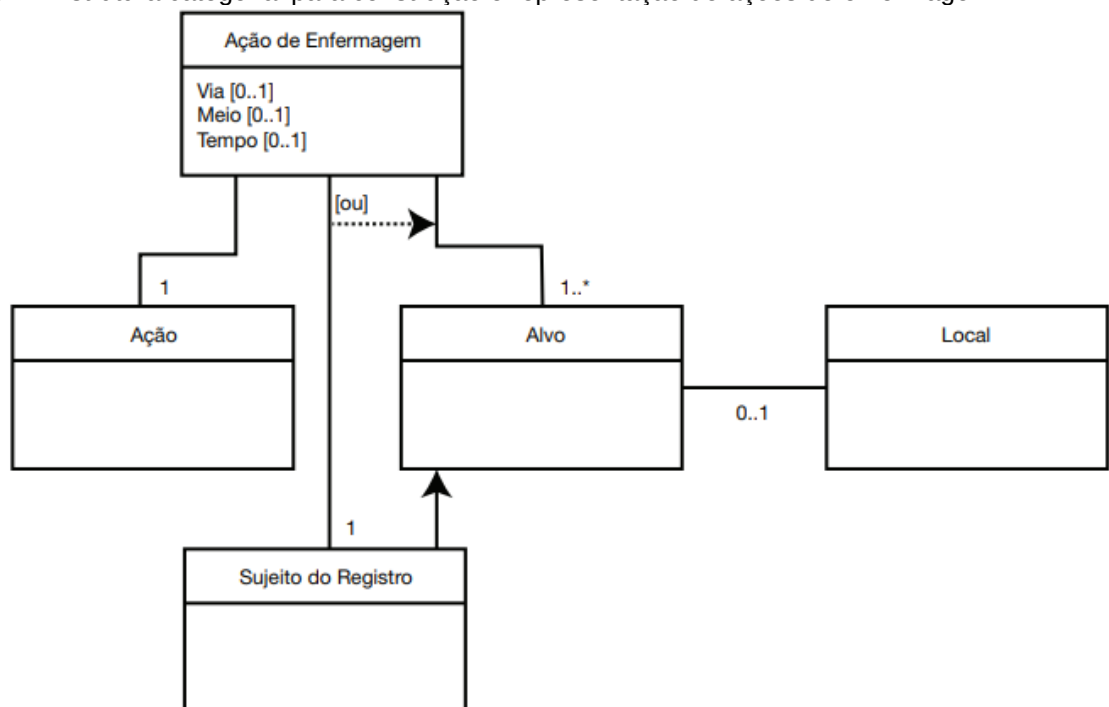
Ressalta-se que, embora em 2023, a ISO 18104 tenha sido atualizada, esta pesquisa, por sua temporalidade, utilizou a norma anterior. O produto do projeto matriz fará os ajustes, caso necessário.

Figura 1 – Estrutura categorial para construção e representação de DE e RE



Fonte: ISO (2014).

Figura 2 – Estrutura categorial para construção e representação de ações de enfermagem



Fonte: ISO (2014).

A ISO 18104 (ISO, 2014) orienta que um enunciado de DE (Figura 1) pode:

- Ser expresso como um julgamento sobre o foco (podendo este ser qualificado pelo lugar).
- Ser expresso como um achado clínico.
- Ter um potencial associado com chance de ou risco de ocorrer um DE.

- d) Estar associado ao sujeito da informação.
- e) Ser qualificado por grau, curso clínico e tempo.

Quanto à ação de enfermagem (Figura 2), a normativa estabelece que:

- a) Deve estar presente um descritor para ação.
- b) Deve ter ao menos um descritor para alvo, com exceção quando o único alvo é o sujeito de registro.
- c) Pode ser qualificada por meios, via e tempo.
- d) O alvo pode ser qualificado com o local.

Até 2020, a CIPE® foi publicada em 11 versões. Três delas foram consideradas *draft*: Alfa (1996), Beta (1999) e Beta 2 (2001), sendo as demais: versão 1.0 (2005), versão 1.1 (2008), versão 2.0 (2009), 2011, 2013, 2015, 2017 e 2019/2020.

Da versão 1.0 até a 2019/2020, a CIPE® se estruturou em um modelo de sete eixos (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020), conforme a Figura 3.

Figura 3 – Modelo de sete eixos da CIPE®



Fonte: Garcia, Nóbrega e Cubas (2020, p. 24).

A definição dos eixos da CIPE® e exemplos de termos para cada eixo são apresentados na Figura 4.

Figura 4 – Eixos da CIPE®, definição e exemplos de termos

FOCO	→	Área de atenção relevante para a Enfermagem	→	Ex: Alergia, ferida, constipação, hipertensão
JULGAMENTO	→	Opinião clínica ou determinação relacionada ao foco	→	Ex: diminuído, grande, prejudicado, simples
MEIOS	→	Método para executar uma intervenção	→	Ex: agulha, dispositivo, enfermeiro, serviço de saúde
AÇÃO	→	Processo intencional aplicado/desempenhado ao/pelo cliente	→	Ex: aconselhar, administrar, observar, prevenir
TEMPO	→	Momento, período, instante, intervalo, duração	→	Ex: crônico, menarca, visita domiciliar
LOCALIZAÇÃO	→	Orientação anatômica ou espacial	→	Ex: antebraço, intestino, unidade de atenção à saúde
CLIENTE	→	Sujeito a quem o diagnóstico se refere/beneficiário	→	Ex: grupo, idoso, paciente, cuidador

Fonte: Adaptado de Garcia, Nóbrega e Cubas (2020).

A CIPE® é abrangente, possibilita a visibilidade e aprimoramento da prática de enfermagem, pode ser utilizada nos mais diversos cenários de atenção à saúde e permite aos enfermeiros, a partir de sua estrutura, o desenvolvimento do raciocínio clínico para o cuidado (BARRA; DAL SASSO, 2012).

Recentemente, a *Systematized Nomenclature of Medicine International* (SNOMED International) e o CIE realizaram um acordo para gestão, produção e distribuição da CIPE® por meio da SNOMED – *Clinical Terms* (SNOMED-CT) (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2020), que é um vocabulário controlado que tem como objetivo padronizar a representação de frases clínicas, permitindo interpretá-las de forma automática, propiciando a interoperabilidade nos registros de saúde (IHTSDO, 2018). A inclusão dos conceitos da CIPE® na SNOMED-CT auxilia na distribuição e utilização daquela nos países em que esta já está consolidada, visto que a terminologia é considerada a maior do mundo entre as terminologias clínicas (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2020).

A CIPE® possui expressiva contribuição científica no cenário brasileiro e maior proximidade com a enfermagem em comparação com a SNOMED-CT (CUBAS; NÓBREGA, 2022). Diante dessa perspectiva e do fato de a SNOMED-CT não estar traduzida para o português, deverá ser realizado mapeamento cruzado dos resultados do projeto matriz com a SNOMED-CT.

Outro fato a ser destacado é que no Brasil, após a revogação da Portaria MS nº 2.073/2015, que instituía a SNOMED-CT como padrão para interoperabilidade, não se sabe qual padrão será incorporado pelo país (CUBAS; NÓBREGA, 2022). Assim, é prudente que se utilize o modelo anterior, mas seja vislumbrada a interoperabilidade com cenários de outros países que adotam a SNOMED-CT como padrão de interoperabilidade.

3.4.2 Subconjuntos da CIPE®

Os subconjuntos terminológicos têm como proposta facilitar o uso da CIPE®, subsidiando a prática do enfermeiro, permitindo o uso de linguagem padronizada e contribuindo para o raciocínio clínico, planejamento e avaliação do cuidado em contextos específicos (SIEGA *et al.*, 2020). Eles auxiliam nas necessidades de subsidiar sistemas de informação de saúde e possibilitam a elaboração de diagnósticos, resultados e intervenções para áreas específicas da enfermagem (CLARES *et al.*, 2013). Cavalheiro e colaboradores (2021) citam em seu estudo que a falta de tempo pode ser um fator prejudicial à qualidade do cuidado prestado durante a consulta de enfermagem, destacando, assim, uma das contribuições dos subconjuntos.

Quanto ao processo de elaboração de subconjuntos terminológicos, o CIE indica dez passos (ICN, 2008):

- a) Definir a clientela ou prioridade de saúde.
- b) Registrar a relevância para a enfermagem.
- c) Entrar em contato com o CIE para trabalho em rede e verificar originalidade da proposta.
- d) Utilizar os sete eixos da CIPE® e as orientações do CIE para a composição de enunciados.
- e) Buscar evidências na literatura para elaboração dos enunciados dos DE, RE e IE.
- f) Elaborar aplicações de suporte ou instrumentos de documentação para a clientela e problema de saúde.
- g) Validar os enunciados com especialistas ou com a clientela escolhida.
- h) Acrescentar, excluir ou revisar os enunciados, se necessário.
- i) Desenvolver junto ao CIE um texto final.

j) Auxiliar o CIE na divulgação do subconjunto.

Outros métodos para elaboração de subconjuntos foram propostos, como o de Coenen e Kim (2010) e o método brasileiro (NÓBREGA *et al.*, 2015). O primeiro é composto por seis passos: identificar clientela e prioridade de saúde; agrupar termos e conceitos relevantes; mapear os conceitos identificados com a CIPE®; delinear novos conceitos; finalizar; e divulgar o catálogo (COENEN; KIM, 2010). Já o método brasileiro determina três pré-requisitos: escolha de um modelo teórico que embase o subconjunto; definição de uma clientela e/ou prioridade de saúde; e justificativa da relevância para a enfermagem, compreendendo quatro etapas: identificação dos termos relevantes; mapeamento cruzado com a CIPE®; construção de enunciados de DE/RE e IE; e estruturação final do subconjunto (CARVALHO; CUBAS; NÓBREGA, 2017; NÓBREGA *et al.*, 2015).

O CIE disponibiliza os catálogos da CIPE® contendo subconjuntos terminológicos desenvolvidos em diversos países (Escócia, Austrália, Estados Unidos, Canadá, China, México, Chile, Noruega, Portugal e Brasil), dentre eles: enfermagem comunitária; enfermagem em desastres; cuidados de enfermagem de crianças com HIV/Aids; adesão ao tratamento – hipertensão; indicadores de RE; gerenciamento de dor pediátrica; cuidados paliativos; parcerias com indivíduos e famílias para promover a adesão ao tratamento; cuidados de enfermagem pré-natal; demência em cuidados comunitários; manejo da dor pediátrica; saúde mental; processo familiar; e cuidados críticos (QUERIDO, 2019).

No Brasil, o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® e alguns programas de pós-graduação vêm trabalhando na elaboração e validação de subconjuntos, dentre eles: pacientes com insuficiência cardíaca congestiva; dor oncológica; pessoas idosas institucionalizadas; pessoas idosas na comunidade; pessoas com diabetes mellitus na atenção especializada; acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos de idade; crianças e adolescentes vulneráveis à violência doméstica; enfermagem em cuidados paliativos para um morrer com dignidade; cuidado para com as pessoas com eventos adversos pós-vacinação; idosos na atenção primária; e idosos com traumas musculoesqueléticos de membros inferiores (CARVALHO; CUBAS; NÓBREGA, 2017).

A maior parte das publicações brasileiras (de 2007 a 2017) acerca da temática vem do Nordeste do país (57,14%), seguida do Sudeste (25,71%), Centro-Oeste (2,86%) e Sul (2,86%); e é ligada a programas de pós-graduação. Dentre os estudos

publicados, as clientela ou prioridades em saúde com maior concentração de estudo são: paciente oncológico (20%), idoso (20%), criança/adolescente (11,44%), portadores de HIV/Aids (5,71%) e portadores de insuficiência cardíaca congestiva (5,71%). Quanto ao modelo teórico escolhido para construção dos subconjuntos, há predominância da teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Aguiar Horta (42,9%) (QUERIDO, 2019).

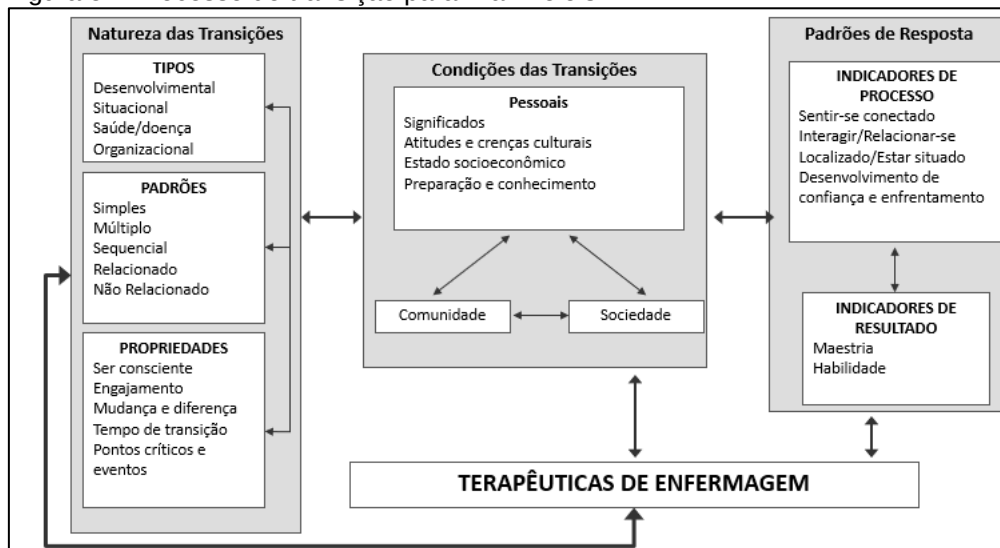
O cenário de pesquisa atual sobre a construção de subconjuntos terminológicos aponta lacunas do conhecimento que necessitam ser preenchidas quanto a outros fenômenos sensíveis a IE, como a dor crônica.

3.5 BASE TEÓRICO-METODOLÓGICA

3.5.1 Teoria das transições de Afaf Meleis

A teoria das transições da enfermeira Afaf Ibrahim Meleis é uma teoria de médio alcance, sendo a transição vista como um processo de passagem de um estado estável para outro, a partir de uma mudança (MELEIS, 2010). A teoria contempla a natureza das transições, as condições das transições, os padrões de resposta e a terapêutica de enfermagem, como ilustra a Figura 5.

Figura 5 – Processo de transição para Afaf Meleis



Fonte: Costa (2016, p. 139).

Quanto à natureza das transições, a Dra. Afaf Meleis elenca quatro tipos de transição: desenvolvimentais, situacionais, saúde-doença e organizacionais. As

desenvolvimentais são as transições que ocorrem ao longo dos ciclos de vida, a exemplo do processo de maternidade e paternidade, gestação, puerpério, menopausa, envelhecimento, passagem da infância para a adolescência, menarca e processo de morte. Pode englobar situações relacionadas ao desenvolvimento, como formação de identidade, uso indevido de drogas, doenças sexualmente transmissíveis e falta de planejamento familiar (transições significativas no processo da adolescência), bem como aposentadoria e doenças crônicas (transições significativas no processo de envelhecimento) (MELEIS, 2010).

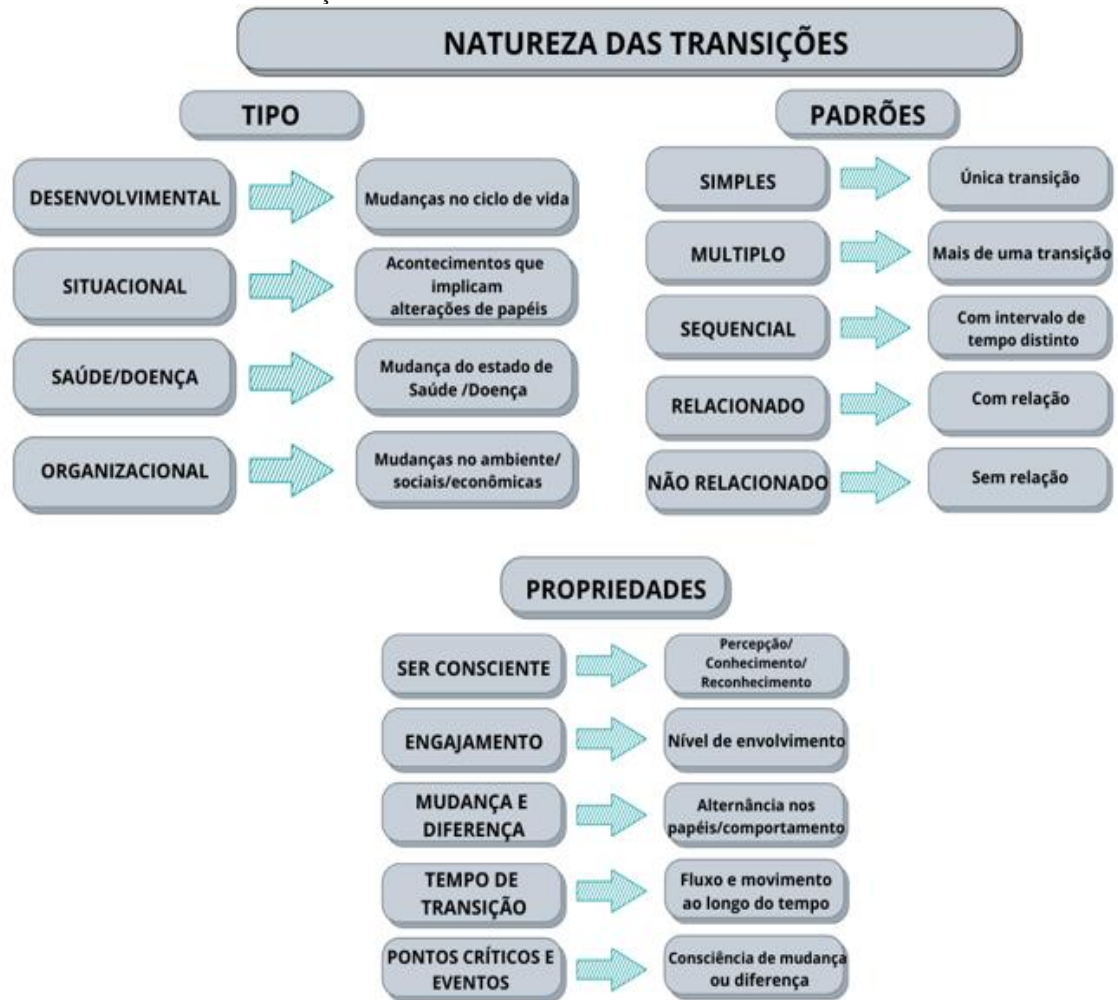
As transições **situacionais** são desencadeadas por eventos que exigem mudanças espaciais ou geográficas e de papéis no contexto de inserção do indivíduo. Eventos como mudanças de relacionamento (a exemplo do divórcio), falta de moradia, migração, transferência de um idoso de sua residência para uma instituição de longa permanência, perda ou chegada de um membro ao núcleo familiar podem ser caracterizados como transições situacionais (MELEIS, 2010).

As transições de **saúde-doença** são influenciadas pela diversidade cultural, idade, diversidade de doenças e campos (doenças crônicas ou agudas, campo de saúde mental, de cuidados paliativos, cuidados cirúrgicos, entre outros). Representam a passagem de um estado de bem-estar para doença (aguda ou crônica) ou de doença para bem-estar (MELEIS, 2010).

As transições **organizacionais** são desencadeadas por mudanças de lideranças, políticas, práticas, modelos de atenção, tecnológicas, sociais, econômicas, alterações nas estruturas e dinâmicas organizacionais. Mudanças na comunidade, de gestores, saída do emprego, novas políticas e novos modelos de cuidado de enfermagem podem exemplificar transições situacionais (MELEIS, 2010).

A Figura 6 detalha a natureza das transições quanto ao tipo, padrões e propriedades.

Figura 6 – Natureza das transições



Fonte: Adaptado de Meleis (2010).

Em relação às condições das transições, os fatores pessoais, ambientais e sociais podem influenciar diretamente, facilitando ou dificultando o alcance de uma transição saudável. No tocante aos padrões de resposta, as transições, com os indicadores de processo e resultado, podem designar se a transição é saudável. Esses indicadores auxiliam a compreender se a transição está no caminho da saúde e do bem-estar ou no de vulnerabilidade e risco (MELEIS *et al.*, 2000).

Meleis (2010) elenca três categorias de transição: transições saudáveis, transições insalubres e transições ineficazes. Considerando sua teoria, as ações da enfermagem podem auxiliar o alcance de transições saudáveis, favorecendo estratégias de enfrentamento.

As condições das transições podem ser facilitadoras ou inibidoras de uma transição saudável. Segundo Meleis (2010), elas envolvem fatores pessoais, sociais

e da comunidade, incluindo significados, expectativas, nível de conhecimento, habilidades, ambiente, nível de planejamento, bem-estar físico e emocional.

Os fatores pessoais relacionam-se com o significado o que indivíduo atribui ao evento(s) relacionado(s) a transição, sendo os significados positivos facilitadores do processo de transição, embora muitas pessoas não atribuam nenhum significado ou atribuam um significado negativo ao processo. As atitudes e as crenças culturais podem influenciar diretamente no processo de transição, sendo atitudes negativas e crenças culturais limitantes consideradas inibidoras do processo de transição, bem como as condições socioeconômicas desfavoráveis e a falta de conhecimento sobre o processo. Considera-se um facilitador do processo de transição estar preparado para o processo de mudança (COSTA, 2015; MELEIS, 2010; MELEIS, 2000).

Os fatores comunitários podem ser facilitadores quando o indivíduo recebe apoio e informações adequadas, e inibidoras quando o indivíduo recebe suporte inadequado, ausência ou inadequação de informações, recursos insuficientes para enfrentamento da situação, estigmas e negatividade. Já nos fatores sociais, as desigualdades e os aspectos culturais e políticos podem ser considerados inibidores (COSTA, 2015; MELEIS, 2010; MELEIS, 2000).

Os padrões de resposta estão relacionados aos comportamentos observáveis ou não que ocorrem nas transições, dividindo-se em indicadores de processo e indicadores de resultados, que auxiliam a caracterizar uma transição saudável (MELEIS, 2010).

Dentre os indicadores de processo, Meleis (2010) elenca: sentir-se conectado (conexão com amigos e familiares, rede de apoio e estar conectado aos profissionais de saúde); interagir e relacionar-se (interação e relacionamentos interpessoais efetivos); estar localizado e situado (criação de significados e percepções, situar-se em tempo, espaço e em suas relações); e desenvolver confiança e enfrentar (convivência com limitações, desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, aumento da autoconfiança).

Os indicadores de resultado dividem-se em maestria e habilidade. O desenvolvimento de novas competências, trazido pela teórica como maestria, é delineado pelo gerenciamento de novas situações, capacidade de tomada de decisão, monitoramento e interpretação de sintomas, capacidade de agir, ajustar-se e atuar de forma colaborativa. A habilidade (identidade integrativa e fluida) caracteriza-se pela capacidade de adaptação, reformulação e transição fluída (MELEIS, 2010).

A teoria das transições foi aplicada em diversos estudos brasileiros (MOTA *et al.*, 2015; SILVA, C. *et al.*, 2021; GUIMARÃES *et al.*, 2019; NUNES *et al.*, 2019). Correlacionada à CIPE®, foi utilizada como modelo teórico para o subconjunto terminológico para mulheres com HIV/Aids (BESERRA, 2018) e o subconjunto terminológico para pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico (ALMEIDA, 2022).

3.6 DEFINIÇÕES OPERACIONAIS E SUA VALIDAÇÃO

As definições operacionais dão significado a partir da organização de um conceito por meio da observação de atividades que consigam mensurá-lo; elas descrevem “o que” e “como” será feita a mensuração (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2010; BOERY; GUIMARÃES; BARROS, 2005). São relevantes nas pesquisas de DE por auxiliarem a preencher uma lacuna entre a observação e a investigação científica. Ainda, auxiliam na aproximação entre a teoria e a prática e propiciam maior confiabilidade e validade aos dados ligados aos DE (BOERY; GUIMARÃES; BARROS, 2005).

Os estudos de validação dos componentes dos DE são importantes para consolidação e visibilidade da prática profissional, além de auxiliar o aperfeiçoamento das classificações de enfermagem, a tomada de decisão e o senso crítico do enfermeiro. Os estudos que contemplam definições conceituais e operacionais colaboram para que os itens que compõem o DE sejam mais claros, abrindo espaço para discussão das melhores evidências científicas de cuidado disponíveis para aquela clientela específica (CORREIA; DURAN, 2017).

No âmbito da CIPE®, Silva (2014) realizou a validação das definições operacionais dos enunciados do subconjunto terminológico para cuidados paliativos para um morrer com dignidade. Para tal, utilizou a metodologia de Waltz, Strickland e Lenz (2010), que se constitui por revisão da literatura, mapeamento do significado do conceito e afirmação da definição operacional. Silva (2014) construiu as definições com o uso de livros, das definições descritas na ontologia da CIPE® e de dicionários técnicos de enfermagem e saúde.

Por sua vez, Félix (2019), ao construir as definições operacionais dos elementos do subconjunto terminológico para pessoas com síndrome metabólica, base conceitual para a teoria de médio alcance do cuidado no contexto de risco

cardiovascular, utilizou cinco etapas: elaboração de uma definição preliminar; revisão da literatura; elaboração ou identificação de características específicas; mapeamento do significado do conceito; e afirmação da definição operacional. Para a revisão de literatura, utilizou literatura cinzenta, dicionários de português, de saúde e enfermagem, além de definições anteriormente construídas para os enunciados de DE elaborados, oriundas de outros subconjuntos ou terminologias de enfermagem.

Para este estudo, definiram-se as três etapas de Waltz, Strickland e Lenz (2010): revisão da literatura, mapeamento do significado do conceito e afirmação da definição operacional.

A etapa de revisão de literatura consiste em revisar a literatura relevante ao objeto de estudo, podendo ser consultadas fontes advindas de dicionários e literatura profissional que auxiliarão na compreensão de conceitos, atributos e aspectos de seu significado (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2010).

A etapa de mapeamento de significado consiste em determinar quais estruturas identificadas na revisão de literatura são úteis para especificar o elemento analisado e em analisar as variáveis identificadas. Para realizar essa análise, é indicado o desenvolvimento de um esquema lógico para organizar o conceito e identificar aspectos relevantes e irrelevantes. Podem ser utilizadas estratégias como listas com os principais elementos em um esquema de organização, a fim de identificar semelhanças e diferenças, o que pode ser operacionalizado com a construção de esboços, diagramas, esquemas e tabelas (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2010).

Uma vez realizado o mapeamento do significado, é possível construir a afirmação operacional com base nas análises realizadas, devendo a definição ser esclarecedora, mesmo que às vezes não exima o leitor de realizar leituras complementares. Definições existentes podem ser utilizadas na construção, para aumentar o acúmulo de evidências do conceito (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2010).

4 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa, com fase de validação de conteúdo. Faz parte da terceira etapa de um projeto matriz, intitulado “Dor crônica: boas práticas para o cuidado de enfermagem por meio de subconjunto terminológico da CIPE® baseado na teoria das transições”².

De acordo com Prodanov e Freitas (2013, p. 52), a pesquisa descritiva se dá

quando o pesquisador apenas registra e descreve os fatos observados sem interferir neles. Visa a descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de levantamento.

Já a abordagem quantitativa “considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las” (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 69). Por sua vez, a validade de conteúdo examina de forma sistemática o conteúdo para verificar se ele é representativo dentro do seu domínio. A validação ocorre a partir da elaboração de definições operacionais dos conceitos, seguida por avaliação por peritos (especialistas) (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008; APA, 1985).

4.1 BASE EMPÍRICA

Este projeto tem como base empírica o resultado das duas primeiras etapas da pesquisa matriz, a qual é composta por quatro etapas: a identificação de termos relevantes; o mapeamento cruzado entre o banco de termos e a CIPE®; a construção de DE, RE e IE e validação de conteúdo; e a estruturação do subconjunto terminológico da CIPE®. Foi utilizada a metodologia brasileira para construção de subconjuntos, por ter seus passos definidos de forma detalhada e uniforme (CARVALHO; CUBAS; NÓBREGA, 2017).

Especificamente, foi utilizado um banco de termos gerado após o mapeamento, composto por 3.483 termos (Anexo G). Além disso, empregou-se a CIPE® versão 2019/2020, traduzida para o português (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020), que

² Pesquisa fomentada pela Fundação Araucária (SUS2020131000004, CP11/2020 PPSUS Edição 2020/2021); e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (403654/2021-1 chamada CNPq Universal nº 18/2021 – Faixa B).

possuiu 4.475 termos, distribuídos em dez conceitos organizadores, 2.035 conceitos pré-coordenados e 2.430 conceitos primitivos.

4.1.1 Descrição das etapas antecedentes

A identificação de termos relevantes (etapa 1 do projeto matriz) foi operacionalizada por uma bolsista de iniciação científica, com o auxílio de membros do grupo da pesquisa matriz³. Inicialmente, foram selecionados artigos de três bases – Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Excerpta Medica Database (Embase) e Web of Science –, a partir das palavras-chave “*Nursing*” and “*Chronic Pain*”. Para extração dos termos, os artigos selecionados foram processados na ferramenta semiautomática Poronto (ZAHRA; CARVALHO; MALUCELLI, 2013). A partir da extração, os termos foram avaliados por membros do grupo de pesquisa e selecionados por sua relevância, considerando os seguintes critérios: pertencer ao domínio da enfermagem, ser clinicamente relevante, coeso com o conhecimento científico e não violar a estrutura ontológica da CIPE®. O resultado desta etapa gerou um banco com 1.120 termos (banco de termos 1).

Os termos relevantes foram mapeados com a CIPE® 2019/2020 (etapa 2), com o uso da ferramenta computacional MappICNP (RONNAU *et al.*, 2019). A etapa foi operacionalizada por bolsista de iniciação científica, com o auxílio de membros do grupo da pesquisa. Os termos para os quais não se encontraram equivalências por meio do MappICNP foram analisados manualmente por membros da equipe.

O resultado do mapeamento gerou um banco com 3.483 termos (banco de termos 2). As regras utilizadas no mapeamento cruzado a partir da ferramenta computacional foram:

- a) mapeamento direto: quando o termo do documento fonte e alvo são exatos;
- b) *lemmatization*: o mapeamento é realizado por meio da unidade léxica da palavra (exemplo: entrevista e entrevistar);
- c) *stemming*: o termo é mapeado por meio da redução ao radical da palavra (exemplo: adaptar e adaptação);

³ Francine Dutra Mattei (enfermeira, doutoranda do PPGTS da PUCPR), Amanda de Souza Ferrari (enfermeira, mestranda do PPGTS da PUCPR), Jasmine Emanuelle Ferreira Pacheco de Castro (estudante da graduação em Enfermagem da PUCPR, PIBIC), Lia Híria Campos (aluna da graduação em Enfermagem da PUCPR, PIBIC; a partir de 2023, mestranda do PPGTS da PUCPR).

d) termo mais restrito: o termo fonte é mais restrito que o termo alvo (exemplo: “adverso” e “interação medicamentosa, adversa”).

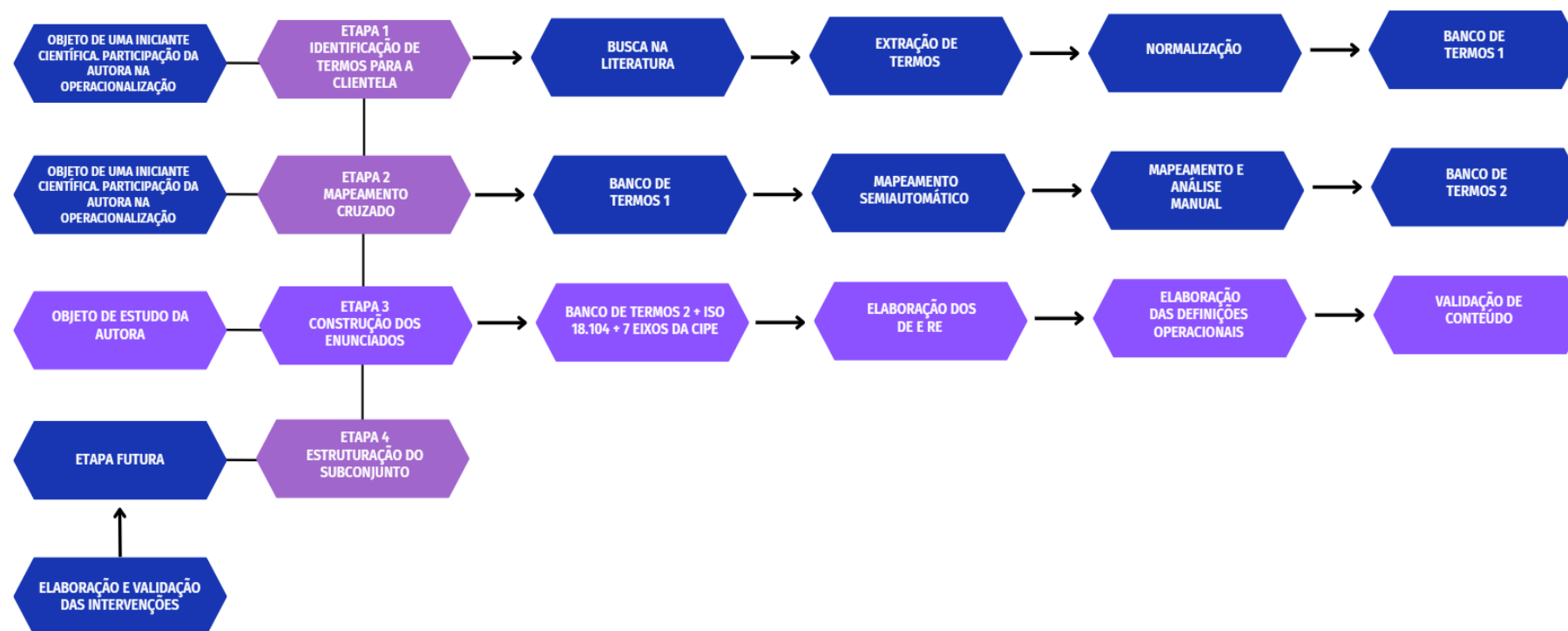
e) termo mais abrangente: o termo fonte que é mais abrangente do que o termo alvo (exemplo: “abuso de álcool” e “abuso”) (TORRES et al., 2020).

Com exceção do mapeamento direto, a ferramenta lista possíveis termos equivalentes aos termos da CIPE® (termos candidatos). O resultado do mapeamento está exemplificado no ANEXO G.

4.1.2 Delimitação do projeto

A Figura 7 representa a delimitação deste estudo e a participação da autora nas etapas de elaboração do subconjunto terminológico para o cuidado à pessoa com dor crônica.

Figura 7 – Organograma da delimitação do projeto, etapas antecedentes, futuras e operacionalizadas pela autora



Fonte: A autora (2023).

Legenda:

- Etapas antecedentes à dissertação e etapas futuras
- Objeto de estudo da dissertação
- Etapas de elaboração do subconjunto

4.2 CONSTRUÇÃO DOS CONCEITOS DE DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS DE ENFERMAGEM E DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

A construção dos conceitos de diagnósticos e resultados ocorreu por meio da aplicação dos critérios da norma ISO 18104 (ISO, 2014) e do modelo de sete eixos da CIPE® para os termos identificados na etapa de mapeamento cruzado (Anexo G) (CUBAS; NÓBREGA, 2015). Foram utilizados, para tanto, um termo do eixo “foco” e um termo do eixo “julgamento”, sendo incluídos, se pertinente ao objeto da pesquisa, termos dos eixos “tempo”, “localização” e “cliente” ou termos expressos como achados clínicos (ISO, 2014). As intervenções serão elaboradas em etapa subsequente.

Posteriormente, os conceitos de diagnósticos e resultados foram mapeados com a CIPE®, utilizando a ferramenta computacional MappICNP (RONNAU *et al.*, 2019), aplicando apenas a técnica de mapeamento direto, identificando os termos constantes ou não na terminologia. Os enunciados não constantes foram submetidos à análise de similaridade e abrangência com os termos da CIPE® (2019/2020), baseada nos graus de equivalência da norma ISO 12300 (ABNT, 2016).

As definições operacionais para os conceitos de diagnósticos e resultados elaborados foram construídas utilizando as etapas apresentadas por Waltz, Strickland e Lenz (2010), a saber: revisão da literatura; mapeamento do significado do conceito; e afirmação da definição operacional.

4.2.1 Revisão da literatura

Para a etapa de revisão de literatura, utilizou-se:

- a) literatura cinzenta;
- b) dicionário de língua portuguesa (HOUAISS, 2009);
- c) dicionários técnicos da área da saúde (ANDERSON; ANDERSON, 2001; COSTA, 2005; POSSARI, 2011; SANTOS, 2005);
- d) definições dos termos constantes nos eixos da CIPE®;
- e) definições constantes na NANDA-I;
- f) definições anteriormente validadas para os enunciados de DE/RE elaborados oriundas de outros subconjuntos ou terminologias de enfermagem;

Quando necessário, e esgotados os critérios anteriores, foi realizada busca na literatura científica nas bases de dados BVS, Embase, Web of Science e Periódico CAPES, em busca de artigos científicos dos últimos 10 anos, em português, inglês e espanhol, utilizando como descritores “dor crônica” AND “enunciado” (a exemplo “dor crônica” AND “problema de continuidade do cuidado”).

Para seleção dos artigos e inclusão na revisão utilizou-se os seguintes critérios: conteúdo com relação ao enunciado; conteúdo com relação a dor crônica; conter definição ou características definidoras para o enunciado pesquisado. A busca era finalizada assim que encontrado conteúdo que sustentasse a definição operacional, visto que a pesquisa não tinha como objetivo realizar revisão sistemática ou integrativa.

4.2.2 Mapeamento do significado do conceito

Para o mapeamento do significado, os autores recomendam desenvolver um esquema lógico para organização do significado do conceito. A organização deve buscar aspectos objetivos, subjetivos e não relevantes (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2010).

Para mapeamento do significado do conceito nesta pesquisa foram empregados quadros comparativos (Apêndice D). A revisão de literatura foi organizada em quadros, contendo seis colunas que contemplavam os enunciados e cada fonte da revisão de literatura, a fim de possibilitar a identificação de semelhanças e diferenças entre as definições.

4.2.3 Afirmação da definição operacional

A afirmação da definição operacional se deu pelo agrupamento de informações similares ou complementares por meio de análise das fontes constantes nos quadros comparativos (Apêndice D) e de análise da relação do enunciado com o conceito de diagnóstico e resultado e com a teoria das transições de Afaf Meleis.

Para os DE/RE já constantes na CIPE® e cuja definição adotada pela terminologia contemplasse os aspectos necessários para sua utilização no contexto da dor crônica, optou-se por usar a definição já estabelecida pela terminologia, sem necessidade de validação.

4.2.4 Categorização conforme a teoria das transições

Os enunciados e suas respectivas definições operacionais após sua elaboração foram categorizados de acordo a Teoria das Transições de Afaf I. Meleis.

Meleis (2010) define que as transições podem ter condições que são facilitadoras ou inibidoras do processo de transição saudável, sendo as condições relacionadas a fatores pessoais, sociais e comunitários. Ainda, determina que as condições pessoais podem ser relacionadas ao significado atribuído a elas, as atitudes e crenças culturais do indivíduo, ao status socioeconômico e ao nível de preparação e conhecimento.

Diante disso, esta dissertação categorizou os enunciados conforme as condições da transição. Ainda, destaca-se que outros autores (OLIVEIRA *et al*, 2020; ALMEIDA, 2022) já utilizaram tal categorização para organização de enunciados de subconjuntos CIPE®.

4.3 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

A lista dos diagnósticos e resultados construída e suas definições operacionais foram submetidas à validação de conteúdo por 65 enfermeiros, divididos em três grupos: 30 enfermeiros brasileiros especialistas em dor, 30 enfermeiros da APS de um município da região metropolitana de Curitiba e cinco enfermeiros especialistas atuantes no atendimento à dor crônica em serviços de saúde portugueses.

4.4 SELEÇÃO E RECRUTAMENTO DOS ESPECIALISTAS

A seleção dos enfermeiros especialistas brasileiros ocorreu de forma intencional, pela busca dos autores de artigos científicos sobre cuidados de enfermagem para pessoas com dor crônica, nas bases BVS, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Para revisão de literatura, foram escolhidas bases com a intenção de selecionar publicações em português e/ou de livre acesso pela instituição de ensino vinculada ao projeto, nos últimos 10 anos. A estratégia de busca utilizada foi: “Enfermagem” and “Dor Crônica”. A busca foi operacionalizada por dois iniciantes científicos, sob supervisão da autora da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram identificados pelo currículo Lattes e pontuados a partir dos seguintes critérios estabelecidos no projeto matriz:

- a) Ser mestre ou doutor (pontuação 3).
- b) Possuir publicação na área de DE (pontuação 2).
- c) Ser palestrante em eventos relacionados à dor (pontuação 1).
- d) Possuir experiência clínica de assistência (pontuação 1).

Foram convidados a participar da pesquisa os 30 enfermeiros com maior pontuação.

Não há um consenso na literatura acerca da definição de especialista e quanto aos critérios aplicados para sua seleção. Neste estudo, entendeu-se como especialista o enfermeiro com requisitos específicos, como experiência clínica ou vivência acadêmica do fenômeno estudado (dor crônica) e/ou conhecimento sobre a área estudada (terminologias e DE), e foram estabelecidos critérios adaptados dos referencias teóricos de Fehring (1994) e Guimarães e colaboradores (2016) para seleção.

Os especialistas foram convidados a participar do estudo por meio eletrônico (*e-mail* identificado na publicação, mídia social, página da universidade ou currículo Lattes). Posteriormente, os enfermeiros participantes foram categorizados a partir de uma ferramenta desenvolvida por uma doutoranda do PPGTS⁴. A ferramenta (Anexo A) tem como proposta orientar a seleção de especialistas de acordo com critérios encontrados na literatura e validados por desenvolvedores de conjuntos de subconjuntos terminológicos da CIPE®, porém, nesta dissertação, foi usada com a finalidade de caracterização dos participantes, com os valores mais próximos de 100 relacionados a uma maior *expertise* do especialista no assunto pesquisado.

4.5 SELEÇÃO E RECRUTAMENTO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Os enfermeiros da atenção primária foram selecionados por convite, por meio de indicação da Secretaria de Saúde do município participante da pesquisa (Apêndice B).

⁴ Ferramenta elaborada por Fernanda Broering Gomes Torres, resultado de tese vinculada ao PPGTS da PUCPR, sob orientação da Profa. Dra. Marcia Regina Cubas, defendida e aprovada no último semestre de 2022.

Este grupo teve, como critério de inclusão, ser enfermeiro assistencial por no mínimo dois anos, e, como critério de exclusão, não atender a pessoas adultas ou idosas com queixa de dor crônica.

Como contrapartida do projeto matriz ao município, foi oferecido aos enfermeiros de todas as unidades básicas de saúde a participação em oficinas pedagógicas com intuito de aproximar os enfermeiros da prática assistencial ao uso de terminologias, em especial da CIPE® e de subconjuntos terminológicos. Foram disponibilizadas três oficinas denominadas: “raciocínio clínico”, “uso da CIPE®” e “evidências de cuidado com dor crônica”, a carga horária totalizou 40 horas. Os participantes foram indicados pela Secretaria de Saúde do município. As oficinas foram realizadas pela orientadora deste estudo e uma doutoranda, que também é docente do curso de graduação em Enfermagem da PUCPR. A média de participação foi de 18 enfermeiros(as), em cada oficina, não sendo aceitas novas adesões após a primeira oficina.

Para a inclusão dos enfermeiros participantes desta pesquisa, foi dada preferência aos que participaram das oficinas pedagógicas. Ademais, a Secretaria de Saúde do município indicou outros enfermeiros com potencial para participação da pesquisa.

A inclusão de enfermeiros da APS justifica-se pela necessidade de aproximar a pesquisa da prática clínica, considerando que o enfermeiro atuante na APS será o usuário do produto final.

4.6 SELEÇÃO E RECRUTAMENTO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS PORTUGUESES

Os enfermeiros foram selecionados por convite, por meio de indicação de docentes da Escola Superior de Enfermagem do Porto (Apêndice C).

Este grupo teve, como critério de inclusão, ser enfermeiro assistencial por no mínimo dois anos e, como critério de exclusão, não atender a pessoas adultas ou idosas com queixa de dor crônica.

Justifica-se a escolha de inclusão de enfermeiros portugueses pelo reconhecido trabalho com terminologias, sendo o PE bem estabelecido no país. Ademais, Portugal tem uma das sedes do CIE em Lisboa, sendo a CIPE® um dos seus principais projetos, bem como, os enfermeiros do país têm trabalhado com a teoria

das transições de Meleis em diversos contextos e fenômenos. Ademais, foi instituído na Escola Superior de Enfermagem do Porto o Centro de Investigação e Desenvolvimento em Sistemas de Informação em Enfermagem (CIDESI), que é um dos centros acreditados pelo CIE para o estudo da CIPE® (PAIVA et al., 2014).

4.7 COLETA, ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu nos meses de janeiro a março de 2023, por meio de formulário digital elaborado no *software* Qualtrics Research Suite.

Foram oferecidas três opções de resposta de concordância com enunciados dos conceitos de diagnósticos e resultados e suas definições operacionais: sim; com necessidade de correção/adaptação; e não. Foi disponibilizado campo aberto para justificativa obrigatória, caso a resposta fosse negativa ou com necessidade de correção/adaptação.

Foi realizado teste-piloto do questionário com os membros do grupo de pesquisa Sistemas Classificatórios para as Práticas de Enfermagem e Ontologias, do PPGTS da PUCPR, a fim de estimar o tempo de preenchimento. O tempo máximo de preenchimento do questionário foi de 3 h e 35 min. Devido ao tempo extenso para resposta, optou-se por dividir o questionário em quatro *links*, a fim de facilitar o preenchimento e a adesão à pesquisa:

- a) Informações iniciais e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- b) Bloco 1 - Enunciados e definições operacionais;
- c) Bloco 2 - Enunciados e definições operacionais;
- d) Bloco 3 - Enunciados e definições operacionais.

Com exceção das informações iniciais e TCLE, primeiro *link* encaminhado, cada participante recebeu os outros três em ordens diferentes, para obter o máximo de respostas em cada bloco.

Os dados foram analisados por meio de porcentagem de concordância (ALEXANDRE E COLUCI, 2011):

$$\% \text{ de concordância} = \frac{N^{\circ} \text{ de participantes que concordaram}}{N^{\circ} \text{ total de participantes}} \times 100$$

A porcentagem de concordância permite quantificar o grau de concordância entre os especialistas com relação ao item a ser validado, sendo obtida pela divisão do número de participantes que responderam “sim” e “com necessidade de correção/adaptação” pelo número total de participantes, multiplicada por 100 (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Foram considerados válidos os enunciados com grau de concordância maior ou igual a 80% em todos os grupos, valor estipulado conforme já estabelecido e aceito para pesquisas de validação de subconjuntos da CIPE® (CARVALHO, 2016; CARVALHO, 2017; SILVA, 2014).

Os enunciados foram analisados por blocos, conforme a quantidade de respostas para aquele grupo e estabelecendo para inclusão das respostas um mínimo de 30% das questões respondidas pelo participante (N = 23), compreendendo que os que responderam apenas às questões iniciais optaram por não prosseguir na pesquisa. A quantidade de respostas nos blocos variou entre 17 e 22 respostas.

Os enunciados identificados com necessidade de correção/adaptação foram revisados, incluindo as sugestões pertinentes, com análise de literatura de suporte. Os enunciados não validados foram analisados conforme as justificativas dos enfermeiros.

O processo de revisão dos enunciados ocorreu em seminário com membros do grupo de pesquisa Sistemas Classificatórios para as Práticas de Enfermagem e Ontologias do PPGTS da PUCPR e enfermeiros pesquisadores da Universidade Federal da Bahia e da Universidade Federal do Amazonas, colaboradores do projeto matriz. Um quantitativo de 17 pessoas participou do processo de análise e revisão, sendo 16 enfermeiros e uma pesquisadora da área de informática em saúde. Cinco dos participantes eram docentes, uma, doutora de instituição colaboradora, três, doutorandas, duas, mestrandas e seis, iniciantes científicos.

4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto matriz foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR, pelo Parecer 4.333.407, de 12 de outubro de 2021 (Anexo B); da Secretaria de Saúde de São José dos Pinhais, pelo Parecer 4.683.268, de abril de 2021 (Anexo C); e da Escola Superior de Enfermagem do Porto, pelo parecer da Ata nº 4, de 2023 (Anexo D).

O TCLE (Anexos E e F) e as cartas-convite elaboradas (Apêndices A, B e C) foram enviados aos sujeitos da pesquisa com o questionário.

5 RESULTADOS

5.1 ELABORAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS DE ENFERMAGEM E SUAS RESPECTIVAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

Foram elaborados 201 DE e RE. No Quadro 1, estão dispostos os enunciados e suas respectivas definições operacionais, organizados pelas condições das transições nas dimensões pessoal, comunitária e social, conforme a teoria de Meleis:

Quadro 1 - Diagnósticos, resultados de enfermagem e suas definições operacionais.

DIMENSÃO PESSOAL		
SIGNIFICADOS	DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS DE ENFERMAGEM E RESPECTIVAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS	
	Ansiedade	Ansiedade, reduzida
	Emoção negativa; resposta emocional a um real ou potencial perigo; antecipação a um problema iminente e inespecífico. Presença de sentimentos e sensações de angústia, ameaça, medo, preocupação, insegurança, agitação, temor, apreensão e sofrimento. Pode apresentar características subjetivas e objetivas, como sudorese, insônia, tremores, formigamento de extremidades, sensação de desmaio, pressão arterial elevada, voz trêmula, esquecimento, choro, pupilas	Redução dos sentimentos e sensação de angústia, ameaça, medo, preocupação, insegurança, agitação, temor, apreensão e sofrimento. Redução da frequência e/ou intensidade das características subjetivas e objetivas (HOUAISS, 2009; SANTOS, 2005; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021).

dilatadas, desconforto abdominal, sensação de pressão em região torácica, tensão muscular, alterações na atenção e percepção. Apresenta reflexos na qualidade de vida, produtividade, capacidade de execução de atividades diárias, redução da autoconfiança e autoestima. Pode ser desencadeada pela dor crônica (HOUAISS, 2009; SANTOS, 2005; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021).	
DE: Abuso de álcool (ou alcoolismo)	RE: Abuso de álcool (ou alcoolismo), reduzido
Uso indevido de álcool, podendo levar à dependência. Caracteriza-se pela ingesta excessiva de álcool, comportamentos característicos de embriaguez e/ou abstinência, humor instável, irritabilidade, negação, alterações da memória e da percepção da realidade, absenteísmo no trabalho e estudos. Pode ser desencadeado pelo sofrimento relacionado à dor crônica e gerar prejuízos no autocuidado (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; FÉLIX, 2019).	Redução na frequência e/ou quantidade de uso do álcool. Melhora na percepção e aceitação do abuso e/ou dependência do álcool, desenvolvendo estratégias de enfrentamento (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; FÉLIX, 2019).

DE: Abuso de drogas	RE: Abuso de drogas, ausente
Uso indevido de substância química ativa sem objetivo terapêutico, podendo gerar dependência. Pode apresentar, entre suas características, falta de controle no uso das substâncias químicas, negação e relato de uso por parte do indivíduo com dor crônica ou de familiares (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).	Ausência de uso indevido de substâncias químicas sem objetivo terapêutico (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).
DE: Adesão (especificar), prejudicada	RE: Adesão (especificar), melhorada
Condição negativa em que o indivíduo não consegue ou apresenta dificuldades de promover bem-estar, recuperação e reabilitação. Ineficácia de seguir as orientações, o regime terapêutico e/ou medicamentoso, o regime dietético, o regime de exercício físico ou outros comportamentos de cuidado com a saúde, dificultando o controle da dor crônica. Pode estar relacionada à falta de apoio familiar, falta de motivação pessoal, falta de conhecimento sobre o processo de doença e relacionamento com profissional de saúde prejudicado	Melhora na capacidade de promover bem-estar, recuperação e reabilitação. Condição em que o indivíduo segue orientações, consegue executar o regime terapêutico e/ou medicamentoso, o regime dietético, o regime de exercício físico ou outros comportamentos de cuidado com a saúde, auxiliando no controle da dor crônica. Pode estar relacionada ao apoio familiar, melhora da motivação pessoal, conhecimento sobre o processo de doença e relacionamento positivo com o profissional de saúde (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; FÉLIX, 2019).

(HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; FÉLIX, 2019).	
DE: Agitação	RE: Agitação, reduzida
Circunstância de excitação psicomotora despropositada, atividade incansável, andar ritmado, liberação da tensão nervosa associada à ansiedade, medo ou estresse mental. Estado de inquietação associado à tensão ou descontrole emocional, podendo traduzir um desconforto gerado pela dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; COSTA, 2005).	Redução da inquietação, da excitação psicomotora despropositada e do sentimento de tensão (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; COSTA, 2005).
DE: Agonia*	
Condição em que o indivíduo enfrenta sentimentos de angústia e aflição desencadeados pela dor crônica. Pode estar relacionada ao período antecedente à morte e fraqueza progressiva das funções vitais (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001, CUBAS et al., 2017).	
DE: Amplitude de movimento ativa, prejudicada	RE: Amplitude de movimento ativa, dentro dos limites normais
Condição em que o indivíduo com dor crônica não é capaz de realizar a extensão de movimentos de uma articulação, de uma extensão máxima para uma flexão mínima, medida em graus de um círculo, de forma ágil	Condição em que o indivíduo com dor crônica consegue realizar a extensão de movimentos de uma articulação, de uma extensão máxima para uma flexão mínima, medida em graus de um

(HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	círculo, de forma ágil (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).
DE: Appetite, prejudicado	RE: Appetite, positivo
Condição em que o indivíduo, em função da dor crônica ou de fatores associados, apresenta redução ou ausência da sensação de desejo de satisfazer suas necessidades corporais de nutrientes ou de determinados tipos de alimento. Vontade diminuída de alimentar-se (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).	Condição em que o indivíduo apresenta de forma efetiva a sensação de desejo de satisfazer suas necessidades corporais de nutrientes ou de determinados tipos de alimento. Vontade de alimentar-se preservada (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ALENCAR et al., 2021).
DE: Atividade psicomotora, prejudicada	
“Alteração no processo do sistema nervoso referente a ordenação do movimento em atividades mentais conscientes, modo voluntário de mover e mobilizar o corpo, que requer algum grau de coordenação neuromuscular” (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, p. 116).	
DE: Falta de autoconsciência (ou autocognição)	DE/RE: Autoconsciência (ou autocognição)
Condição em que o indivíduo com dor crônica não apresenta a percepção de si próprio como um ser individual que experimenta, deseja e age. Apresenta dificuldade ou não reconhece de forma efetiva suas próprias ações e as ações dos outros (HOUAISS, 2009;	Condição positiva em que o indivíduo com dor crônica se percebe como um ser individual que experimenta, deseja e age, reconhece de forma aguçada suas próprias ações e as ações dos outros (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).

	ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	
	DE: Automedicação*	
	Prática em que o indivíduo com dor crônica utiliza medicamentos sem prescrição ou supervisão, com o objetivo de gerar alívio da dor, causando riscos de efeitos colaterais da medicação e interação medicamentosa (HOUAISS, 2009; COSTA, 2005; BESERRA, 2018; FÉLIX, 2019; WHO, 1998).	
	DE: Autonomia, prejudicada	
	Condição em que o indivíduo apresenta redução ou ausência de autogovernança e autodirecionamento, redução ou ausência de independência em função da dor crônica e limitações associadas (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SANTOS, 2017).	
	DE: Bom humor	
	Condição em que o indivíduo com dor crônica apresenta disposição, estado de espírito de ânimo e comichade (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	
	DE: Câibra muscular	RE: Câibra muscular, ausente
	Sensação de dor de origem muscular. Contração muscular espasmódica, involuntária e dolorosa (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	Ausência de contração muscular espasmódica, involuntária e dolorosa (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).
	DE: Capacidade para andar (caminhar), prejudicada	
	Condição em que o indivíduo com dor crônica não possui ou tem reduzida sua habilidade ou aptidão física de caminhar em decorrência da dor ou de questões associadas a ela, apresentando limitações para andar no ambiente de forma	

	independente, dificuldades ao subir escadas, caminhar em superfícies irregulares, aclives e declives (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021).	
	DE: Capacidade para executar atividade de lazer, prejudicada	
	Condição em que a habilidade e aptidão para realizar atividades prazerosas de recreação e lazer encontram-se alteradas ou ausentes por limitações decorrentes da dor crônica (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; MEDEIROS, 2014).	
	DE: Capacidade para fazer compras, prejudicada	
	Condição em que a habilidade e aptidão para realizar o ato de comprar (obter itens de consumo mediante pagamento), negociar e adquirir bens necessários para manutenção da vida diária encontram-se alteradas ou ausentes por limitações decorrentes da dor crônica (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; MEDEIROS, 2014).	
	DE: Capacidade para manejar (controlar) o regime de exercício físico, prejudicada	
	Condição em que o indivíduo apresenta incapacidade ou ineficiência em desempenhar o plano de exercícios físicos a fim de melhorar ou manter a saúde, influenciando o controle da dor (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019).	
	DE: Capacidade para participar no planejamento do cuidado, prejudicada	
	Condição em que o indivíduo com dor crônica é incapaz ou apresenta dificuldades de fazer parte do planejamento de seu cuidado em saúde (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	
	DE: Cólica	RE: Cólica, ausente
	“Dor Visceral: Desconforto, de moderado a severo, originado por espasmos de músculos lisos em órgãos	“Ausência de desconforto, de moderado a severo, originado por espasmos de músculos lisos em órgãos ocos” (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, p. 122).

	ocos, como o intestino, os ureteres ou os ductos biliares” (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, p. 122).	
	DE: Comportamento autodestrutivo	RE: Comportamento autodestrutivo, reduzido
	Comportamento prejudicado caracterizado por atividades e comportamentos com o propósito de ferir-se ou causar dano a si mesmo, como tentativas de suicídio, automutilação, falta de adesão ao tratamento da dor crônica e dependência ou abuso de opiáceos (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; WASAN et al. apud SOLANO, 2015).	Comportamento que gera riscos ou danos à vida reduzidos, redução de ações que geram danos a si mesmo, melhora na adesão ao tratamento da dor crônica, redução do uso abusivo de opiáceos (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; WASAN et al. apud SOLANO, 2015).
	DE: Comportamento, agressivo	
	Comportamento prejudicado caracterizado por ações ou atitudes brutais, arrogantes, expressadas de forma verbal, física ou simbólica. Irritabilidade, ira, destrutividade ou violência em resposta à frustração associada à dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	
	DE: Constipação	RE: Constipação, reduzida
	“Diminuição na frequência de defecação, acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta de fezes; passagem de fezes excessivamente secas e endurecidas” (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, p.	Aumento na frequência de evacuações, passagem completa de fezes, fezes pastosas, redução do esforço para evacuar e sensação de evacuação completa (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; SANTOS, 2005; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; CARVALHO, 2016; NANDA-I, 2021).

	129). “Eliminação difícil ou infrequente das fezes” (NANDA-I, 2021, p. 227).	
	DE: Controle da dor, inadequado	RE: Controle da dor
	Condição em que o indivíduo não consegue ou enfrenta dificuldades de exercer influência sobre as medidas para redução ou alívio da dor crônica, apresentando controle individual insuficiente frente à experiência de dor (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; MEDEIROS, 2014).	Condição em que o indivíduo consegue exercer de maneira positiva influência sobre as medidas para redução ou alívio da dor crônica, apresentando controle individual efetivo frente à experiência de dor (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; MEDEIROS, 2014).
	DE: Falta de controle do sintoma	RE: Controle do sintoma
	Incapacidade de exercer influência sobre os sintomas associados à dor crônica. Redução prejudicada das manifestações clínicas subjetivas e objetivas ligadas à dor crônica. Ausência de controle dos sintomas primários e secundários, ou seja, sintomas associados ou consequentes da dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SANTOS, 2017).	Capacidade de exercer influência sobre os sintomas associados à dor crônica. Redução das manifestações clínicas subjetivas e objetivas ligadas à dor crônica. Controle dos sintomas primários e secundários, ou seja, sintomas associados ou consequentes da dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SANTOS, 2017).

DE: Culpa

“Emoção negativa, sentimentos de ter feito algo errado; conflito interno de valores ou tensões quando a pessoa se comporta abaixo do conjunto de padrões estabelecido para si mesmo; os sentimentos de culpa são direcionados a si mesmo, em vez de serem dirigidos aos outros” (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, p. 132).

DE: Déficit de autocuidado

Incapacidade do indivíduo com dor crônica de executar atividades de cuidado por si só a partir de orientação prévia. Habilidades de autocuidado insuficientes para atender a necessidades básicas de forma independente, como vestir-se, alimentar-se, realizar higiene íntima e corporal dor (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; NANDA-I, 2021).

DE: Desamparo

“Emoção negativa onde o indivíduo com dor sente-se incapaz de assumir o controle e agir de forma independente, sente-se indefeso, apresenta incapacidades de enfrentamento desvantajosas, desesperança, desenvolve um comportamento de papel de doente e é submisso a autoridades” (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, p. 133).

DE: Desconforto

Falta de conforto, aflição ou mal-estar causado pela dor crônica. Falta de alívio da dor, transcendendo as dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social. Caracteriza-se por sentimentos de ansiedade, medo, sofrimento psicológico, humor irritável, choro, lamentos, suspiros, dificuldade de relaxar e alterações no padrão do sono (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SILVA, 2014; NANDA-I, 2021).

DE: Desempenho sexual, prejudicado

Capacidade de participar da relação sexual prejudicada relacionada à dor crônica. Mudanças nas fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, relacionadas à insatisfação. Pode relacionar-se ao medo do aumento da intensidade

da dor desencadeado pelo ato sexual (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SANTOS; SANTOS; CENDOROGLO, 2015; NANDA-I, 2021).

DE: Desesperança

Sentimento negativo, ausência de esperança. Sentimento de desespero e falta de possibilidades, em que o indivíduo não vê alternativas ou escolhas disponíveis ou, quando as visualiza, é incapaz de mobilizar energias a seu favor. Sentimento em que o indivíduo com dor crônica não visualiza possibilidade de melhora na condição atual. Caracteriza-se por sentimentos de tristeza, melancolia, desânimo, falta de otimismo, sintomas depressivos, passividade, comportamentos suicidas e de esquiva, expectativas negativas, falta de motivação, alterações no padrão do sono, sentimento de incerteza quanto ao futuro e incompetência para atingir metas (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; SILVA, 2014; NANDA-I, 2021).

DE: Desespero

“Emoção negativa caracterizada por sentimentos de profunda desesperança, desencorajamento, desvalorização ou vazio” (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, p. 134).

DE: Desilusão*

“Perda da esperança; descrença; sentimento de tristeza, frustração; desapontamento e decepção” (HOUAISS, 2009, p. 654). Condição que pode dificultar a transição saudável do indivíduo com dor crônica.

DE: Dificuldade de enfrentamento da dor	DE: Risco de dificuldade com enfrentamento	DE/RE: Enfrentamento da dor
Processo em que o indivíduo enfrenta obstáculos para gerenciar o estresse, controlar as demandas relativas ao bem-estar e dificuldade de adaptação a situações.	Possibilidade de o indivíduo encontrar dificuldade ao enfrentar obstáculos, gerenciar	Capacidade de enfrentar obstáculos para gerenciar o estresse, controlar as demandas

	Caracteriza-se pela incapacidade de lidar com a dor crônica e as situações desencadeadas ou associadas à dor (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021).	o estresse, controlar as demandas relativas ao bem-estar e se adaptar às situações. Apresenta incapacidade de lidar com a dor crônica e as situações desencadeadas ou associadas à dor (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021).	relativas ao bem-estar e adaptar-se a situações. Caracteriza-se pela capacidade de lidar com a dor crônica e as situações desencadeadas ou associadas à dor e comportamento positivo em relação a si mesmo (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021).
	DE: Dispepsia (ou indigestão)	RE: Dispepsia (ou indigestão), ausente	
	“Sensação de desconforto epigástrico após ingestão de alimentos, sensação de plenitude e dor abdominal, náuseas, perda do apetite” (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, p. 136).		“Processo do sistema gastrointestinal positivo” (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, p. 137).

DE: Dor artrítica, crônica	RE: Dor artrítica, reduzida
“Desconforto moderado à severo, proveniente de uma condição inflamatória; possivelmente inclui articulações edemaciadas” (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, p. 139). Dor persistente ou recorrente por um período superior a três meses (MERSKEY, 1994).	“Redução ou alívio do desconforto moderado a severo, proveniente de uma condição inflamatória” (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, p. 139).
DE: Dor cutânea, crônica	RE: Dor cutânea, reduzida
“Desconforto moderado à severo, causado por lesão ou doença de pele” (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, p. 138). Dor persistente ou recorrente por um período superior a três meses (MERSKEY, 1994).	“Redução ou alívio do desconforto moderado a severo, causado por lesão ou doença de pele” (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, p. 138).
DE: Dor musculoesquelética, crônica	RE: Dor musculoesquelética, reduzida
“Sensação de dor originada nos músculos, nas articulações ósseas ou nos dentes; a sensação é normalmente descrita como profunda, pesada e dolorosa, ativada por movimentos de partes do corpo ou de todo o corpo, mas estando também presente em períodos de repouso” (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, p. 139). Dor persistente ou recorrente por um período superior a três meses (MERSKEY, 1994).	“Redução ou alívio da sensação de dor originada nos músculos, nas articulações ósseas ou nos dentes” (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, p. 139).

DE: Dor vascular, crônica	RE: Dor vascular, reduzida
“Sensação de dor originada no sistema vascular, como resultado de dilatação vascular ou insuficiência vascular; pode ser descrita como latejante e compressiva” (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, p. 140). Dor persistente ou recorrente por um período superior a três meses (MERSKEY, 1994).	“Redução ou alívio da sensação de dor originada no sistema vascular, como resultado de dilatação vascular ou insuficiência vascular” (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, p. 140).
DE: Edema periférico	RE: Edema periférico, reduzido
Acúmulo excessivo de líquidos nos tecidos periféricos ocasionado pelo aumento dos fluidos corporais (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; SANTOS, 2005; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SOUZA, 2012).	Redução do acúmulo excessivo de líquidos nos tecidos periféricos ocasionado pelo aumento dos fluidos corporais (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; SANTOS, 2005; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SOUZA, 2012).
DE: Risco de efeito colateral da medicação	DE: Efeito colateral da medicação
Suscetibilidade aos efeitos indesejáveis do uso da medicação para controle da dor crônica. Efeito indesejável que acompanha a ação primária do medicamento (HOUAISS, 2009; COSTA, 2005; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).	Efeitos indesejáveis do uso da medicação para controle da dor crônica. Efeito indesejável que acompanha a ação primária do medicamento (HOUAISS, 2009; COSTA, 2005; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).

	DE: Enxaqueca “Dor Vascular: Sensação de dor originada por dor de cabeça vascular unilateral recorrente, o início da dor sendo disparado por estímulos externos, como luz, barulho e odor, bem como por estímulos internos, como intolerância a alimento, estresse e outros tipos de dor; a sensação de dor pode ser precedida por escotomas (flashes de luz) e aura; a sensação de dor é normalmente descrita como sensação unilateral esmagante, golpeante, dilacerante e excruciante, acompanhada de náuseas, vômitos, sede e alterações de humor” (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, p. 142).	RE: Enxaqueca, reduzida Redução da sensação de dor originada por dor de cabeça vascular unilateral recorrente (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).
	DE: Equilíbrio, prejudicado Condição em que o indivíduo com dor crônica enfrenta instabilidade corporal e redução da coordenação dos músculos, ossos e articulações para mover-se, levantar-se, sentar-se ou deitar-se. Postura ou posição instável do corpo (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	RE: Equilíbrio, melhorado “Estabilidade corporal e coordenação dos músculos, ossos e articulações para mover, levantar, sentar ou deitar” (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2022, p. 142).

DE: Espasmo muscular*	
Contração involuntária de um tecido muscular. Sensação dolorosa, podendo ser isolada ou contínua (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; COSTA, 2005).	
DE: Esperança	
“Sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões e vontade para viver, paz interior, otimismo, associado a definição de metas e mobilização de energia” (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, p. 143).	
DE: Sobrecarga de estresse	RE: Estresse, diminuído
Carga excessiva, além dos limites naturais de estresse. Sentimento de tensão e ansiedade. Resposta a estímulos externos, fatores emocionais, físicos, sociais ou qualquer outro fator que necessite de uma resposta ou mudança. Pode estar associada a experiências desagradáveis, como a dor. Pode gerar sentimentos de incapacidade, sensação de cansaço físico e mental, desconforto e aumento da raiva, bem como dificuldade para tomada de decisões (HOUAISS, 2009; SANTOS, 2005; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021).	Redução na frequência ou intensidade dos sentimentos de incapacidade e da sensação de cansaço físico e mental. Desconforto diminuído. Redução do sentimento de raiva e da dificuldade para tomada de decisões (HOUAISS, 2009; SANTOS, 2005; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021).

DE: Expectativa sobre o tratamento, irrealista	
Condição em que o indivíduo com dor crônica possui opiniões, convicções ou fé não condizentes com a realidade, como a expectativa do alívio completo da dor, expectativa de cura ou acredita na falta de benefícios do tratamento ou do controle da dor (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SANTOS, 2017).	
DE: Fadiga	RE: Fadiga, ausente
Sentimento de exaustão, diminuição da força e da resistência, cansaço mental ou físico, capacidade reduzida de realizar trabalho físico ou mental. Caracterizada por sensação de esgotamento, desempenho não efetivo de tarefas, sensação de fraqueza, apatia, sonolência, desconforto, letargia, dificuldade de manter sua rotina e a prática habitual de atividade física, redução da atenção, desinteresse no entorno, introspecção, redução na marcha e alteração na libido (HOUAISS, 2009; SANTOS, 2005; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; SILVA, 2014; FÉLIX, 2019; NANDA-I, 2021).	Sentimento de alívio, força e resistência preservada. Capacidade de realizar trabalho físico ou mental. Caracterizada por entusiasmo, diminuição da necessidade de descanso, concentração restabelecida, diminuição ou ausência dos sintomas físicos e psicológicos (HOUAISS, 2009; SANTOS, 2005; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; SILVA, 2014; FÉLIX, 2019; NANDA-I, 2021).
DE: Falta de apetite	
Redução ou ausência da sensação de desejo de satisfazer necessidades corporais de nutrientes ou de determinados tipos de alimento. Vontade diminuída de alimentar-se. Pode ser caracterizada por perda de peso, dor abdominal e alteração no	

	tônus muscular (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).	
	DE: Falta de confiança	
	Ausência do sentimento de confiança, de crença na bondade, força e/ou confiabilidade de outras pessoas (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	
	DE: Falta de resposta ao tratamento	
	Resposta negativa ao tratamento. Condição em que o indivíduo com dor crônica não apresenta respostas satisfatórias ao tratamento. Resposta não efetiva à terapêutica adotada para controle da dor crônica, podendo gerar falta de controle e alívio da dor e dos sintomas associados ou desencadeados pela dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SANTOS, 2017).	
	DE: Formigamento*	
	Sensibilidade diminuída, parestesia dos nervos sensoriais da região correspondente, sensação pinicante na pele, relato de dormência local e sensação de frio (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001).	
	DE: Fraqueza	RE: Fraqueza, reduzida
	Perda de força muscular, frequentemente progressiva. Caracterizada por sensação de debilidade, fadiga, corpo trêmulo, tontura, sonolência, indisposição, falta de vigor físico, desânimo, sensação de desmaio, exaustão atribuída à fraqueza de vários músculos (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).	Aumento da força muscular. Redução ou ausência das características subjetivas e objetivas associadas à fraqueza, como sensação de debilidade, fadiga, corpo trêmulo, tontura, sonolência, indisposição, falta de vigor físico, desânimo, sensação de desmaio e exaustão (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).

DE: Frequência cardíaca, aumentada	RE: Frequência cardíaca, nos limites normais
Frequência cardíaca rápida e fora dos limites normais, superior a 100 batimentos por minuto em indivíduos adultos (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, CARVALHO, 2016).	Frequência cardíaca fisiológica, variando de 60 a 100 batimentos por minuto em indivíduos adultos (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SILVA, 2014).
DE: Frustração	
Sentimento de descontentamento ou desapontamento que pode surgir quando as expectativas do indivíduo com dor crônica em relação ao tratamento, controle da dor e condições associadas não são satisfeitas por barreiras, falta de apoio externo ou comportamentos resistentes e insensatos (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; GOUVEA, 2018).	
DE: Função do sistema musculoesquelético, prejudicada	RE: Função do sistema musculoesquelético, melhorada
Redução ou ausência das atividades desempenhadas pelos músculos, ossos, articulações e estruturas relacionadas que funcionam no movimento do corpo em decorrência da dor crônica e/ou fatores associados (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	Desempenho efetivo ou melhorado das atividades desempenhadas pelos músculos, ossos, articulações e estruturas relacionadas que funcionam no movimento do corpo (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).

DE: Hostilidade		
“Comportamento agressivo, demonstração de amargor, ódio, de ameaça a outros, de forma ativa ou lesiva” (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, p. 152).		
DE: Risco de humor deprimido	DE: Humor, deprimido	RE: Humor deprimido, melhorado
Possibilidade de o indivíduo apresentar emoções negativas, sentimentos que vão da melancolia à tristeza, redução da concentração, alterações no apetite e sono, com risco de agravamento da percepção da intensidade da dor (HOUAISS, 2009; COSTA, 2005; ANDERSON; ANDERSON, 2001; SANTOS, 2005; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	Emoção negativa que, associada à dor crônica, pode agravar a percepção da intensidade da dor. Caracteriza-se por sentimentos que vão da melancolia à tristeza, redução da concentração, alterações no apetite e sono (HOUAISS, 2009; COSTA, 2005; ANDERSON; ANDERSON, 2001; SANTOS, 2005; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	Redução dos sentimentos de melancolia e tristeza, melhora da concentração, apetite preservado e melhora no padrão de sono (HOUAISS, 2009; COSTA, 2005; ANDERSON; ANDERSON, 2001; SANTOS, 2005; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).

DE: Impotência		
“Sentimento de falta de controle sobre uma situação atual ou acontecimento imediato; aptidão reduzida para escolher; incapacidade para agir devido ao entendimento de que suas ações não afetarão significativamente um resultado” (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, p. 153).		
DE: Inflamação		
Processo patológico caracterizado por lesão ou destruição de tecidos, gerado por uma série de reações químicas e citológicas. Caracteriza-se pela manifestação de dor, calor, rubor e edema. Relaciona-se à fisiopatologia da dor (HOUAISS, 2009; SANTOS, 2005; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).		
DE: Ingestão de alimentos, excessiva	DE: Ingestão de alimentos, insuficiente (ou deficitária)	RE: Ingestão de alimentos, melhorada
Processo em que o indivíduo com dor crônica ingere quantidade de alimentos maior que a necessidade metabólica para manutenção da vida (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019).	Processo em que o indivíduo com dor crônica ingere quantidade de alimentos menor que a necessidade metabólica para manutenção da vida (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; MEDEIROS, 2014).	Processo em que o indivíduo com dor crônica ingere quantidade de alimentos suficiente para atender à sua necessidade metabólica para manutenção da vida (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019).

	DE: Ingestão de líquidos, prejudicada	RE: Ingestão de líquidos, melhorada	
	Ingestão inadequada de substâncias líquidas por via oral, ingestão de líquidos que contêm nutrientes e ingestão de água acima ou abaixo da quantidade e/ou qualidade necessária para o funcionamento adequado do organismo e a manutenção da vida (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	Ingestão adequada de substâncias líquidas por via oral, ingestão de líquidos que contêm nutrientes e ingestão de água em quantidade e/ou qualidade necessária para o funcionamento adequado do organismo e a manutenção da vida (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	
	DE: Interação medicamentosa, adversa		
	Resposta às medicações utilizadas para controle da dor crônica e/ou outras usadas em conjunto pelo indivíduo em sofrimento pela dor crônica, com ação maléfica e indesejável (HOUAISS, 2009; COSTA, 2005; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).		
	DE: Risco de intolerância à atividade	DE: Intolerância à atividade	RE: Tolerância à atividade, eficaz
Suscetibilidade de vivenciar falta de capacidade ou energia para resistir ou completar atividades diárias necessárias ou desejadas em decorrência da dor crônica e suas limitações (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021).	Falta de capacidade ou energia para resistir ou completar atividades diárias necessárias ou desejadas em decorrência da dor crônica e suas limitações (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON,	Completa capacidade ou energia para resistir ou completar as atividades diárias necessárias ou desejadas (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA;	

	2001; GARCIA; NÓBREGA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021).
DE: Lesão (especificar)	
Trauma em estrutura corporal caracterizado por um processo patológico, lesão desencadeadora ou associada à dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SILVA, 2014).	
DE: Medo	RE: Medo, reduzido
Sensação de temor, sentimento de ameaça, perigo ou angústia por causa conhecida ou desconhecida, acompanhada às vezes de luta psicológica ou resposta de fuga, como o temor de sentir dor. Pode apresentar características subjetivas e objetivas, como apreensão, insegurança, inquietação, excitação, tensão, nervosismo, náusea, vômito, palidez, pressão sanguínea aumentada, frequência respiratória aumentada, sudorese, alteração no sono e repouso, pesadelos, pupilas dilatadas, sensações de alarme, pânico, receio e preocupação excessiva em sentir dor ou enfrentar situações desencadeadas e/ou relacionadas à dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON,	Redução da sensação de temor, do sentimento de ameaça, perigo ou angústia. Redução do medo de sentir dor. Redução dos sentimentos de apreensão, insegurança, inquietação, excitação, tensão e nervosismo. Melhora ou ausência de náusea, vômito, sudorese e palidez. Padrões de pressão sanguínea, frequência respiratória e de sono e repouso normalizados. Redução dos pesadelos, da sensação de alarme, pânico, receio e da preocupação excessiva (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021).

	2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021).	
	DE: Medo de efeitos colaterais da medicação	
	Sensação de temor, sentimento de ameaça, perigo ou angústia. Temor dos efeitos colaterais associados à medicação para dor crônica. Caracteriza-se por uma resposta corporal à medicação. Efeito indesejável que acompanha a ação primária do medicamento (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021; BESERRA, 2018).	
	DE: Medo de abandono	
	Sensação de temor, sentimento de ameaça, perigo ou angústia por causa conhecida ou desconhecida, acompanhado às vezes de luta psicológica ou resposta de fuga, como o temor de ser abandonado. Resposta emocional desencadeada pela identificação de uma ameaça iminente, com uma reação de alarme imediata. Caracteriza-se por aumento da tensão, comportamento de ataque ou isolamento, foco direcionado ao abandono, podendo causar comprometimento biopsicossocial (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021).	
	DE: Medo de representar uma carga para os outros	
	Emoção negativa, sentimentos de ameaça, perigo ou angústia por temor de perder sua autonomia, sua identidade, passar por rejeição social e enfrentar privações financeiras, necessitando de cuidado de terceiros em decorrência das limitações geradas pela dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021; GOUVEA, 2018).	

DE: Mobilidade, prejudicada	RE: Mobilidade, melhorada
Capacidade de movimentação voluntária do corpo prejudicada. Limitação associada à dor crônica, no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades (HOUAISS, 2009; COSTA, 2005; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; CARVALHO, 2016; MEDEIROS, 2014; NANDA-I, 2021).	Capacidade de movimentação voluntária do corpo aumentada ou preservada. Redução das limitações geradas pela dor crônica, no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades (HOUAISS, 2009; COSTA, 2005; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; CARVALHO, 2016; MEDEIROS, 2014; NANDA-I, 2021).
DE: Náusea	RE: Náusea, ausente
Sensação de enjoo, podendo ou não resultar em vômito, caracterizada por sensação desagradável na parte de trás da garganta e epigástrio, desconforto abdominal, deglutição aumentada, aversão alimentar, salivação aumentada, distensão gástrica, refluxo, percepção de sabor azedo na boca, salivação aumentada e piora dos sintomas por sabores e cheiros (HOUAISS, 2009; SANTOS, 2005; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; SILVA, 2014; NANDA-I, 2021)	Ausência da sensação de enjoo e sensações gastrointestinais desagradáveis (HOUAISS, 2009; SANTOS, 2005; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; SILVA, 2014; NANDA-I, 2021).
DE: Sobrepeso	DE: Obesidade
Acúmulo de gordura excessivo para idade e sexo. Índice de massa corporal (IMC) acima de 25 kg/m ² , podendo	Acúmulo elevado de gordura corporal para idade e sexo, excedendo o sobrepeso. Índice de massa corporal (IMC) acima

estar associado ao excesso de ingestão de nutrientes e falta de exercício físico (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; NANDA-I, 2021).	de 30 kg/m², podendo estar associado ao excesso de ingestão de nutrientes e falta de exercício físico (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; NANDA-I, 2021).
DE: Orgulho, positivo	
“Sentimentos de otimismo e satisfação nas realizações, qualidades e bens que dão crédito a alguém, e opinião sobre o valor e importância de uma pessoa” (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, p. 163).	
DE: Preocupação, presente	
Estado em que o indivíduo domina ou ocupa a mente, excluindo outros pensamentos ou sendo/estando mentalmente distraído. Caracteriza-se pela presença de ideias fixas e antecipadas capazes de perturbar o indivíduo a ponto de produzir sofrimento, receio, inquietação e aflição (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).	
DE: Pressão arterial, alterada	RE: Pressão arterial, nos limites normais
Força da circulação do sangue na parede dos vasos abaixo ou acima dos padrões de normalidade (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; CARVALHO, 2016; MEDEIROS, 2014).	Força da circulação do sangue na parede dos vasos dentro dos padrões de normalidade (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; MEDEIROS, 2014).
DE: Queimação*	
Sensação incômoda, referida como dor em queimação (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; MACHADO, 2000).	

DE: Raiva

Emoção negativa, em que os sentimentos variam do extremo desprazer à fúria, originados por uma resposta mental ou física a estímulos internos ou externos. Presença de sentimentos de ira, indignação, hostilidade e exaltação violenta do ânimo desencadeados ou associados a fatores ligados à dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).

DE: Resposta psicológica à dor, prejudicada

Resposta emocional frente à dor crônica ineficaz. Caracteriza-se pela presença dos sentimentos de medo e raiva e respostas ligadas a expressões e comportamentos referentes à dor crônica, como vocalização de dor e alteração da atividade (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; GONÇALVES, 2002).

DE: Risco de qualidade de vida, negativa

Suscetibilidade de o indivíduo com dor crônica enfrentar um estado ou condição que reflita uma insuficiência no conjunto de características, hábitos, costumes e comportamentos, de modo a apresentar comprometimento biopsicossocial. Falta de energia ou força para enfrentar de forma satisfatória os desafios, falta de liberdade de escolha e dificuldade de realizar tarefas em decorrência da dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; AYRES; WARMINGTON; REID, 2012).

DE: Risco de queda

Suscetibilidade de o indivíduo com dor crônica, devido às suas limitações, enfrentar eventos que resultem em deslocamento inadvertido ao solo, chão ou outro nível inferior, podendo levar a dano físico, devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade de sustentar o peso do corpo e permanecer ereto (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; MEDEIROS, 2014; NANDA-I, 2021).

DE/RE: Satisfação com o manejo (controle) da dor	
Atitude positiva, em que o indivíduo com dor crônica tem suas expectativas quanto às medidas para alívio da dor atendidas (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; HOLLANDA et al., 2012; MEDEIROS, 2014).	
DE: Sofrimento	
Emoção negativa que pode ser desencadeada pela dor crônica. Caracteriza-se pelo sentimento prolongado de tristeza e/ou angústia, associado a martírio e à necessidade de tolerar a dor (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).	
DE: Sono, prejudicado	RE: Sono, adequado
Alterações no padrão do sono. Interrupções, limitadas pelo tempo, quantidade e qualidade de sono, decorrentes de fatores internos ou externos, como a dor crônica. Caracterizado por incapacidade de iniciar ou manter o sono, sensação de noite mal dormida, prejuízos no desempenho das atividades de vida diária, desatenção, despertar não intencional e relato de não se sentir descansado (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; NANDA-I, 2021).	Padrão do sono mantido, suspensão natural e periódica da consciência relativa. Sono capaz de proporcionar descanso e disposição para realização das atividades de vida diária (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; NANDA-I, 2021).

DE: Sonolência	
Torpor profundo, estado intermediário entre o sono e a vigília, caracteriza-se por sensação de indisposição, desânimo, apatia ou prostração, dificuldade ou incapacidade de responder aos estímulos e/ou movimentos dentro da normalidade (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; CARVALHO, 2016).	
DE: Tristeza	
Emoção negativa que pode ser vivenciada pela pessoa com dor crônica em virtude das perdas enfrentadas ao longo da trajetória da doença. Caracteriza-se por sentimentos negativos, sentimentos de pesar, desânimo e melancolia associada à falta de energia (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021; BESERRA, 2018; SANTOS, 2017).	
DE: Vertigem postural (tontura)	RE: Vertigem postural (tontura), ausente
Sensação de desmaio ou falta de capacidade de manter o equilíbrio dentro da normalidade nas posições de pé ou sentada. Eventualmente pode estar associada à confusão, náuseas e fraqueza (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	Capacidade de manter o equilíbrio dentro da normalidade nas posições de pé ou sentada preservada (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).
DE: Vômito	
Expulsão rápida de conteúdo gástrico pela boca. Processo do sistema gastrointestinal prejudicado (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).	

ATITUDES E CRENÇAS CULTURAIS	DE: Risco de angústia espiritual	DE: Angústia espiritual	RE: Angústia espiritual, reduzida
	Suscetibilidade de apresentar incapacidade de dar significado à vida, se conectar consigo mesmo, com Deus e com os outros ao seu redor. Maior vulnerabilidade a apresentar questionamentos sobre o sofrimento acarretado pela dor crônica, separação dos laços religiosos e culturais, alteração nas crenças ou sistemas de valor, sentimentos de sofrimento intenso e raiva contra a divindade. Possibilidade de expressar sentimentos de isolamento, abandono, falta de coragem, falta de esperança e mudanças de comportamento (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; SILVA, 2014; NANDA-I, 2021).	Estado em que o indivíduo enfrenta dificuldade ou não consegue dar significado à vida, se conectar consigo mesmo, com Deus e com os outros ao seu redor, caracterizado por rompimento da crença pessoal sobre a vida, interrogações sobre o significado da vida, questionamento sobre o sofrimento acarretado pela dor crônica, separação dos laços religiosos ou culturais, alteração nas crenças ou sistemas de valor, sofrimento intenso e sentimento de raiva contra a divindade (HOUAISS, 2009; ANDERSON;	Estado em que o indivíduo é capaz, total ou parcialmente, de dar significado à vida, se conectar consigo mesmo, com Deus e com os outros ao seu redor (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; NANDA-I, 2021).

	ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; NANDA-I, 2021).	
DE: Atitude em relação ao cuidado, conflituosa	DE/RE: Atitude em relação ao cuidado, positiva	
Opinião sobre o provedor de cuidados ou tratamento conflituosa, atitude de oposição à terapêutica, demonstração de intenção negativa em relação ao cuidado a partir de gestos e posturas, opiniões mentais conflituosas em relação ao cuidado e controle da dor cônica (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SANTOS, 2017; CARVALHO, 2016; SIMÕES, 1998).	Opinião positiva sobre o provedor de cuidados ou tratamento, adesão à terapêutica, demonstração de intenção positiva em relação ao cuidado e controle da dor cônica a partir de gestos e posturas (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SIMÕES, 1998).	
DE: Baixa autoestima		
Opinião negativa sobre si mesmo, a visão de seu próprio valor e capacidade. Verbalização negativa da crença, confiança, autoaceitação e autolimitação sobre si próprio. Não aceitação de elogios e sugestões de melhoria em seus hábitos de vida. Não aceitação de encorajamento e críticas construtivas relacionadas à sua condição atual, refletindo no controle da dor crônica. Caracteriza-se pela ausência de propósito, indecisão, desamparo, comportamento não assertivo, sentimento de solidão, ruminação mental, insônia, sintomas depressivos, subestimação da capacidade de lidar com a dor crônica e verbalização autonegativa (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; FÉLIX, 2019; CARVALHO, 2016; NANDA-I, 2021).		

	DE: Conflito de decisão Estado em que o indivíduo enfrenta incertezas sobre as ações a ser tomadas perante a necessidade de escolha entre ações conflitantes, em que há risco de perdas ou que desafiam seus valores e crenças. Caracteriza-se por relato de sofrimento e incerteza durante a tomada de decisão; questionamento de princípios, valores e regras morais e pessoais para chegar à decisão. Reconhecimento de consequências indesejadas; sinais físicos de sofrimento, angústia e tensão, decisão atrasada, vacilação nas escolhas, foco em si mesmo, falta de informações relevantes, interferência na tomada de decisão e/ou fontes múltiplas ou divergentes, dificultando a transição saudável do indivíduo com dor crônica (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).				
	<table> <tr> <th data-bbox="338 611 1151 667">DE: Desempenho de papel, prejudicado</th><th data-bbox="1151 611 2078 667">RE: Desempenho de papel, melhorado</th></tr> <tr> <td data-bbox="338 667 1151 1326"> Padrão de comportamento não condizente com o ambiente, normas ou contexto vivenciado. Incapacidade do indivíduo de desempenhar seu papel social, econômico e espiritual, conforme os padrões do ambiente em que vive. Caracteriza-se por ansiedade, sintomas de depressão, dificuldade de enfrentamento da dor, pessimismo, motivação inadequada, habilidades inadequadas, alteração na percepção, negação ou retomada alterada dos papéis. Pode acompanhar sentimentos de tristeza, angústia, isolamento, impotência, falta de confiança e incerteza após algum evento que gerou mudanças, como a dor crônica </td><td data-bbox="1151 667 2078 1326"> Aumento da capacidade de desempenhar seu papel social, econômico e espiritual, conforme os padrões do ambiente em que vive. Melhora na adaptação às mudanças geradas pela dor crônica. Redução da ansiedade e dos sintomas de depressão. Melhora do enfrentamento, motivação e adequação das habilidades. Melhora na percepção e retomada dos papéis. Redução dos sentimentos de tristeza, angústia, isolamento, impotência, falta de confiança e incerteza (HOUAISS, 2009; RODRIGUES, 2006 apud ANDRADE, 2018; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021). </td></tr> </table>	DE: Desempenho de papel, prejudicado	RE: Desempenho de papel, melhorado	Padrão de comportamento não condizente com o ambiente, normas ou contexto vivenciado. Incapacidade do indivíduo de desempenhar seu papel social, econômico e espiritual, conforme os padrões do ambiente em que vive. Caracteriza-se por ansiedade, sintomas de depressão, dificuldade de enfrentamento da dor, pessimismo, motivação inadequada, habilidades inadequadas, alteração na percepção, negação ou retomada alterada dos papéis. Pode acompanhar sentimentos de tristeza, angústia, isolamento, impotência, falta de confiança e incerteza após algum evento que gerou mudanças, como a dor crônica	Aumento da capacidade de desempenhar seu papel social, econômico e espiritual, conforme os padrões do ambiente em que vive. Melhora na adaptação às mudanças geradas pela dor crônica. Redução da ansiedade e dos sintomas de depressão. Melhora do enfrentamento, motivação e adequação das habilidades. Melhora na percepção e retomada dos papéis. Redução dos sentimentos de tristeza, angústia, isolamento, impotência, falta de confiança e incerteza (HOUAISS, 2009; RODRIGUES, 2006 apud ANDRADE, 2018; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021).
DE: Desempenho de papel, prejudicado	RE: Desempenho de papel, melhorado				
Padrão de comportamento não condizente com o ambiente, normas ou contexto vivenciado. Incapacidade do indivíduo de desempenhar seu papel social, econômico e espiritual, conforme os padrões do ambiente em que vive. Caracteriza-se por ansiedade, sintomas de depressão, dificuldade de enfrentamento da dor, pessimismo, motivação inadequada, habilidades inadequadas, alteração na percepção, negação ou retomada alterada dos papéis. Pode acompanhar sentimentos de tristeza, angústia, isolamento, impotência, falta de confiança e incerteza após algum evento que gerou mudanças, como a dor crônica	Aumento da capacidade de desempenhar seu papel social, econômico e espiritual, conforme os padrões do ambiente em que vive. Melhora na adaptação às mudanças geradas pela dor crônica. Redução da ansiedade e dos sintomas de depressão. Melhora do enfrentamento, motivação e adequação das habilidades. Melhora na percepção e retomada dos papéis. Redução dos sentimentos de tristeza, angústia, isolamento, impotência, falta de confiança e incerteza (HOUAISS, 2009; RODRIGUES, 2006 apud ANDRADE, 2018; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021).				

	(HOUAISS, 2009; RODRIGUES, 2006 apud ANDRADE, 2018; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021).	
STATUS SOCIOECONÔMICO	DE: Problema com aquisição de medicação	
	Dificuldade de adquirir medicação para alívio da dor crônica e/ou sintomas associados (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020)	
	DE: Problema financeiro	
	Dificuldade de cuidar das finanças para manutenção do lar. Dificuldade de prover estabilidade, segurança e satisfação de suas necessidades básicas desencadeada pela dor crônica e fatores associados (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	
PREPARAÇÃO E CONHECIMENTO	DE: Aceitação do envelhecimento, prejudicada	DE/RE: Aceitação do envelhecimento
	Estado em que o indivíduo com dor crônica apresenta dificuldades de reduzir ou eliminar barreiras, apreensões ou tensões quanto ao processo de envelhecimento (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	Estado em que o indivíduo com dor crônica é capaz de reduzir ou eliminar barreiras, apreensões ou tensões quanto ao processo de envelhecimento (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).
	DE: Aceitação da condição de saúde, prejudicada	RE: Aceitação da condição de saúde
	Condição em que o indivíduo enfrenta dificuldade de reduzir ou eliminar barreiras, apreensões ou tensões com relação à dor crônica. Dificuldade de aceitação e entendimento do estado de saúde. Ineficiência de	Condição em que o indivíduo é capaz de reduzir ou eliminar barreiras, apreensões ou tensões com relação à dor crônica. Aceitação e entendimento do estado de saúde. Reconhecimento do estado em que se insere no processo saúde-doença.

reconhecer o estado em que se insere no processo saúde-doença. Presença de emoções negativas e barreiras que impedem o reconhecimento dos pontos positivos da vida (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; FÉLIX, 2019; CARVALHO, 2016).	Redução de emoções negativas ligadas ao processo. Remoção de barreiras que impedem de reconhecer os pontos positivos da vida (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; FÉLIX, 2019; CARVALHO, 2016).	
DE: Baixo autocontrole	RE: Autocontrole, melhorado (ou aumentado)	DE/RE: Autocontrole, eficaz
Baixa disposição para controlar por si próprio as variáveis que determinam o controle da dor, para manter-se ativo, para lidar com as necessidades básicas individuais e essenciais e com as atividades de vida diária (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; VANDERBERGUE, 2005).	Melhora na disposição para controlar por si próprio as variáveis que determinam o controle da dor, para manter-se ativo, para lidar com as necessidades básicas individuais e essenciais e com as atividades de vida diária (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; VANDERBERGUE, 2005).	Disposição para controlar por si próprio as variáveis que determinam o controle da dor, para manter-se ativo, para lidar com as necessidades básicas individuais e essenciais e com as atividades de vida diária (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; VANDERBERGUE, 2005).

DE/RE: Autoeficácia	
Atitude, confiança em lidar com a dor crônica, em que o indivíduo apresenta comportamento de enfrentamento, perpassando a crença em sua capacidade de prover os recursos necessários para lidar com a dor (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; TURCO; OKIFUJI apud SANTOS-JÚNIOR et al., 2022).	
DE: Manutenção da saúde, prejudicada	DE/RE: Capaz de executar a manutenção da saúde
Condição em que o indivíduo não possui ou tem diminuídas as habilidades e aptidões necessárias para efetivar e fazer escolhas adequadas visando à promoção de sua saúde. Incapacidade ou dificuldade de identificar, controlar ou buscar ajuda necessária para executar práticas a fim de manter seu estado de saúde em equilíbrio e promover o controle da dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; MEDEIROS, 2014).	Condição em que o indivíduo possui habilidades e aptidões necessárias para efetivar e fazer escolhas adequadas visando à promoção de sua saúde. Capacidade de identificar, controlar ou buscar ajuda necessária para executar práticas a fim de manter o controle da dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; MEDEIROS, 2014).
DE: Comportamento de busca de saúde, prejudicado	RE: Comportamento de busca de saúde, melhorado
Estado em que o indivíduo não busca ativamente formas de alterar seus hábitos e/ou seu ambiente e não assegura recursos de cuidado de saúde visando ao controle ou à redução da dor crônica. Caracteriza-se pela	Melhora na busca de formas de alterar os hábitos e o ambiente, assegurando recursos de cuidado de saúde, visando ao controle ou à redução da dor crônica. Melhora na busca de assistência de outros e informações para a promoção de saúde (HOUAISS,

falta de expectativa para solicitar e obter assistência de outros e falta de desejos de buscar informações para a promoção de saúde (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; FÉLIX, 2019; BESERRA, 2018).	2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; FÉLIX, 2019; BESERRA, 2018).
DE: Falta de conhecimento sobre a doença	RE: Conhecimento sobre a doença, melhorado
Falta de conhecimento adequado sobre a dor crônica. Condição em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, fundamentado em sabedoria adquirida ou em informação ou habilidades aprendidas, cognição e reconhecimento da informação sobre a dor crônica. Apresenta comportamentos inapropriados, distração, dificuldade na aprendizagem, falta de vontade de aprender e segue instruções de forma imprecisa (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; CARVALHO, 2016; NANDA-I, 2021).	Aumento no nível de conhecimento sobre a dor crônica. Comportamentos apropriados. Redução da distração e da dificuldade na aprendizagem. Demonstra vontade de aprender e segue instruções de forma apropriada (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; CARVALHO, 2016; NANDA-I, 2021).
DE: Falta de conhecimento sobre exercício físico	RE: Conhecimento sobre exercício físico, melhorado
Condição em que o indivíduo com dor crônica não possui informações sobre ou como realizar exercícios físicos, bem como sua importância para alívio da dor. Ausência de conteúdo específico de pensamento, fundamentado	Aumento no nível de conhecimento sobre exercício físico. Melhora na compreensão de como realizar exercícios físicos e sua relação com o alívio da dor (HOUAISS, 2009; GARCIA;

em sabedoria adquirida ou em informação ou habilidades aprendidas, cognição e reconhecimento da informação sobre exercício físico (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; FÉLIX, 2019; MEDEIROS, 2014).	NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; MEDEIROS, 2014).
DE: Falta de conhecimento sobre o manejo (controle) da dor	RE: Conhecimento sobre o manejo (controle) da dor, melhorado
Falta de conhecimento adequado sobre o tratamento terapêutico. Falta de compreensão sobre medidas para diminuição ou alívio da dor. Condição em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, fundamentado em sabedoria adquirida ou em informação ou habilidades aprendidas, cognição e reconhecimento da informação sobre o controle da dor crônica (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; MEDEIROS, 2014; NANDA-I, 2021).	Aumento no nível de conhecimento sobre a dor crônica. Comportamentos apropriados. Redução da distração e da dificuldade na aprendizagem. Demonstra vontade de aprender e segue instruções de forma apropriada (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; MEDEIROS, 2014; NANDA-I, 2021).
DE: Falta de conhecimento sobre processo de mudança de comportamento	RE: Conhecimento sobre processo de mudança de comportamento, melhorado
Condição em que o indivíduo com dor crônica não possui informações suficientes sobre as alterações em sua forma de agir ou desempenhar suas atividades. Não	Condição em que o indivíduo com dor crônica possui informações suficientes sobre as alterações em sua forma de agir ou desempenhar suas atividades. Compreende que as

compreende de forma adequada que as mudanças de comportamento positivas e ações conscientes auxiliam no controle da dor crônica. Estado em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, instrução ou habilidades aprendidas ou cognição e reconhecimento da informação sobre o processo de mudança de comportamento (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; BESERRA, 2018).	mudanças de comportamento positivas e ações conscientes auxiliam no controle da dor crônica (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; CANDEIAS, 1997; VIEIRA et al., 2022).
DE: Falta de conhecimento sobre o regime terapêutico	RE: Conhecimento sobre o regime terapêutico, melhorado
Condição em que o indivíduo com dor crônica não possui informações ou não consegue acompanhar as instruções sobre o tratamento da dor crônica ou métodos para alívio da dor. Condição em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, fundamentado em sabedoria adquirida ou em informação ou habilidades aprendidas, cognição e reconhecimento da informação sobre o regime terapêutico (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; CARVALHO, 2016).	Aumento do nível de conhecimento sobre o tratamento da dor crônica ou métodos para alívio da dor (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001).

	DE: Desmotivação*
	“Ausência de fundamento, de motivo; gratuidade; ausência de motivação, de interesse; desestímulo” (HOUAISS, 2009, p. 660). Propriedade de engajamento prejudicada. Condição que pode dificultar a transição saudável do indivíduo com dor crônica.
	DE/RE: Disposição (ou prontidão) para enfrentamento, eficaz
	Condição em que o indivíduo está preparado ou disponível para enfrentar obstáculos para gerenciar o estresse, controlar as demandas relativas ao bem-estar, adaptar-se a situações. Apresenta vontade de lidar com a dor crônica e as situações desencadeadas ou associadas à dor (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021).
	DE/RE: Disposição (ou prontidão) para tomada de decisão, eficaz
	Condição em que o indivíduo está preparado ou disponível para escolher o curso de suas ações com base em informações relevantes e ciente das consequências de suas escolhas e de seus recursos. Padrão de escolha de um curso de ação para atingir metas em busca do controle da dor crônica (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; MEDEIROS, 2014; NANDA-I, 2021).
	DE/RE: Disposto (ou pronto) a aprender
	Condição em que o indivíduo com dor crônica se demonstra preparado ou disponível para agir ou avançar no processo de aquisição de conhecimento ou habilidade por meio de estudo, instrução, prática, experiência ou treinamento. Caracteriza-se pelo interesse em orientações que geram mudanças de comportamento em relação à saúde e ao controle da dor crônica (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; BESERRA, 2018).

	DE: Exaustão do tratamento
	Condição em que o indivíduo enfrenta esgotamento, aumento da irritabilidade, fadiga, perda da força ou resistência associada à dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).
	DE: Falta de resiliência
	Incapacidade do indivíduo com dor crônica de recuperar-se de situações adversas por meio de um processo de adaptação (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021).
	DE: Força de vontade, reduzida
	Disposição reduzida para manter ou abandonar ações. Dificuldade de regular os impulsos, considerando atitudes da vontade, intenções e inclinações. Força de vontade reduzida pode prejudicar o enfrentamento da dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).
	DE: Negação
	Processo de enfrentamento prejudicado em que se evita ou não se reconhece o conhecimento ou o significado de um evento, a fim de minimizar ansiedade ou conflito. Mecanismo de defesa consciente ou inconsciente em que se evita o conflito emocional, o medo e a ansiedade a partir da recusa de tomar conhecimento de pensamentos, emoções, impulsos ou fatos externos, levando a prejuízos à saúde. Não aparenta perceber uma situação desconfortável, recusa-se a reconhecer um evento que ocorreu, desconsideração ao falar sobre um evento que gerou sofrimento, recusa de cuidados à saúde e/ou não reconhecimento do impacto gerado pela dor crônica em sua vida (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021).

DIMENSÃO COMUNITÁRIA		
DIAGNÓSTICO E RESULTADOS DE ENFERMAGEM E RESPECTIVAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS		
DE: Falta de apoio familiar	RE: Apoio familiar, melhorado	DE/RE: Apoio familiar, positivo
Ausência de apoio ao indivíduo por parte da família para ações e práticas relacionadas à dor crônica. Falha nos sistemas de suporte da família para que o indivíduo com dor crônica consiga progredir e evitar falhas em relação aos cuidados de saúde e ao enfrentamento da dor, ausência ou desorganização do suporte biopsicossocial e espiritual desempenhado pela família, podendo levar à resolução ineficaz de problemas e conflitos familiares, individuais e coletivos (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; SANTOS, 2017).	Apoio melhorado ao indivíduo por parte da família para ações e práticas relacionadas à dor crônica. Melhora nos sistemas de suporte da família para que o indivíduo com dor crônica consiga progredir e evitar falhas em relação aos cuidados de saúde e ao enfrentamento da dor. Aumento do suporte biopsicossocial e espiritual desempenhado pela família (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; SANTOS, 2017).	Apoio ao indivíduo por parte da família para ações e práticas relacionadas à dor crônica. Suporte efetivo da família para que o indivíduo com dor crônica consiga progredir e evitar falhas em relação aos cuidados de saúde e enfrentamento eficaz da dor. Suporte biopsicossocial e espiritual desempenhado pela família (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; SANTOS, 2017).

	CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; SANTOS, 2017)	
DE: Apoio emocional, ausente		
Condição em que o indivíduo não conta com suporte emocional de abordagem sensível e compreensiva que auxilie a lidar com a dor crônica. Ausência de suporte para comunicar ansiedades e medos. Ausência de pessoa que ofereça dedicação e auxilie a aumentar suas capacidades (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).		
DE: Atitude do cuidador, positiva		
Condição em que a pessoa que provê cuidados ao indivíduo com dor crônica apresenta opiniões e condutas positivas sobre o tratamento, auxiliando no enfrentamento e controle da dor (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).		
DE: Cuidador capaz de executar o cuidado		
Condição em que a pessoa que provê cuidados consegue atender de forma efetiva às necessidades e auxiliar em atividades em que o indivíduo com dor crônica apresenta limitações (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SANTOS, 2017).		
DE: Disposição (ou prontidão) para enfrentamento comunitário, eficaz		
Condição em que o indivíduo com dor crônica está preparado ou disponível para enfrentar e lidar com situações no âmbito da comunidade, possui habilidades e capacidade de resolução de problemas comunitários e apresenta comportamentos positivos em relação ao coletivo (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).		

DE: Disposição (ou prontidão) para processo familiar, positivo	
Condição em que o indivíduo está preparado ou disponível para realizar de forma efetiva suas funções e tarefas na interação e no relacionamento com os membros do núcleo familiar; disponível para um padrão de funcionamento familiar que sustenta o bem-estar de seus membros (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021).	
DE: Estresse do cuidador	RE: Estresse do cuidador, reduzido
Condição em que o cuidador do indivíduo com dor crônica enfrenta sentimentos de tensão e ansiedade, cansaço físico e mental, estresse na dinâmica familiar, distúrbios no estado físico e mental, sentimento de perda da liberdade e sobrecarga (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; SANTOS, 2005; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; TERASSI et al., 2020; PINTO; NATIONS, 2012).	Redução dos sentimentos de tensão e ansiedade do cuidador, melhora do cansaço físico e mental, redução do estresse na dinâmica familiar e do sentimento de perda da liberdade e sobrecarga (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; SANTOS, 2005; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; TERASSI et al., 2020; PINTO; NATIONS, 2012).
DE: Família capaz de participar do planejamento do cuidado	
Condição em que a família consegue de forma efetiva fazer parte do planejamento do cuidado em saúde do indivíduo com dor crônica (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	
DE: Ligação afetiva, prejudicada	
Condição em que um ou mais laços ou vínculos afetivos, emocionais, encontram-se quebrados ou alterados (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	

DE: Papel de cuidador, prejudicado

Função assumida pela pessoa que cuida do indivíduo com dor crônica comprometida. Interação ineficaz de acordo com as responsabilidades de cuidar do indivíduo com dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).

DE: Papel familiar, prejudicado

Atribuições e funções assumidas pela família comprometidas, não correspondendo ao conjunto de expectativas, regras e padrões de comportamento esperados (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).

DE: Problema de relacionamento

Condição em que a parceria mútua não é suficiente para o atendimento das necessidades recíprocas. Caracteriza-se pela falta de apoio, falta de compreensão, falta de colaboração, falta de comunicação e falta de atendimento das necessidades físicas e emocionais dentro do relacionamento (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021).

DE: Processo familiar, prejudicado

“Família incapaz de satisfazer as funções e tarefas familiares. Alteração dos papéis familiares; falta de objetivos familiares; indiferença a mudanças; incapacidade para reconhecer a necessidade de ajuda; incapacidade de lidar com tensões, estresse e crise; lar negligenciado; desconfiança de outras pessoas; sentimento de desesperança” (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, p. 175).

DE: Rapport (relação de compreensão mútua), prejudicado

Falta de comunicação, ausência de relação com mutualidade, compreensão, harmonia e confiança entre duas ou mais pessoas (RUNDELL, 2002; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).

	DE: Risco de solidão
	Suscetibilidade de o indivíduo com dor crônica enfrentar sentimentos de falta de pertencimento, isolamento emocional, sentimentos de exclusão, melancolia e tristeza associados à falta de companhia, simpatia e amizade, acompanhados de sentimentos de insignificância, vazio, afastamento e baixa autoestima, dificultando o enfrentamento da dor, aumentando a vulnerabilidade e dificultando uma transição saudável (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021; BESERRA, 2018; FÉLIX, 2019).
DIMENSÃO SOCIAL	
	DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS DE ENFERMAGEM E RESPECTIVAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS
	DE: Déficit no suprimento de medicação
	Deficiência nas fontes disponíveis e custeáveis para distribuição de medicamentos para alívio da dor crônica, dificultando o acesso a uma das medidas que auxiliam no alívio da dor (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).
	DE: Falta de apoio social
	Ausência de apoio da sociedade ou de entidades sociais, falta de sistemas de suporte na sociedade que ofereçam assistência e encorajamento para que os indivíduos em sofrimento pela dor crônica superem problemas, falta de inserção efetiva em atividades sociais ou falta de acesso aos sistemas de suporte social (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; SANTOS, 2017; CARVALHO, 2016).
	DE: Falta de confiança no prestador (ou provedor de cuidados de saúde)
	Ausência do sentimento de confiança, de crença na bondade, força e/ou confiabilidade no profissional de saúde ou pessoa provedora de cuidados ao indivíduo com dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SIMÕES, 1998).

	DE: Risco de isolamento social	DE: Isolamento social
	Suscetibilidade de o indivíduo enfrentar barreiras de interação com a sociedade, impostas por outros ou por escolha própria. Possibilidade de apresentar quantidade ou qualidade insuficiente de troca social e falta de senso de afinidade com relacionamentos interpessoais positivos, duradouros e significativos em decorrência da dor crônica e de fatores desencadeados por ela (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021).	Estado no qual o indivíduo com dor crônica enfrenta barreiras de interação com a sociedade, impostas por outros ou por escolha própria. Quantidade ou qualidade insuficiente de troca social e falta de senso de afinidade com relacionamentos interpessoais positivos, duradouros e significativos, dificultando uma transição saudável. Caracteriza-se pelos sentimentos de solidão, exclusão, melancolia, hostilidade, ausência de propósito, afeto superficial, insatisfação com a conexão e apoio social, insegurança em público, baixa interação, aparência física alterada, contato visual reduzido e baixa autoestima (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021).
	DE: Problema de continuidade do cuidado	
	Dificuldade de controle e acompanhamento da dor crônica por interrupções sucessivas no cuidado. Dificuldade de manter vínculo com o serviço ou profissional de saúde de forma longitudinal (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; STARFIELD, 2002).	
	DE: Risco de condição psicossocial, prejudicada	
	Vulnerabilidade aumentada para alteração nas condições que envolvem os fatores psicológicos e sociais, em virtude da dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	

	DE: Risco de problema de emprego
	Estado potencialmente negativo de incapacidade relacionada ao trabalho, perda de emprego ou mudança em suas atividades laborais em decorrência dos impactos gerados pela dor crônica (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; COSTA; RATES; AZEVEDO, 2021).
	DE/RE: Satisfação com atenção à saúde
	Atitude positiva, em que o indivíduo com dor crônica tem suas expectativas quanto aos serviços de saúde e profissionais de saúde atendidas. Caracteriza-se por situações em que o indivíduo recebe um atendimento digno, ágil e respeitoso, tem a confidencialidade de suas informações e sua privacidade respeitadas, recebe apoio social e tem autonomia para participar do cuidado e das medidas que visam ao alívio da dor (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; HOLLANDA et al., 2012).
	DE: Vulnerabilidade*
	Condição de maior suscetibilidade ou risco. Estado em que o indivíduo está vulnerável. Conjunto de fatores externos e internos que dificultam ao indivíduo lidar, adaptar-se e conviver com a dor crônica. Idosos, mulheres, pessoas com baixa escolaridade e pessoas afastadas das atividades laborais podem tornar-se mais vulneráveis e sofrer maiores prejuízos em virtude da dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; MASSON; DALLACOSTA, 2019; RIBEIRO, 2013).

Fonte A autora (2023). Nota: * Termo não constante na CIPE®.

Legenda:

	Significados
	Atitudes e crenças culturais
	Status Socioeconômico
	Preparação e Conhecimento

	Dimensão Pessoal
	Dimensão Comunitária
	Dimensão Social

Dos 201 DE e RE, um quantitativo de 145 (72,14%) foi classificado com grau de equivalência 1 (equivalência de significado: léxica e conceitual/termo constante na CIPE®, com mapeamento direto a partir da ferramenta MappICNP), 50 (24,87%), com grau de equivalência 4 (termo-fonte mais restrito e com mais significado específico que o termo-alvo/mais restrito que a CIPE®) e seis (2,99%), com grau de equivalência 5 (nenhum mapeamento possível/não constante na CIPE®).

Na Tabela 1, são apresentados os enunciados de DE/RE, mapeados pela ferramenta MappICNP, com seus respectivos graus de equivalência:

Tabela 1 – Mapeamento entre os enunciados de DE/RE elaborados e a CIPE®, segundo o grau de equivalência

Enunciado	Grau de equivalência
Ansiedade	1
Ansiedade, reduzida	1
Sobrecarga de estresse	1
Estresse, diminuído	1
Desempenho de papel, prejudicado	1
Capacidade para executar atividade de lazer, prejudicada	1
Capacidade para fazer compras, prejudicada	1
Capacidade para manejar (controlar) o regime de exercício físico, prejudicada	1
Capacidade para participar no planejamento do cuidado, prejudicada	1
Capaz de executar a manutenção da saúde	1
Manutenção da saúde, prejudicada	1
Conflito de decisão	1
Problema de continuidade do cuidado	1
Aceitação da condição de saúde	1
Aceitação da condição de saúde, prejudicada	1
Falta de conhecimento sobre doença	1
Falta de conhecimento sobre o manejo (controle) da dor	1
Negação	1
Baixa autoestima	1
Falta de conhecimento sobre exercício físico	1
Falta de conhecimento sobre processo de mudança de comportamento	1
Falta de conhecimento sobre o regime terapêutico	1
Déficit de autocuidado	1
Comportamento de busca de saúde, prejudicado	1
Baixo autocontrole	1
Autocontrole, melhorado (ou aumentado)	1
Isolamento social	1
Risco de isolamento social	1
Humor, deprimido	1
Risco de humor deprimido	1
Estresse do cuidador	1
Estresse do cuidador, reduzido	1
Agitação	1
Agitação, reduzida	1
Comportamento, agressivo	1
Raiva	1
Exaustão do tratamento	1
Medo	1
Medo reduzido	1
Desesperança	1

Desespero	1
Comportamento autodestrutivo	1
Medo de efeitos colaterais da medicação	1
Tristeza	1
Sufrimento	1
Desconforto	1
Expectativa sobre o tratamento, irrealista	1
Risco de qualidade de vida, negativa	1
Angústia espiritual	1
Risco de angústia espiritual	1
Atitude em relação ao cuidado, conflituosa	1
Atitude em relação ao cuidado, positiva	1
Déficit no suprimento de medicação	1
Problema com aquisição de medicação	1
Problema financeiro	1
Disposto (ou pronto) a aprender	1
Falta de apoio social	1
Disposição (ou prontidão) para enfrentamento comunitário, eficaz	1
Falta de apoio familiar	1
Apoio familiar, positivo	1
Medo de abandono	1
Medo de representar uma carga para os outros	1
Desamparo	1
Família capaz de participar do planejamento do cuidado	1
Problema de relacionamento	1
Processo familiar, prejudicado	1
Disposição (ou prontidão) para processo familiar, positivo	1
Risco de solidão	1
Atitude do cuidador, positiva	1
Cuidador capaz de executar o cuidado	1
Falta de confiança	1
Falta de confiança no prestador (ou provedor) de cuidados de saúde	1
Dificuldade de enfrentamento da dor	1
Enfrentamento da dor	1
Disposição (ou prontidão) para enfrentamento, eficaz	1
Disposição (ou prontidão) para tomada de decisão, eficaz	1
Falta de resiliência	1
Impotência	1
Risco de dificuldade com enfrentamento	1
Autoeficácia	1
Falta de autoconsciência (ou autocognição)	1
Autoconsciência (ou autocognição)	1
Bom humor	1
Orgulho, positivo	1
Esperança	1
Satisfação com atenção à saúde	1
Satisfação com o manejo (controle) da dor	1
Culpa	1
Frustração	1
Hostilidade	1
Constipação	1
Edema periférico	1
Fadiga	1
Fadiga, ausente	1
Fraqueza	1
Função do sistema musculoesquelético, prejudicada	1
Frequência cardíaca, nos limites normais	1
Dispepsia (ou indigestão)	1
Dispepsia (ou indigestão), ausente	1
Inflamação	1

Interação medicamentosa, adversa	1
Náusea	1
Náusea, ausente	1
Pressão arterial, alterada	1
Pressão arterial, nos limites normais	1
Risco de queda	1
Risco de efeito colateral da medicação	1
Efeito colateral da medicação	1
Mobilidade, prejudicada	1
Vertigem postural (tontura)	1
Vertigem postural (tontura), ausente	1
Vômito	1
Falta de apetite	1
Equilíbrio, prejudicado	1
Equilíbrio, melhorado	1
Ingestão de líquidos, prejudicada	1
Ingestão de líquidos, melhorada	1
Falta de controle do sintoma	1
Controle do sintoma	1
Falta de resposta ao tratamento	1
Ingestão de alimentos, excessiva	1
Ingestão de alimentos, insuficiente (ou deficitária)	1
Ingestão de alimentos, melhorada	1
Sono, prejudicado	1
Sono, adequado	1
Sonolência	1
Risco de intolerância a atividade	1
Intolerância à atividade	1
Tolerância à atividade, eficaz	1
Amplitude de movimento ativa, prejudicada	1
Desempenho sexual, prejudicado	1
Apetite, positivo	1
Atividade psicomotora, prejudicada	1
Controle da dor	1
Controle da dor, inadequado	1
Abuso de álcool (ou alcoolismo)	1
Abuso de drogas	1
Abuso de drogas, ausente	1
Sobrepeso	1
Obesidade	1
Enxaqueca	1
Cãibra muscular	1
Cólica	1
Risco de condição psicossocial, prejudicada	1
Aceitação do envelhecimento	1
Risco de problema de emprego	4
Desempenho de papel, melhorado	4
Capacidade para andar (caminhar), prejudicada	4
Conhecimento sobre doença, melhorado	4
Conhecimento sobre manejo (controle) da dor, melhorado	4
Conhecimento sobre exercício físico, melhorado	4
Conhecimento sobre processo de mudança de comportamento, melhorado	4
Conhecimento sobre regime terapêutico, melhorado	4
Adesão (especificar), prejudicada	4
Adesão (especificar), melhorada	4
Comportamento de busca de saúde, melhorado	4
Autocontrole, eficaz	4
Humor deprimido, melhorado	4
Comportamento autodestrutivo, reduzido	4
Angústia espiritual, reduzida	4

Apoio familiar, melhorado	4
Apoio emocional, ausente	4
<i>Rapport</i> (relação de compreensão mútua), prejudicado	4
Força de vontade, reduzida	4
Ligação afetiva, prejudicada	4
Papel de cuidador, prejudicado	4
Papel familiar, prejudicado	4
Preocupação, presente	4
Resposta psicológica à dor, prejudicada	4
Autonomia, prejudicada	4
Constipação, reduzida	4
Edema periférico, reduzido	4
Fraqueza, reduzida	4
Função do sistema musculoesquelético, melhorada	4
Frequência cardíaca, aumentada	4
Lesão (especificar)	4
Mobilidade, melhorada	4
Apetite, prejudicado	4
Abuso de álcool (ou alcoolismo), reduzido	4
Automedicação	4
Enxaqueca, reduzida	4
Cãibra muscular, ausente	4
Cólica, ausente	4
Aceitação do envelhecimento, prejudicada	4
Dor artrítica, crônica	4
Dor artrítica, reduzida	4
Dor cutânea, crônica	4
Dor cutânea, reduzida	4
Dor musculoesquelética, crônica	4
Dor musculoesquelética, reduzida	4
Dor vascular, crônica	4
Dor vascular, reduzida	4
Vulnerabilidade	5
Formigamento	5
Espasmo muscular	5
Desilusão	5
Desmotivação	5
Agonia	5

Fonte: A autora (2023).

Notas: 1 = equivalência de significado: léxica e conceitual. 4 = termo-fonte mais restrito e com mais significado específico que o termo-alvo. 5 = nenhum mapeamento possível.

5.2 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

5.2.1 Caracterização dos participantes

Dos 23 enfermeiros participantes (35,38% dos selecionados ou convidados), 19 (82,61%) tinham como país de origem o Brasil e quatro (17,39%), Portugal. Foram caracterizados como especialistas 12 (52,17%) enfermeiros; sete (30,43%) como enfermeiros da APS; e quatro (17,40%) como atuantes no atendimento à dor crônica em serviços ligados à APS portuguesas. A caracterização dos enfermeiros da APS está disposta na Tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização dos enfermeiros da atenção primária, em relação à formação acadêmica e tempo de atuação, distribuída pela frequência absoluta (FA) e relativa (FR)

Característica	FA	FR
Formação acadêmica		
Especialização	7	100,00%
Mestrado	0	0,00%
Doutorado	1	14,28%
Tempo de atuação na prática clínica (assistencial)		
Maior que 10 anos	6	85,72%
Entre 5 e 10 anos	1	14,28%
Tempo de atuação na APS		
Maior que 10 anos	3	42,86%
Entre 5 e 10 anos	2	28,58%
Entre 3 e 5 anos	1	14,28%
Entre 2 e 3 anos	1	14,28%

Fonte: A autora (2023).

Os enfermeiros atuantes em serviços de atendimento à dor crônica ligados à APS portuguesas são caracterizados na Tabela 3.

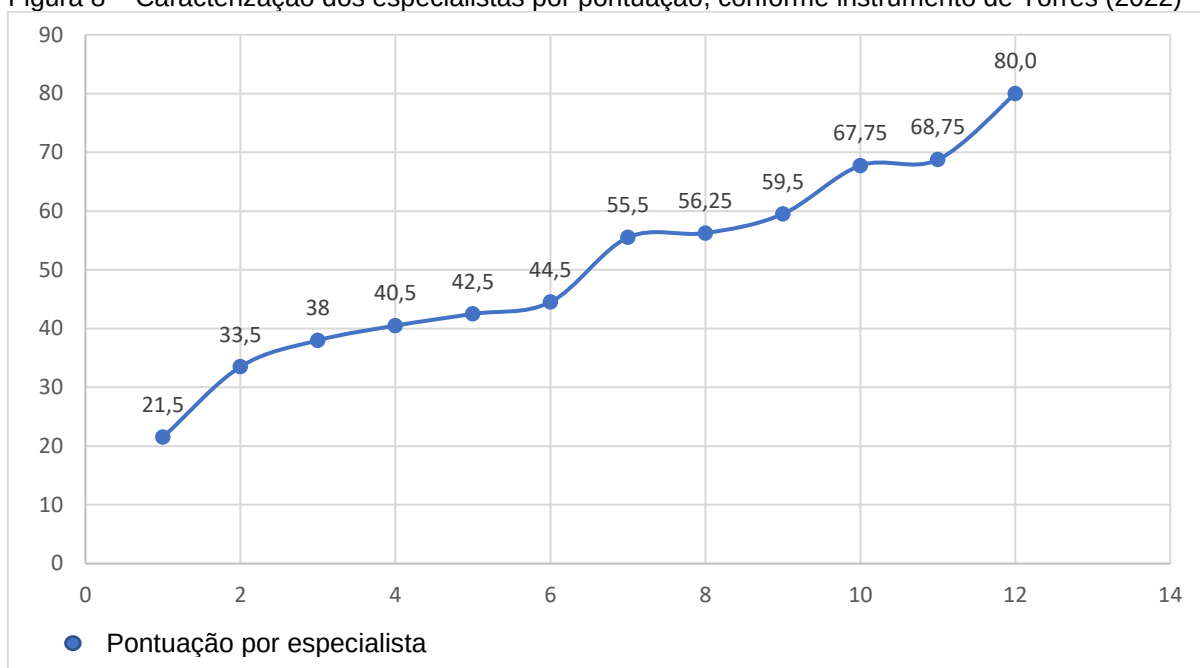
Tabela 3 – Caracterização dos enfermeiros portugueses, distribuída pela frequência absoluta (FA) e relativa (FR), em relação à formação acadêmica e tempo de atuação

Característica	FA	FR
Formação acadêmica		
Especialização	4	100,00%
Mestrado	3	75,00%
Doutorado	0	0,00%
Tempo de atuação na prática clínica (assistencial)		
Maior que 10 anos	4	100,00%
Tempo de atuação em serviço relacionado à dor crônica		
Maior que 10 anos	3	75,00%
Entre 5 e 10 anos	1	25,00%

Fonte: A autora (2023).

Os enfermeiros especialistas foram caracterizados a partir de um instrumento elaborado por Torres (2022) (Anexo A), sendo considerados os valores mais próximos de 100 relacionados a uma maior *expertise* do especialista no assunto pesquisado, conforme disposto na Figura 8.

Figura 8 – Caracterização dos especialistas por pontuação, conforme instrumento de Torres (2022)



Fonte: A autora (2023).

Dentre os especialistas, a experiência superior a cinco anos na operacionalização das etapas do PE foi predominante (dez especialistas – 83,33%); quanto ao tempo de experiência na prática clínica com dor crônica, nove especialistas (75,00%) referiram experiência superior a cinco anos.

Nenhum especialista apresentou tese ou dissertação relacionada à CIPE®, mas sete (58,33%) redigiram tese ou dissertação relacionada a PE e/ou terminologia de enfermagem. Quanto à participação em comissão/comitês sobre PE pautado na CIPE®, dois especialistas (16,67%) afirmaram participar e quatro (33,33%) relataram utilizar a CIPE® em sua prática clínica.

Em relação à participação em grupo de pesquisa sobre PE e/ou terminologia de enfermagem e/ou grupo de pesquisa sobre dor crônica, 11 especialistas (91,67%) responderam positivamente. Dois especialistas (16,67%) fazem participam do Centro CIPE® Brasil e três (25,00%) participam de grupos de pesquisa que têm a CIPE® como foco de estudo, sendo dois (16,67%) líderes desses grupos.

No que tange à produção científica, sete (58,33%) possuem mais de um artigo completo publicado sobre PE e/ou relacionado à CIPE® e 11 (91,67%), mais de um trabalho apresentado sobre PE e/ou terminologia de enfermagem e/ou dor crônica em conferência, congresso, encontro, fórum, jornada, mesa-redonda, painel, seminário e/ou simpósio.

5.2.2 Validação dos enunciados de diagnósticos, resultados e definições operacionais

Dos 201 DE e RE elaborados, 189 (94,03%) foram validados, dois (0,99%) foram descartados e dez (4,98%) necessitaram de análise e correção. Das 201 (100,00%) definições operacionais construídas, 192 (95,52%) foram validadas, uma (0,48%) foi descartada e oito (3,98%) necessitaram de análise e correção, conforme descrito na Tabela 4.

Tabela 4 – Validação dos DE/RE e definições operacionais, distribuída pela respectiva frequência absoluta (FA) e relativa (FR)

DE/RE	FA (N = 21)	FR (%)	Definição operacional	FA (N = 21)	FR (%)
Ansiedade	21	100,00%	Emoção negativa; resposta emocional a um real ou potencial perigo; antecipação a um problema iminente e inespecífico. Presença de sentimentos e sensações de angústia, ameaça, medo, preocupação, insegurança, agitação, temor, apreensão e sofrimento. Pode apresentar características subjetivas e objetivas, como sudorese, insônia, tremores, formigamento de extremidades, sensação de desmaio, pressão arterial elevada, voz trêmula, esquecimento, choro, pupilas dilatadas, desconforto abdominal, sensação de pressão em região torácica, tensão muscular, alterações na atenção e percepção. Apresenta reflexos na qualidade de vida, produtividade, capacidade de execução de atividades diárias, redução da autoconfiança e autoestima. Pode ser desencadeada pela dor crônica (HOUAISS, 2009; SANTOS, 2005; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021).	19	90,48%
Ansiedade, reduzida	21	100,00%	Redução dos sentimentos e sensação de angústia, ameaça, medo, preocupação, insegurança, agitação, temor, apreensão e sofrimento. Redução da frequência e/ou intensidade das características subjetivas e objetivas (HOUAISS, 2009; SANTOS, 2005; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021).	19	90,48%
Sobrecarga de estresse	20	95,24%	Carga excessiva, além dos limites naturais de estresse. Sentimento de tensão e ansiedade. Resposta a estímulos externos, fatores emocionais, físicos, sociais ou qualquer outro fator que necessite de uma resposta ou mudança. Pode estar associada a experiências desagradáveis, como a dor. Pode gerar sentimentos de incapacidade, sensação de cansaço físico e mental, desconforto e aumento da raiva, bem como dificuldade para tomada de decisões (HOUAISS, 2009; SANTOS, 2005; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021).	19	90,48%
Estresse, diminuído	20	95,24%	Redução na frequência ou intensidade dos sentimentos de incapacidade e da sensação de cansaço físico e mental. Desconforto diminuído. Redução do sentimento de raiva e da dificuldade para tomada de decisões (HOUAISS, 2009; SANTOS, 2005; ANDERSON;	20	95,24%

ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021).					
Desamparo	19	90,48%	**	**	**
Impotência	20	95,24%	**	**	**
Desespero	20	95,24%	**	**	**
Hostilidade	16	76,19%	**	**	**
Autocontrole, eficaz	19	90,48%	**	**	**
Orgulho, positivo	13	61,90%	**	**	**
Esperança	18	85,71%	**	**	**
Culpa	18	85,71%	**	**	**
Processo familiar, prejudicado	20	95,24%	**	**	**
Constipação	16	76,19%	**	**	**
Dispepsia (ou indigestão)	19	90,48%	**	**	**
Dispepsia (ou indigestão), ausente	19	90,48%	**	**	**
Equilíbrio, melhorado	18	85,71%	**	**	**
Atividade psicomotora, prejudicada	20	95,24%	**	**	**
Enxaqueca	20	95,24%	**	**	**
Cólica	19	90,48%	**	**	**
Cólica, ausente	17	80,95%	**	**	**
Dor artrítica, reduzida	18	85,71%	**	**	**
Dor cutânea, reduzida	18	85,71%	**	**	**
Dor musculoesquelética, reduzida	19	90,48%	**	**	**
Dor vascular, reduzida	18	85,71%	**	**	**
Desempenho de papel, prejudicado	19	90,48%	Padrão de comportamento não condizente com o ambiente, normas ou contexto vivenciado. Incapacidade do indivíduo de desempenhar seu papel social, econômico e espiritual, conforme os padrões do ambiente em que vive. Caracteriza-se por ansiedade, sintomas de depressão, dificuldade de enfrentamento da dor, pessimismo, motivação inadequada, habilidades inadequadas, alteração na percepção, negação ou retomada alterada dos papéis. Pode acompanhar sentimentos de tristeza, angústia, isolamento, impotência, falta de confiança e incerteza após algum evento que gerou mudanças, como a dor crônica (HOUAISS, 2009; RODRIGUES, 2006 <i>apud</i> ANDRADE, 2018; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021).		19 90,48%
Desempenho de papel, melhorado	19	90,48%	Aumento da capacidade de desempenhar seu papel social, econômico e espiritual, conforme os padrões do ambiente em que vive. Melhora na adaptação às mudanças geradas pela dor crônica. Redução da ansiedade e dos sintomas de depressão. Melhora do enfrentamento,		17 80,95%

			motivação e adequação das habilidades. Melhora na percepção e retomada dos papéis. Redução dos sentimentos de tristeza, angústia, isolamento, impotência, falta de confiança e incerteza (HOUAISS, 2009; RODRIGUES, 2006 <i>apud</i> ANDRADE, 2018; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021).		
Risco de problema de emprego	18	85,71%	Estado potencialmente negativo de incapacidade relacionada ao trabalho, perda de emprego ou mudança em suas atividades laborais em decorrência dos impactos gerados pela dor crônica (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; COSTA; RATES; AZEVEDO, 2021).	18	85,71%
Capacidade para executar atividade de lazer, prejudicada	20	95,24%	Condição em que a habilidade e aptidão para realizar atividades prazerosas de recreação e lazer encontram-se alteradas ou ausentes por limitações decorrentes da dor crônica (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; MEDEIROS, 2014).	21	100,00%
Capacidade para fazer compras, prejudicada	19	90,48%	Condição em que a habilidade e aptidão para realizar o ato de comprar (obter itens de consumo mediante pagamento), negociar e adquirir bens necessários para manutenção da vida diária encontram-se alteradas ou ausentes por limitações decorrentes da dor crônica (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; MEDEIROS, 2014).	18	85,71%
Capacidade para manejar (controlar) o regime de exercício físico, prejudicada	19	90,48%	Condição em que o indivíduo apresenta incapacidade ou ineficiência em desempenhar o plano de exercícios físicos a fim de melhorar ou manter a saúde, influenciando o controle da dor (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019).	19	90,48%
Capacidade para participar no planejamento do cuidado, prejudicada	19	90,48%	Condição em que o indivíduo com dor crônica é incapaz ou apresenta dificuldades de fazer parte do planejamento de seu cuidado em saúde (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	19	90,48%
Capaz de executar a manutenção da saúde	19	90,48%	Condição em que o indivíduo possui habilidades e aptidões necessárias para efetivar e fazer escolhas adequadas visando à promoção de sua saúde. Capacidade de identificar, controlar ou buscar ajuda necessária para executar práticas a fim de manter o controle da dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; MEDEIROS, 2014).	20	95,24%
Conflito de decisão	20	95,24%	Estado em que o indivíduo enfrenta incertezas sobre as ações a ser tomadas perante a necessidade de escolha entre ações conflitantes, em que há risco de perdas ou que desafiam seus valores e crenças. Caracteriza-se por relato de sofrimento e incerteza durante a tomada de decisão; questionamento de princípios, valores e regras morais e	19	90,48%

			peçoais para chegar à decisão; reconhecimento de consequências indesejadas; sinais físicos de sofrimento, angústia e tensão, decisão atrasada, vacilação nas escolhas, foco em si mesmo, falta de informações relevantes, interferência na tomada de decisão e/ou fontes múltiplas ou divergentes, dificultando a transição saudável do indivíduo com dor crônica (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).		
Capacidade para andar (caminhar), prejudicada	20	95,24%	Condição em que o indivíduo com dor crônica não possui ou tem reduzida sua habilidade ou aptidão física de caminhar em decorrência da dor ou de questões associadas a ela, apresentando limitações para andar no ambiente de forma independente, dificuldades de subir escadas, caminhar em superfícies irregulares, aclives e declives (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021).	20	95,24%
Problema de continuidade do cuidado	20	95,24%	Dificuldade de controle e acompanhamento da dor crônica por interrupções sucessivas no cuidado. Dificuldade de manter vínculo com o serviço ou profissional de saúde de forma longitudinal (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; STARFIELD, 2002).	20	95,24%
Aceitação da condição de saúde	21	100,00%	Condição em que o indivíduo é capaz de reduzir ou eliminar barreiras, apreensões ou tensões com relação à dor crônica. Aceitação e entendimento do estado de saúde. Reconhecimento do estado em que se insere no processo saúde-doença, redução de emoções negativas ligadas ao processo, remoção de barreiras que impedem de reconhecer os pontos positivos da vida (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; FÉLIX, 2019; CARVALHO, 2016).	19	90,48%
Aceitação da condição de saúde, prejudicada	20	95,24%	Condição em que o indivíduo enfrenta dificuldade de reduzir ou eliminar barreiras, apreensões ou tensões com relação à dor crônica. Dificuldade na aceitação e entendimento do estado de saúde. Ineficiência em reconhecer o estado em que se insere no processo saúde-doença, presença de emoções negativas e barreiras que impedem o reconhecimento os pontos positivos da vida (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).	19	90,48%
DE/RE	FA (N = 20)	FR (%)	Definição operacional	FA (N = 20)	FR (%)
Falta de conhecimento sobre doença	20	100,00%	Falta de conhecimento adequado sobre a dor crônica. Condição em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, fundamentado em sabedoria adquirida ou em informação ou habilidades aprendidas, cognição e reconhecimento da informação sobre a dor crônica. Apresenta comportamentos inapropriados,	19	95,00%

			distração, dificuldade na aprendizagem, falta de vontade de aprender e segue instruções de forma imprecisa (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; CARVALHO, 2016; NANDA-I, 2021).		
Conhecimento sobre doença, melhorado	20	100,00%	Aumento no nível de conhecimento sobre a dor crônica. Comportamentos apropriados, redução da distração e da dificuldade na aprendizagem. Demonstra vontade de aprender e segue instruções de forma apropriada (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; CARVALHO, 2016; NANDA-I, 2021).	18	90,00%
Falta de conhecimento sobre o manejo (controle) da dor	18	90,00%	Falta de conhecimento adequado sobre o tratamento terapêutico. Falta de compreensão sobre medidas para diminuição ou alívio da dor. Condição em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, fundamentado em sabedoria adquirida ou em informação ou habilidades aprendidas, cognição e reconhecimento da informação sobre o controle da dor crônica (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; MEDEIROS, 2014; NANDA-I, 2021).	20	100,00%
Conhecimento sobre manejo (controle) da dor, melhorado	18	90,00%	Aumento no nível de conhecimento sobre o controle da dor e o tratamento terapêutico. Melhora na compreensão das medidas para alívio da dor (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; MEDEIROS, 2014; NANDA-I, 2021).	18	90,00%
Negação	20	100,00%	Processo de enfrentamento prejudicado em que se evita ou não se reconhece o conhecimento ou o significado de um evento, a fim de minimizar ansiedade ou conflito. Mecanismo de defesa consciente ou inconsciente em que se evita o conflito emocional, o medo e a ansiedade a partir da recusa de tomar conhecimento de pensamentos, emoções, impulsos ou fatos externos, levando a prejuízos à saúde. Não aparenta perceber uma situação desconfortável, recusa a reconhecer um evento que ocorreu, desconsideração ao falar sobre um evento que gerou sofrimento, recusa de cuidados à saúde e/ou não reconhecimento do impacto gerado pela dor crônica em sua vida (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021).	18	90,00%
Baixa autoestima	20	100,00%	Opinião negativa sobre si mesmo, da visão de seu próprio valor e capacidade. Verbalização negativa da crença, confiança, autoaceitação e autolimitação sobre si próprio. Não aceitação de elogios e sugestões de melhoria em seus hábitos de vida, não aceitação de encorajamento e críticas construtivas relacionadas à sua condição atual, refletindo no controle da dor crônica. Caracteriza-se pela ausência de propósito, indecisão, desamparo, comportamento não assertivo, sentimento de	19	95,00%

			solidão, ruminação mental, insônia, sintomas depressivos, subestimação da capacidade de lidar com a dor crônica e verbalização autonegativa (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; FÉLIX, 2019; CARVALHO, 2016; NANDA-I, 2021).		
Falta de conhecimento sobre exercício físico	19	95,00%	Condição em que o indivíduo com dor crônica não possui informações sobre ou como realizar exercícios físicos, bem como sua importância para alívio da dor. Ausência de conteúdo específico de pensamento, fundamentado em sabedoria adquirida ou em informação ou habilidades aprendidas, cognição e reconhecimento da informação sobre exercício físico (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; FÉLIX, 2019; MEDEIROS, 2014).	17	85,00%
Conhecimento sobre exercício físico, melhorado	19	95,00%	Aumento no nível de conhecimento sobre exercício físico. Melhora na compreensão de como realizar exercícios físicos e sua relação com o alívio da dor (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; FÉLIX, 2019; MEDEIROS, 2014).	19	95,00%
Conhecimento sobre processo de mudança de comportamento, melhorado	20	100,00%	Condição em que o indivíduo com dor crônica possui informações suficientes sobre as alterações em sua forma de agir ou desempenhar suas atividades, compreende que as mudanças de comportamento positivas e ações conscientes auxiliam no controle da dor crônica (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; CANDEIAS, 1997; VIEIRA <i>et al.</i> , 2022).	19	95,00%
Falta de conhecimento sobre processo de mudança de comportamento	19	95,00%	Condição em que o indivíduo com dor crônica não possui informações suficientes sobre as alterações em sua forma de agir ou desempenhar suas atividades, não compreende de forma adequada que as mudanças de comportamento positivas e ações conscientes auxiliam no controle da dor crônica. Estado em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, sabedoria adquirida, instrução ou habilidades aprendidas ou cognição e reconhecimento da informação sobre o processo de mudança de comportamento (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; BESERRA, 2018).	19	95,00%
Falta de conhecimento sobre o regime terapêutico	19	95,00%	Condição em que o indivíduo com dor crônica não possui informações ou não consegue acompanhar as instruções sobre o tratamento da dor crônica ou métodos para alívio da dor. Condição em que o indivíduo não apresenta conteúdo específico de pensamento, fundamentado em sabedoria adquirida ou em informação ou habilidades aprendidas, cognição e reconhecimento da informação sobre o regime terapêutico	19	95,00%

(HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; CARVALHO, 2016).					
Conhecimento sobre regime terapêutico, melhorado	20	100,00%	Aumento do nível de conhecimento sobre o tratamento da dor crônica ou métodos para alívio da dor (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001).	19	95,00%
Déficit de autocuidado	20	100,00%	Incapacidade do indivíduo com dor crônica de executar atividades de cuidado por si só a partir de orientação prévia. Habilidades de autocuidado insuficientes para atender às necessidades básicas de forma independente, como vestir-se, alimentar-se, realizar higiene íntima e corporal (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; NANDA-I, 2021).	19	95,00%
DE/RE	FA (N = 19)	FR (%)	Definição operacional	FA (N = 19)	FR (%)
Adesão (especificar), prejudicada	19	100,00%	Condição negativa em que o indivíduo não consegue ou apresenta dificuldades de promover bem-estar, recuperação e reabilitação. Ineficácia em seguir as orientações, o regime terapêutico e/ou medicamentoso, o regime dietético, o regime de exercício físico ou outros comportamentos de cuidado com a saúde, dificultando o controle da dor crônica. Pode estar relacionada à falta de apoio familiar, falta de motivação pessoal, falta de conhecimento sobre o processo de doença e relacionamento com profissional de saúde prejudicado (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; FÉLIX, 2019).	19	100,00%
Adesão (especificar), melhorada	19	100,00%	Melhora na capacidade de promover bem-estar, recuperação e reabilitação. Condição em que o indivíduo segue orientações, consegue executar o regime terapêutico e/ou medicamentoso, o regime dietético, o regime de exercício físico ou outros comportamentos de cuidado com a saúde, auxiliando no controle da dor crônica. Pode estar relacionada ao apoio familiar, melhora da motivação pessoal, conhecimento sobre o processo de doença e relacionamento positivo com o profissional de saúde (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; FÉLIX, 2019).	19	100,00%
Comportamento de busca de saúde, prejudicado	19	100,00%	Estado em que o indivíduo não busca ativamente formas de alterar seus hábitos e/ou seu ambiente, não assegura recursos de cuidado de saúde visando ao controle ou à redução da dor crônica. Caracteriza-se pela falta de expectativa para solicitar e obter assistência de outros e pela falta de desejos de buscar informações para a promoção de saúde	19	100,00%

			(HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; FÉLIX, 2019; BESERRA, 2018).		
Comportamento de busca de saúde, melhorado	19	100,00%	Melhora na busca de formas de alterar os hábitos e o ambiente, assegurando recursos de cuidado de saúde, visando ao controle ou à redução da dor crônica. Melhora na busca de assistência de outros e informações para a promoção de saúde (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; FÉLIX, 2019; BESERRA, 2018).	19	100,00%
Baixo autocontrole	18	94,74%	Baixa disposição para controlar por si próprio as variáveis que determinam o controle da dor, para manter-se ativo, para lidar com as necessidades básicas individuais e essenciais e com as atividades de vida diária (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; VANDERBERGUE, 2005).	17	89,47%
Autocontrole, melhorado (ou aumentado)	19	100,00%	Melhora na disposição para controlar por si próprio as variáveis que determinam o controle da dor, para manter-se ativo, para lidar com as necessidades básicas individuais e essenciais e com as atividades de vida diária (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; VANDERBERGUE, 2005).	18	94,74%
Autocontrole, eficaz	19	100,00%	Disposição para controlar por si próprio as variáveis que determinam o controle da dor, para manter-se ativo, para lidar com as necessidades básicas individuais e essenciais e com as atividades de vida diária (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; VANDERBERGUE, 2005).	18	94,74%
Isolamento social	19	100,00%	Estado no qual o indivíduo com dor crônica enfrenta barreiras de interação com a sociedade, impostas por outros ou por escolha própria. Quantidade ou qualidade insuficiente de troca social e falta de senso de afinidade com relacionamentos interpessoais positivos, duradouros e significativos, dificultando uma transição saudável. Caracterizado pelos sentimentos de solidão, exclusão, melancolia, hostilidade, ausência de propósito, afeto superficial, insatisfação com a conexão e apoio social, insegurança em público, baixa interação, aparência física alterada, contato visual reduzido e baixa autoestima (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021).	18	94,74%
Risco de isolamento social	19	100,00%	Suscetibilidade de o indivíduo enfrentar barreiras de interação com a sociedade, impostas por outros ou por escolha própria. Possibilidade de apresentar quantidade ou qualidade insuficiente de troca social e falta de senso de afinidade com relacionamentos interpessoais positivos,	19	100,00%

			duradouros e significativos em decorrência da dor crônica e de fatores desencadeados por ela (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021).		
Humor, deprimido	19	100,00%	Emoção negativa que, associada à dor crônica, pode agravar a percepção da intensidade da dor. Caracteriza-se por sentimentos que vão da melancolia à tristeza, redução da concentração, alterações no apetite e sono (HOUAISS, 2009; COSTA, 2005; ANDERSON; ANDERSON, 2001; SANTOS, 2005; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	19	100,00%
Humor deprimido, melhorado	18	94,74%	Redução dos sentimentos de melancolia e tristeza, melhora da concentração, apetite preservado e melhora no padrão de sono (HOUAISS, 2009; COSTA, 2005; ANDERSON; ANDERSON, 2001; SANTOS, 2005; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	16	84,21%
Risco de humor deprimido	19	100,00%	Possibilidade de o indivíduo apresentar emoções negativas, sentimentos que vão da melancolia à tristeza, redução da concentração, alterações no apetite e sono, com risco de agravamento da percepção da intensidade da dor (HOUAISS, 2009; COSTA, 2005; ANDERSON; ANDERSON, 2001; SANTOS, 2005; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	18	94,74%
Estresse do cuidador	19	100,00%	Condição em que o cuidador do indivíduo com dor crônica enfrenta sentimentos de tensão e ansiedade, cansaço físico e mental, estresse na dinâmica familiar, distúrbios no estado físico e mental, sentimento de perda da liberdade e sobrecarga (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; SANTOS, 2005; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; TERASSI <i>et al.</i> , 2020; PINTO; NATIONS, 2012).	19	100,00%
Estresse do cuidador, reduzido	18	94,74%	Redução dos sentimentos de tensão e ansiedade do cuidador, melhora do cansaço físico e mental, redução do estresse na dinâmica familiar e do sentimento de perda da liberdade e sobrecarga (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; SANTOS, 2005; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; TERASSI <i>et al.</i> , 2020; PINTO; NATIONS, 2012).	17	89,47%
Agitação	17	89,47%	Circunstância de excitação psicomotora despropositada, atividade incansável, andar ritmado, liberação da tensão nervosa associada à ansiedade, medo ou estresse mental. Estado de inquietação associado à tensão ou descontrole emocional, podendo traduzir um desconforto gerado pela dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; COSTA, 2005).	19	100,00%

Agitação, reduzida	16	84,21%	Redução da inquietação, da excitação psicomotora despropositada e do sentimento de tensão (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; COSTA, 2005).	18	94,74%
Comportamento, agressivo	19	100,00%	Comportamento prejudicado caracterizado por ações ou atitudes brutais, arrogantes, expressadas de forma verbal, física ou simbólica; irritabilidade, ira, destrutividade ou violência em resposta à frustração associada à dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	19	100,00%
Raiva	19	100,00%	Emoção negativa, em que os sentimentos variam do extremo desprazer à fúria, originada por uma resposta mental ou física a estímulos internos ou externos. Presença dos sentimentos de ira, indignação, hostilidade e exaltação violenta do ânimo desencadeados ou associados a fatores ligados à dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).	19	100,00%
Exaustão do tratamento	19	100,00%	Condição em que o indivíduo enfrenta esgotamento, aumento da irritabilidade, fadiga, perda da força ou resistência associada à dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	18	94,74%
Náusea	19	100,00%	Sensação de enjoo, podendo ou não resultar em vômito, caracterizada por sensação desagradável na parte de trás da garganta e epigástrio, desconforto abdominal, deglutição aumentada, aversão alimentar, salivação aumentada, distensão gástrica, refluxo, percepção de sabor azedo na boca, salivação aumentada e piora dos sintomas por sabores e cheiros (HOUAISS, 2009; SANTOS, 2005; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; SILVA, 2014; NANDA-I, 2021).	16	84,21%
Náusea, ausente	18	94,74%	Ausência da sensação de enjoo e sensações gastrointestinais desagradáveis (HOUAISS, 2009; SANTOS, 2005; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; SILVA, 2014; NANDA-I, 2021).	17	89,47%
Pressão arterial, alterada	15	78,95%	Força da circulação do sangue na parede dos vasos abaixo ou acima dos padrões de normalidade (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; CARVALHO, 2016; MEDEIROS, 2014).	14	73,68%
Pressão arterial, nos limites normais	17	89,47%	Força da circulação do sangue na parede dos vasos dentro dos padrões de normalidade (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; MEDEIROS, 2014).	15	78,95%
Risco de queda	19	100,00%	Suscetibilidade de o indivíduo com dor crônica, devido às suas limitações, enfrentar eventos que resultem em deslocamento inadvertido ao solo, chão ou outro nível inferior, podendo levar a dano	17	89,47%

			físico, devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar o peso do corpo e permanecer ereto (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; MEDEIROS, 2014; NANDA-I, 2021).		
Risco de efeito colateral da medicação	17	89,47%	Suscetibilidade aos efeitos indesejáveis do uso da medicação para controle da dor crônica. Efeito indesejável que acompanha a ação primária do medicamento (HOUAISS, 2009; COSTA, 2005; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).	16	84,21%
Efeito colateral da medicação	19	100,00%	Efeitos indesejáveis do uso da medicação para controle da dor crônica. Efeito indesejável que acompanha a ação primária do medicamento (HOUAISS, 2009; COSTA, 2005; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018)	17	89,47%
Mobilidade, prejudicada	19	100,00%	Capacidade de movimentação voluntária do corpo prejudicada. Limitação associada à dor crônica, no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades (HOUAISS, 2009; COSTA, 2005; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; CARVALHO, 2016; MEDEIROS, 2014; NANDA-I, 2021).	17	89,47%
Mobilidade, melhorada	18	94,74%	Capacidade de movimentação voluntária do corpo aumentada ou preservada. Redução das limitações geradas pela dor crônica, no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades (HOUAISS, 2009; COSTA, 2005; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; CARVALHO, 2016; MEDEIROS, 2014; NANDA-I, 2021).	17	89,47%
Vertigem postural (tontura)	13	68,42%	Sensação de desmaio ou falta de capacidade de manter o equilíbrio dentro da normalidade nas posições de pé ou sentada. Eventualmente pode estar associada à confusão, náuseas e fraqueza (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	16	84,21%
Vertigem postural (tontura), ausente	14	73,68%	Capacidade de manter o equilíbrio dentro da normalidade nas posições de pé ou sentada preservada (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	17	89,47%
Vômito	16	84,21%	Expulsão rápida de conteúdo gástrico pela boca. Processo do sistema gastrointestinal prejudicado (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).	17	89,47%
Falta de apetite	18	94,74%	Redução ou ausência da sensação de desejo de satisfazer necessidades corporais de nutrientes ou de determinados tipos de alimento. Vontade diminuída de alimentar-se. Pode ser caracterizada por perda de peso, dor abdominal e alteração no tônus muscular	16	84,21%

			(HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).		
Equilíbrio, prejudicado	17	89,47%	Condição em que o indivíduo com dor crônica enfrenta instabilidade corporal e redução da coordenação dos músculos, ossos e articulações para mover-se, levantar-se, sentar-se ou deitar-se. Postura ou posição instável do corpo (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	17	89,47%
Ingestão de líquidos, prejudicada	16	84,21%	Ingestão inadequada de substâncias líquidas por via oral, ingestão de líquidos que contêm nutrientes e ingestão de água acima ou abaixo da quantidade e/ou qualidade necessária para o funcionamento adequado do organismo e a manutenção da vida (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	18	94,74%
Ingestão de líquidos, melhorada	16	84,21%	Ingestão adequada de substâncias líquidas por via oral. ingestão de líquidos que contêm nutrientes e ingestão de água em quantidade e/ou qualidade necessária para o funcionamento adequado do organismo e a manutenção da vida (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	18	94,74%
Falta de controle do sintoma	16	84,21%	Incapacidade de exercer influência sobre os sintomas associados à dor crônica. Redução prejudicada das manifestações clínicas subjetivas e objetivas ligadas à dor crônica. Ausência de controle dos sintomas primários e secundários, ou seja, sintomas associados ou consequentes da dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SANTOS, 2017).	17	89,47%
Controle do sintoma	15	78,95%	Capacidade de exercer influência sobre os sintomas associados à dor crônica. Redução das manifestações clínicas subjetivas e objetivas ligadas à dor crônica. Controle dos sintomas primários e secundários, ou seja, sintomas associados ou consequentes da dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SANTOS, 2017).	17	89,47%
Falta de resposta ao tratamento	17	89,47%	Resposta negativa ao tratamento. Condição em que o indivíduo com dor crônica não apresenta respostas satisfatórias ao tratamento. Resposta não efetiva à terapêutica adotada para controle da dor crônica, podendo gerar falta de controle e alívio da dor, e dos sintomas associados ou desencadeados pela dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SANTOS, 2017).	16	84,21%

Ingestão de alimentos, excessiva	16	84,21%	Processo em que o indivíduo com dor crônica ingere quantidade de alimentos maior que a necessidade metabólica para manutenção da vida (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019).	15	78,95%
Ingestão de alimentos, insuficiente (ou deficitária)	17	89,47%	Processo em que o indivíduo com dor crônica ingere quantidade de alimentos menor que a necessidade metabólica para manutenção da vida (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; MEDEIROS, 2014).	16	84,21%
Ingestão de alimentos, melhorada	17	89,47%	Processo em que o indivíduo com dor crônica ingere quantidade de alimentos suficiente para atender à sua necessidade metabólica para manutenção da vida (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019).	17	89,47%
Sono, prejudicado	18	94,74%	Alterações no padrão do sono. Interrupções, limitadas pelo tempo, quantidade e qualidade de sono, decorrentes de fatores internos ou externos, como a dor crônica. Caracteriza-se por incapacidade de iniciar ou manter o sono, sensação de noite mal dormida, prejuízos no desempenho das atividades de vida diária, desatenção, despertar não intencional e relato de não se sentir descansado (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; NANDA-I, 2021).	18	94,74%
Sono, adequado	18	94,74%	Padrão do sono mantido, suspensão natural e periódica da consciência relativa. Sono capaz de proporcionar descanso e disposição para realização das atividades de vida diária (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; NANDA-I, 2021).	18	94,74%
Sonolência	18	94,74%	Torpor profundo, estado intermediário entre o sono e a vigília. Caracteriza-se por sensação de indisposição, desânimo, apatia ou prostração, dificuldade ou incapacidade de responder aos estímulos e/ou movimentos dentro da normalidade (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; CARVALHO, 2016).	17	89,47%
Risco de intolerância à atividade	18	94,74%	Suscetibilidade de vivenciar falta de capacidade ou energia para resistir ou completar atividades diárias necessárias ou desejadas em decorrência da dor crônica e suas limitações (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021).	19	100,00%
Intolerância à atividade	19	100,00%	Falta de capacidade ou energia para resistir ou completar atividades diárias necessárias ou desejadas em decorrência da dor crônica e suas	19	100,00%

			limitações (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021).		
Tolerância à atividade, eficaz	19	100,00%	Completa capacidade ou energia para resistir ou completar atividades diárias necessárias ou desejadas (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021).	19	100,00%
Amplitude de movimento ativa, prejudicada	17	89,47%	Condição em que o indivíduo com dor crônica não é capaz de realizar a extensão de movimentos de uma articulação, de uma extensão máxima para uma flexão mínima, medida em graus de um círculo, de forma ágil (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	18	94,74%
Amplitude de movimento ativa, dentro dos limites normais	16	84,21%	Condição em que o indivíduo com dor crônica consegue realizar a extensão de movimentos de uma articulação, de uma extensão máxima para uma flexão mínima, medida em graus de um círculo, de forma ágil (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	18	94,74%
Desempenho sexual, prejudicado	18	94,74%	Capacidade de participar da relação sexual prejudicada relacionada à dor crônica. Mudanças nas fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, relacionadas à insatisfação. Pode relacionar-se ao medo do aumento da intensidade da dor desencadeado pelo ato sexual (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SANTOS; SANTOS; CENDOROGLO, 2015; NANDA-I, 2021).	18	94,74%
Apetite, prejudicado	18	94,74%	Condição em que o indivíduo, em função da dor crônica ou de fatores associados, apresenta redução ou ausência da sensação de desejo de satisfazer suas necessidades corporais de nutrientes ou de determinados tipos de alimento. Vontade diminuída de alimentar-se (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).	18	94,74%
Apetite, positivo	18	94,74%	Condição em que o indivíduo apresenta de forma efetiva a sensação de desejo de satisfazer suas necessidades corporais de nutrientes ou de determinados tipos de alimento. Vontade de alimentar-se preservada (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ALENCAR <i>et al.</i> , 2021).	19	100,00%
Controle da dor	18	94,74%	Condição em que o indivíduo consegue exercer de maneira positiva influência sobre as medidas para redução ou alívio da dor crônica, apresentando controle individual efetivo frente à experiência de dor (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; MEDEIROS, 2014).	18	94,74%

Controle da dor, inadequado	18	94,74%	Condição em que o indivíduo não consegue ou enfrenta dificuldades de exercer influência sobre as medidas para redução ou alívio da dor crônica, apresentando controle individual insuficiente frente à experiência de dor (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; MEDEIROS, 2014).	19	100,00%
Abuso de álcool (ou alcoolismo)	19	100,00%	Uso indevido de álcool, podendo levar à dependência. Caracteriza-se pela ingesta excessiva de álcool, comportamentos característicos de embriaguez e/ou abstinência, humor instável, irritabilidade, negação, alterações da memória e da percepção da realidade, absenteísmo no trabalho e estudos. Pode ser desencadeado pelo sofrimento relacionado à dor crônica e gerar prejuízos no autocuidado (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; FÉLIX, 2019).	19	100,00%
Abuso de álcool (ou alcoolismo), reduzido	18	94,74%	Redução na frequência e/ou quantidade de uso do álcool. Melhora na percepção e aceitação do abuso e/ou dependência do álcool, desenvolvendo estratégias de enfrentamento (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; FÉLIX, 2019).	18	94,74%
Abuso de drogas	19	100,00%	Uso indevido de substância química ativa sem objetivo terapêutico, podendo gerar dependência. Pode apresentar, entre suas características, falta de controle no uso das substâncias químicas, negação e relato de uso por parte do indivíduo com dor crônica ou de familiares (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).	19	100,00%
Abuso de drogas, ausente	19	100,00%	Ausência de uso indevido de substâncias químicas sem objetivo terapêutico (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).	19	100,00%
Automedicação	18	94,74%	Prática em que o indivíduo com dor crônica utiliza medicamentos sem prescrição ou supervisão com o objetivo de gerar alívio da dor, causando riscos de efeitos colaterais da medicação e interação medicamentosa (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).	17	89,47%
Sobrepeso	16	84,21%	Acúmulo de gordura excessivo para idade e sexo. Índice de massa corporal (IMC) acima de 25 kg/m ² , podendo estar associado ao excesso de ingestão de nutrientes e falta de exercício físico (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; NANDA-I, 2021).	14	73,68%
Obesidade	17	89,47%	Acúmulo elevado de gordura corporal para idade e sexo, excedendo o sobrepeso. Índice de massa corporal (IMC) acima de 30 kg/m ² , podendo estar associado ao excesso de ingestão de nutrientes e falta de	14	73,68%

			exercício físico (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; NANDA-I, 2021).		
Enxaqueca, reduzida	17	89,47%	Redução da sensação de dor originada por dor de cabeça vascular unilateral recorrente (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	19	100,00%
Cãibra muscular	18	94,74%	Sensação de dor de origem muscular. Contração muscular espasmódica, involuntária e dolorosa (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	18	94,74%
Cãibra muscular, ausente	17	89,47%	Ausência de contração muscular espasmódica, involuntária e dolorosa (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	18	94,74%
Risco de condição psicossocial, prejudicada	17	89,47%	Vulnerabilidade aumentada para alteração nas condições que envolvem fatores psicológicos e sociais, em virtude da dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	19	100,00%
Aceitação do envelhecimento	18	94,74%	Estado em que o indivíduo com dor crônica é capaz de reduzir ou eliminar barreiras, apreensões ou tensões quanto ao processo de envelhecimento (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	17	89,47%
Aceitação do envelhecimento, prejudicada	18	94,74%	Estado em que o indivíduo com dor crônica apresenta dificuldades de reduzir ou eliminar barreiras, apreensões ou tensões quanto ao processo de envelhecimento (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	17	89,47%
Angústia espiritual	18	94,74%	Estado em que o indivíduo enfrenta dificuldade ou não consegue dar significado à vida, se conectar consigo mesmo, com Deus e com os outros ao seu redor, caracterizado por rompimento da crença pessoal sobre a vida, interrogações sobre o significado da vida, questionamento sobre o sofrimento acarretado pela dor crônica, separação dos laços religiosos ou culturais, alteração nas crenças ou sistemas de valor, sofrimento intenso e sentimento de raiva contra a divindade (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; SILVA, 2014; NANDA-I, 2021).	18	94,74%
Angústia espiritual, reduzida	15	78,95%	Estado em que o indivíduo é capaz, total ou parcialmente, de dar significado à vida, se conectar consigo mesmo, com Deus e com os outros ao seu redor (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; SILVA, 2014; NANDA-I, 2021).	11	57,89%

Risco de angústia espiritual	15	78,95%	Suscetibilidade de apresentar incapacidade de dar significado à vida, se conectar consigo mesmo, com Deus e com os outros ao seu redor. Maior vulnerabilidade a apresentar questionamentos sobre o sofrimento acarretado pela dor crônica, separação dos laços religiosos e culturais, alteração nas crenças ou sistemas de valor, sentimentos de sofrimento intenso e raiva contra a divindade. Possibilidade de expressar sentimentos de isolamento, abandono, falta de coragem, falta de esperança e mudanças de comportamento (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; SILVA, 2014; NANDA-I, 2021).	16	84,21%
Atitude em relação ao cuidado, conflituosa	18	94,74%	Opinião sobre o provedor de cuidados ou tratamento conflituosa, atitude de oposição à terapêutica, demonstração de intenção negativa em relação ao cuidado a partir de gestos e posturas, opiniões mentais conflituosas em relação ao cuidado e controle da dor crônica (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SANTOS, 2017; CARVALHO, 2016; SIMÕES, 1998).	16	84,21%
Atitude em relação ao cuidado, positiva	17	89,47%	Opinião positiva sobre o provedor de cuidados ou tratamento, adesão à terapêutica, demonstração de intenção positiva em relação ao cuidado e controle da dor crônica a partir de gestos e posturas (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SIMÕES, 1998).	18	94,74%
Déficit no suprimento de medicação	18	94,74%	Deficiência nas fontes disponíveis e custeáveis para distribuição de medicamentos para alívio da dor crônica, dificultando o acesso a uma das medidas que auxiliam no alívio da dor (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	18	94,74%
Problema com aquisição de medicação	17	89,47%	Dificuldade de adquirir medicação para alívio da dor crônica e/ou sintomas associados (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	17	89,47%
Problema financeiro	16	84,21%	Dificuldade de cuidar das finanças para manutenção do lar. Dificuldade de prover estabilidade, segurança e satisfação de suas necessidades básicas desencadeada pela dor crônica e fatores associados (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	17	89,47%
Disposto (ou pronto) a aprender	17	89,47%	Condição em que o indivíduo com dor crônica demonstra-se preparado ou disponível para agir ou avançar no processo de aquisição de conhecimento ou habilidade por meio de estudo, instrução, prática, experiência ou treinamento. Caracteriza-se pelo interesse em orientações que geram mudanças de comportamento em relação à saúde e ao controle da dor crônica (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; BESERRA, 2018).	17	89,47%

DE/RE	FA (N = 18)	FR (%)	Definição operacional	FA (N = 18)	FR (%)
Medo	18	100,00%	Sensação de temor. Sentimento de ameaça, perigo ou angústia por causa conhecida ou desconhecida, acompanhado às vezes de luta psicológica ou resposta de fuga, como o temor de sentir dor. Pode apresentar características subjetivas e objetivas, como apreensão, insegurança, inquietação, excitação, tensão, nervosismo, náusea, vômito, palidez, pressão sanguínea aumentada, frequência respiratória aumentada, sudorese, alteração no sono e repouso, pesadelos, pupilas dilatadas, sensações de alarme, pânico, receio e preocupação excessiva em sentir dor ou enfrentar situações desencadeadas e/ou relacionadas à dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021).	18	100,00%
Medo, reduzido	17	94,44%	Redução da sensação de temor, do sentimento de ameaça, perigo ou angústia. Redução do medo de sentir dor. Redução dos sentimentos de apreensão, insegurança, inquietação, excitação, tensão e nervosismo. Melhora ou ausência de náusea, vômito, sudorese e palidez. Padrões de pressão sanguínea, frequência respiratória e de sono e repouso normalizados. Redução dos pesadelos, da sensação de alarme, pânico, receio e preocupação excessiva (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021).	16	88,89%
Desesperança	17	94,44%	Sentimento negativo, ausência de esperança. Sentimento de desespero e falta de possibilidades, em que o indivíduo não vê alternativas ou escolhas disponíveis ou, quando as visualiza, é incapaz de mobilizar energias a seu favor. Sentimento em que o indivíduo com dor crônica não visualiza possibilidade de melhora na condição atual. Caracteriza-se por sentimentos de tristeza, melancolia, desânimo, falta de otimismo, sintomas depressivos, passividade, comportamentos suicidas e de esquiva, expectativas negativas, falta de motivação, alterações no padrão do sono, sentimento de incerteza quanto ao futuro e incompetência para atingir metas (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; SILVA, 2014; NANDA-I, 2021).	18	100,00%
Comportamento autodestrutivo	18	100,00%	Comportamento prejudicado caracterizado por atividades e comportamentos com propósito de ferir-se ou causar dano a si mesmo, como tentativas de suicídio, automutilação, falta de adesão ao tratamento da dor crônica e dependência ou abuso de opiáceos	17	94,44%

			(HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; WASAN <i>et al. apud</i> SOLANO, 2015).		
Comportamento autodestrutivo, reduzido	17	94,44%	Comportamento que gera risco ou danos à vida reduzido, redução de ações que geram danos a si mesmo, melhora na adesão ao tratamento da dor crônica, redução do uso abusivo de opiáceos (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; WASAN <i>et al. apud</i> SOLANO, 2015).	16	88,89%
Medo de efeitos colaterais da medicação	16	88,89%	Sensação de temor, sentimento de ameaça, perigo ou angústia. Temor dos efeitos colaterais associados à medicação para dor crônica que se caracteriza por uma resposta corporal à medicação. Efeito indesejável que acompanha a ação primária do medicamento (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021; BESERRA, 2018).	18	100,00%
Tristeza	18	100,00%	Emoção negativa que pode ser vivenciada pela pessoa com dor crônica em virtude das perdas enfrentadas ao longo da trajetória da doença. Caracteriza-se por sentimentos negativos, sentimentos de pesar, desânimo e melancolia associados à falta de energia (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021; BESERRA, 2018; SANTOS, 2017).	18	100,00%
Sufrimento	18	100,00%	Emoção negativa que pode ser desencadeada pela dor crônica. Caracteriza-se pelo sentimento prolongado de tristeza e/ou angústia, associado a martírio e à necessidade de tolerar a dor (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).	18	100,00%
Desconforto	18	100,00%	Falta de conforto, aflição ou mal-estar causado pela dor crônica. Falta de alívio da dor, transcendendo as dimensões física, psíquica, ambiental, cultural e/ou social. Caracteriza-se por sentimentos de ansiedade, medo, sofrimento psicológico, humor irritável, choro, lamentos, suspiros, dificuldade de relaxar e alterações no padrão do sono (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SILVA, 2014; NANDA-I, 2021).	18	100,00%
Expectativa sobre o tratamento, irrealista	17	94,44%	Condição em que o indivíduo com dor crônica possui opiniões, convicções ou fé não condizentes com a realidade, como a expectativa do alívio completo da dor, expectativa de cura, ou acredita na falta de benefícios do tratamento ou do controle da dor (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SANTOS, 2017).	17	94,44%
Risco de qualidade de vida, negativo	18	100,00%	Suscetibilidade de o indivíduo com dor crônica enfrentar um estado ou condição que reflita uma insuficiência no conjunto de características, hábitos, costumes e comportamentos, de modo a apresentar	18	100,00%

			comprometimento biopsicossocial. Falta de energia ou força para enfrentar de forma satisfatória os desafios, falta de liberdade de escolha e dificuldade de realizar tarefas em decorrência da dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; AYRES; WARMINGTON; REID, 2012).		
Queimação	15	83,33%	Sensação incômoda, referida como dor em queimação (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; MACHADO, 2000).	14	77,78%
Formigamento	16	88,89%	Sensibilidade diminuída, parestesia dos nervos sensoriais da região correspondente, sensação pinicante na pele, relato de dormência local e sensação de frio (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001).	17	94,44%
Espasmo muscular	17	94,44%	Contração involuntária de um tecido muscular. Sensação dolorosa, podendo ser isolada ou contínua (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; COSTA, 2005).	17	94,44%
Desilusão	17	94,44%	“Perda da esperança; descrença; sentimento de tristeza, frustração; desapontamento e decepção” (HOUAISS, 2009, p. 654). Condição que pode dificultar a transição saudável do indivíduo com dor crônica.	18	100,00%
Desmotivação	18	100,00%	“Ausência de fundamento, de motivo; gratuidade; ausência de motivação, de interesse; desestímulo” (HOUAISS, 2009, p. 660). Propriedade de engajamento prejudicada. Condição que pode dificultar a transição saudável do indivíduo com dor crônica.	18	100,00%
Agonia	16	88,89%	Condição em que o indivíduo enfrenta sentimentos de angústia e aflição desencadeados pela dor crônica. Pode estar relacionada ao período antecedente à morte e fraqueza progressiva das funções vitais (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; CUBAS <i>et al.</i> , 2017).	15	83,33%
Dor artrítica, crônica	18	100,00%	“Desconforto moderado à severo, proveniente de uma condição inflamatória; possivelmente inclui articulações edemaciadas” (GARCIA; CUBAS; NÓBREGA, 2020, p. 139). Dor persistente ou recorrente por um período superior a três meses (MERSKEY, 1994).	**	**
Dor cutânea, crônica	18	100,00%	“Desconforto moderado à severo, causado por lesão ou doença de pele” (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, p. 138). Dor persistente ou recorrente por um período superior a três meses (MERSKEY, 1994).	**	**
Dor musculoesquelética, crônica	18	100,00%	“Sensação de dor originada nos músculos, nas articulações ósseas ou nos dentes; a sensação é normalmente descrita como profunda, pesada e dolorosa, ativada por movimentos de partes do corpo ou de todo o corpo, mas estando também presente em períodos de repouso” (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, p. 139). Dor persistente ou recorrente por um período superior a três meses (MERSKEY, 1994).	**	**

Dor vascular, crônica	18	100,00%	“Sensação de dor originada no sistema vascular, como resultado de dilatação vascular ou insuficiência vascular; pode ser descrita como latejante e compressiva” (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020, p. 140). Dor persistente ou recorrente por um período superior a três meses (MERSKEY, 1994).	**	**
Falta de apoio social	16	88,89%	Ausência de apoio da sociedade ou de entidades sociais. Falta de sistemas de suporte na sociedade que ofereçam assistência e encorajamento para que os indivíduos em sofrimento pela dor crônica superem problemas. Falta de inserção efetiva em atividades sociais ou falta de acesso aos sistemas de suporte social (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ANDERSON; ANDERSON, 2001; SANTOS, 2017; CARVALHO, 2016).	16	88,89%
Disposição (ou prontidão) para enfrentamento comunitário, eficaz	16	88,89%	Condição em que o indivíduo com dor crônica está preparado ou disponível para enfrentar e lidar com situações no âmbito da comunidade, possui habilidades e capacidade de resolução de problemas comunitários e apresenta comportamentos positivos em relação ao coletivo (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).	16	88,89%
Falta de apoio familiar	18	100,00%	Ausência de apoio ao indivíduo por parte da família para ações e práticas relacionadas à dor crônica. Falha nos sistemas de suporte da família para que o indivíduo com dor crônica consiga progredir e evitar falhas em relação aos cuidados de saúde e ao enfrentamento da dor. Ausência ou desorganização do suporte biopsicossocial e espiritual desempenhado pela família, podendo levar à resolução ineficaz de problemas e conflitos familiares e individuais (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; SANTOS, 2017).	17	94,44%
DE/RE	FA (N = 17)	FR (%)	Definição operacional	FA (N = 17)	FR (%)
Apoio familiar, melhorado	17	100,00%	Apoio melhorado ao indivíduo por parte da família para ações e práticas relacionadas à dor crônica. Melhora nos sistemas de suporte da família para que o indivíduo com dor crônica consiga progredir e evitar falhas em relação aos cuidados de saúde e ao enfrentamento da dor. Aumento do suporte biopsicossocial e espiritual desempenhado pela família (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; SANTOS, 2017).	17	100,00%
Apoio familiar, positivo	15	88,24%	Apoio ao indivíduo por parte da família para ações e práticas relacionadas à dor crônica. Suporte efetivo da família para que o indivíduo com dor crônica consiga progredir e evitar falhas	15	88,24%

			em relação aos cuidados de saúde e enfrentamento eficaz da dor. Suporte biopsicossocial e espiritual desempenhado pela família (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; SANTOS, 2017).		
Medo de abandono	16	94,12%	Sensação de temor. Sentimento de ameaça, perigo ou angústia por causa conhecida ou desconhecida, acompanhado às vezes de luta psicológica ou resposta de fuga, como o temor de ser abandonado. Resposta emocional desencadeada pela identificação de uma ameaça iminente com uma reação de alarme imediata. Caracteriza-se por aumento da tensão, comportamento de ataque ou isolamento, foco direcionado no abandono, podendo causar comprometimento biopsicossocial (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021).	15	88,24%
Medo de representar uma carga para os outros	17	100,00%	Emoção negativa, sentimentos de ameaça, perigo ou angústia por temor de perder sua autonomia, sua identidade, passar por rejeição social e de enfrentar privações financeiras, necessitando de cuidado de terceiros em decorrência das limitações geradas pela dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021; GOUVEA, 2018).	16	94,12%
Família capaz de participar do planejamento do cuidado	15	88,24%	Condição em que a família consegue de forma efetiva fazer parte do planejamento do cuidado em saúde do indivíduo com dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021; GOUVEA, 2018).	14	82,35%
Problema de relacionamento	14	82,35%	Condição em que a parceria mútua não é suficiente para o atendimento das necessidades recíprocas. Caracteriza-se pela falta de apoio, falta de compreensão, falta de colaboração, falta de comunicação e falta de atendimento das necessidades físicas e emocionais dentro do relacionamento (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021).	12	70,59%
Disposição (ou prontidão) para processo familiar, positivo	15	88,24%	Condição em que o indivíduo está preparado ou disponível para realizar de forma efetiva suas funções e tarefas na interação e no relacionamento com os membros do núcleo familiar. Disponível para um padrão de funcionamento familiar que sustenta o bem-estar de seus membros (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021).	14	82,35%

Risco de solidão	16	94,12%	Suscetibilidade de o indivíduo com dor crônica enfrentar sentimentos de falta de pertencimento, isolamento emocional, sentimento de exclusão, melancolia e tristeza associados à falta de companhia, simpatia e amizade, acompanhados de sentimentos de insignificância, vazio, afastamento e baixa autoestima, dificultando o enfrentamento da dor, aumentando a vulnerabilidade e dificultando uma transição saudável (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021; BESERRA, 2018; FÉLIX, 2019).	15	88,24%
Atitude do cuidador, positiva	16	94,12%	Condição em que a pessoa que provê cuidados ao indivíduo com dor crônica apresenta opiniões e condutas positivas sobre o tratamento, auxiliando no enfrentamento e controle da dor (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	16	94,12%
Cuidador capaz de executar o cuidado	14	82,35%	Condição em que a pessoa que provê cuidados consegue atender de forma efetiva às necessidades e auxiliar em atividades em que o indivíduo com dor crônica apresenta limitações (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SANTOS, 2017).	14	82,35%
Falta de confiança	15	88,24%	Ausência do sentimento de confiança. Ausência de crença na bondade, força e/ou confiabilidade de outras pessoas (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	14	82,35%
Falta de confiança no prestador (ou provedor de cuidados de saúde)	17	100,00%	Ausência do sentimento de confiança. Ausência de crença na bondade, força e/ou confiabilidade no profissional de saúde ou pessoa provedora de cuidados ao indivíduo com dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SIMÕES, 1998).	16	94,12%
Dificuldade de enfrentamento da dor	16	94,12%	Processo em que o indivíduo enfrenta obstáculos para gerenciar o estresse, controlar as demandas relativas ao bem-estar e dificuldade de adaptação a situações. Caracteriza-se pela incapacidade de lidar com a dor crônica e as situações desencadeadas ou associadas à dor (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021).	15	88,24%
Enfrentamento da dor	16	94,12%	Capacidade de enfrentar obstáculos para gerenciar o estresse, controlar as demandas relativas ao bem-estar e adaptar-se a situações. Caracterizado pela capacidade de lidar com a dor crônica e as situações desencadeadas ou associadas à dor e comportamento positivo em relação a si mesmo (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021).	16	94,12%

Disposição (ou prontidão) para enfrentamento, eficaz	14	82,35%	Condição em que o indivíduo está preparado ou disponível para enfrentar obstáculos para gerenciar o estresse, controlar as demandas relativas ao bem-estar, adaptar-se a situações. Apresenta vontade de lidar com a dor crônica e as situações desencadeadas ou associadas à dor (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021).	14	82,35%
Disposição (ou prontidão) para tomada de decisão, eficaz	14	82,35%	Condição em que o indivíduo está preparado ou disponível para escolher o curso de suas ações com base em informações relevantes e ciente das consequências de suas escolhas e de seus recursos. Padrão de escolha de um curso de ação para atingir metas em busca do controle da dor crônica (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; MEDEIROS, 2014; NANDA-I, 2021).	15	88,24%
Falta de resiliência	15	88,24%	Incapacidade do indivíduo com dor crônica de recuperar-se de situações adversas por meio de um processo de adaptação (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021).	14	82,35%
Risco de dificuldade com enfrentamento	13	76,47%	Possibilidade de dificuldade de enfrentar obstáculos, de gerenciar o estresse, de controlar as demandas relativas ao bem-estar e de se adaptar às situações. Apresenta incapacidade de lidar com a dor crônica e as situações desencadeadas ou associadas à dor (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021).	13	76,47%
Autoeficácia	16	94,12%	Atitude, confiança em lidar com a dor crônica, em que o indivíduo apresenta comportamento de enfrentamento, perpassando a crença em sua capacidade de prover os recursos necessários para lidar com a dor (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; TURCO; OKIFUJI <i>apud</i> SANTOS-JÚNIOR <i>et al.</i> , 2022).	16	94,12%
Falta de autoconsciência (ou autocognição)	16	94,12%	Condição em que o indivíduo com dor crônica não apresenta a percepção de si próprio como um ser individual que experimenta, deseja e age, apresenta dificuldade ou não reconhece de forma efetiva suas próprias ações e as ações dos outros (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	14	82,35%
Autoconsciência (ou autocognição)	15	88,24%	Condição positiva em que o indivíduo com dor crônica percebe-se como um ser individual que experimenta, deseja e age, reconhece de forma aguçada suas próprias ações e as ações dos outros (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	15	88,24%
Bom humor	14	82,35%	Condição em que o indivíduo com dor crônica apresenta disposição, estado de espírito de ânimo e comichade (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	16	94,12%

Satisfação com atenção à saúde	16	94,12%	Atitude positiva, em que o indivíduo com dor crônica tem suas expectativas quanto aos serviços de saúde e profissionais de saúde atendidas. Caracteriza-se por situações em que o indivíduo recebe um atendimento digno, ágil e respeitoso, tem a confidencialidade de suas informações e sua privacidade respeitadas, recebe apoio social e tem autonomia para participar do cuidado e das medidas que visam ao alívio da dor (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; HOLLANDA <i>et al.</i> , 2012).	15	88,24%
Satisfação com o manejo (controle) da dor	16	94,12%	Atitude positiva, em que o indivíduo com dor crônica tem suas expectativas quanto às medidas para diminuição e alívio da dor atendidas (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; HOLLANDA <i>et al.</i> , 2012; MEDEIROS, 2014).	16	94,12%
Vulnerabilidade	14	82,35%	Condição de maior suscetibilidade ou risco. Estado em que o indivíduo se encontra vulnerável. Conjunto de fatores externos e internos que dificultam ao indivíduo lidar, adaptar-se e conviver com a dor crônica. Idosos, mulheres, pessoas com baixa escolaridade e pessoas afastadas das atividades laborais podem tornar-se mais vulneráveis e sofrer maiores prejuízos em virtude da dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; MASSON; DALLACOSTA, 2019; RIBEIRO, 2013).	15	88,24%
Apoio emocional, ausente	15	88,24%	Condição em que o indivíduo não conta com suporte emocional de abordagem sensível e compreensiva que auxilie a lidar com a dor crônica. Ausência de suporte para comunicar ansiedades e medos. Ausência de pessoa que ofereça dedicação e auxilie a aumentar suas capacidades (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	16	94,12%
<i>Rapport</i> (relação de compreensão mútua), prejudicado	14	82,35%	Falta de comunicação, ausência de relação com mutualidade, compreensão, harmonia e confiança entre duas ou mais pessoas (RUNDELL, 2002; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	14	82,35%
Força de vontade, reduzida	16	94,12%	Disposição reduzida para manter ou abandonar ações. Dificuldade de regular os impulsos, considerando atitudes da vontade, intenções e inclinações. Força de vontade reduzida pode prejudicar o enfrentamento da dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	16	94,12%
Frustração	16	94,12%	Sentimento de descontentamento ou desapontamento que pode surgir quando as expectativas do indivíduo com dor crônica em relação ao tratamento, controle da dor e condições associadas não são satisfeitas, por barreiras ou falta de apoio externo ou por comportamentos	17	100,00%

			resistentes e insensatos (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; GOUVEA, 2018).		
Ligação afetiva, prejudicada	16	94,12%	Condição em que um ou mais laços ou vínculos afetivos, emocionais, encontram-se quebrados ou alterados (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	15	88,24%
Papel de cuidador, prejudicado	17	100,00%	Função assumida pela pessoa que cuida do indivíduo com dor crônica comprometida. Interação ineficaz de acordo com as responsabilidades de cuidar do indivíduo com dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	15	88,24%
Papel familiar, prejudicado	16	94,12%	Atribuições e funções assumidas pela família comprometidas, não correspondendo com o conjunto de expectativas, regras e padrões de comportamento esperados (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	14	82,35%
Preocupação, presente	16	94,12%	Estado em que o indivíduo domina ou ocupa a mente, excluindo outros pensamentos ou sendo/estando mentalmente distraído. Caracteriza-se pela presença de ideias fixas e antecipadas capazes de perturbar o indivíduo a ponto de produzir sofrimento, receio, inquietação e aflição (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).	16	94,12%
Resposta psicológica à dor, prejudicada	15	88,24%	Resposta emocional frente à dor crônica ineficaz. Caracteriza-se pela presença dos sentimentos de medo e raiva e respostas ligadas a expressões e comportamentos referentes à dor crônica, como vocalização de dor e alteração da atividade (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; GONÇALVES, 2002).	15	88,24%
Autonomia, prejudicada	17	100,00%	Condição em que o indivíduo apresenta redução ou ausência de autogovernança e autodirecionamento, redução ou ausência de independência em função da dor crônica e limitações associadas (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SANTOS, 2017).	16	94,12%
Constipação, reduzida	13	76,47%	Aumento na frequência de evacuações, passagem completa de fezes, fezes pastosas, redução do esforço para evacuar e sensação de evacuação completa (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; SANTOS, 2005; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; CARVALHO, 2016; NANDA-I, 2021).	13	76,47%
Edema periférico	13	76,47%	Acúmulo excessivo de líquidos nos tecidos periféricos ocasionado pelo aumento dos fluidos corporais (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; SANTOS, 2005; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SOUZA, 2012).	15	88,24%

Edema periférico, reduzido	15	88,24%	Redução do acúmulo excessivo de líquidos nos tecidos periféricos ocasionado pelo aumento dos fluidos corporais (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; SANTOS, 2005; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SOUZA, 2012).	15	88,24%
Fadiga	17	100,00%	Sentimento de exaustão, diminuição da força e da resistência, cansaço mental ou físico, capacidade reduzida de realizar trabalho físico ou mental. Caracterizada por sensação de esgotamento, desempenho não efetivo de tarefas, sensação de fraqueza, apatia, sonolência, desconforto, letargia, dificuldade de manter sua rotina e a prática habitual de atividade física, redução da atenção, desinteresse no entorno, introspecção, redução na marcha e alteração na libido (HOUAISS, 2009; SANTOS, 2005; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; SILVA, 2014; FÉLIX, 2019; NANDA-I, 2021).	16	94,12%
Fadiga, ausente	15	88,24%	Sentimento de alívio, força e resistência preservada. Capacidade de realizar trabalho físico ou mental. Caracterizada por entusiasmo, diminuição da necessidade de descanso, concentração restabelecida, diminuição ou ausência dos sintomas físicos e psicológicos (HOUAISS, 2009; SANTOS, 2005; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; SILVA, 2014; FÉLIX, 2019; NANDA-I, 2021).	15	88,24%
Fraqueza	15	88,24%	Perda de força muscular, frequentemente progressiva. Caracterizada por sensação de debilidade, fadiga, corpo trêmulo, tontura, sonolência, indisposição, falta de vigor físico, desânimo, sensação de desmaio, exaustão atribuída à fraqueza de vários músculos (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).	16	94,12%
Fraqueza, reduzida	13	76,47%	Aumento da força muscular. Redução ou ausência das características subjetivas e objetivas associadas à fraqueza, como sensação de debilidade, fadiga, corpo trêmulo, tontura, sonolência, indisposição, falta de vigor físico, desânimo, sensação de desmaio e exaustão (HOUAISS, 2009; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).	14	82,35%
Função do sistema musculoesquelético, prejudicada	16	94,12%	Redução ou ausência das atividades desempenhadas pelos músculos, ossos, articulações e estruturas relacionadas que funcionam no movimento do corpo em decorrência da dor crônica e/ou fatores associados (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	16	94,12%
Função do sistema musculoesquelético, melhorada	15	88,24%	Desempenho efetivo ou melhorado das atividades desempenhadas pelos músculos, ossos, articulações e estruturas relacionadas que funcionam no movimento do corpo (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	15	88,24%

Frequência cardíaca, aumentada	15	88,24%	Frequência cardíaca rápida e fora dos limites normais, superior a 100 batimentos por minuto em indivíduos adultos (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; CARVALHO, 2016).	15	88,24%
Frequência cardíaca, nos limites normais	14	82,35%	Frequência cardíaca fisiológica, variando de 60 a 100 batimentos por minuto em indivíduos adultos (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SILVA, 2014).	15	88,24%
Lesão (especificar)	17	100,00%	Trauma em estrutura corporal caracterizada por um processo patológico, lesão desencadeadora ou associada à dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; SILVA, 2014).	17	100,00%
Inflamação	14	82,35%	Processo patológico caracterizado por lesão ou destruição de tecidos, gerado por uma série de reações químicas e citológicas. Caracteriza-se pela manifestação de dor, calor, rubor e edema. Relaciona-se à fisiopatologia da dor (HOUAISS, 2009; SANTOS, 2005; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018).	15	88,24%
Interação medicamentosa, adversa	15	88,24%	Resposta às medicações utilizadas para controle da dor crônica e/ou outras utilizadas em conjunto pelo indivíduo em sofrimento pela dor crônica, com ação maléfica e indesejável (HOUAISS, 2009; COSTA, 2005; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).	16	94,12%

Fonte: A autora (2023).

Nota: ** DE/RE em que se utilizou a definição constante na CIPE®, sem necessidade de validação.

Na Tabela 5, são apresentados os DE/RE e definições operacionais não validados (validação inferior a 70%).

Tabela 5 – DE/RE e definições operacionais não validados

Enunciado	DE/RE (FR %)	Definição operacional (FR %)
Orgulho, positivo	61,90%	
Vertigem postural (tontura)	68,72%	
Angústia espiritual, reduzida		57,63%

Fonte: A autora (2023).

A Tabela 6 apresenta os DE/RE e definições operacionais com necessidade de análise e correção (validação entre 70% e 79%).

Tabela 6 – DE/RE e definições operacionais com necessidade de análise e correção

Enunciado	DE/RE (FR %)	Definição operacional (FR %)
Constipação	76,19%	
Pressão arterial, alterada	78,95%	73,68%
Pressão arterial, nos limites normais		78,95%
Controle do sintoma	78,95%	
Ingestão de alimentos, excessiva		78,95%
Sobrepeso		73,68%
Obesidade		73,68%
Angústia espiritual, reduzida	78,95%	57,89%
Risco de angústia espiritual	78,95%	
Problema de relacionamento		70,59%
Risco de dificuldade com enfrentamento	76,47%	76,47%
Constipação, reduzida	76,47%	76,47%
Edema periférico	76,47%	
Fraqueza, reduzida	76,47%	
Hostilidade	76,19%	

Fonte: A autora (2023).

O Quadro 2 descreve de forma condensada as justificativas apresentadas pelos enfermeiros aos diagnósticos e resultados não validados e/ou com necessidade de análise e correção.

Quadro 2 – Justificativas dos especialistas e enfermeiros da APS para DE/RE não validados e/ou com necessidade de correção

Enunciado	Justificativa
Orgulho, positivo	Dupla interpretação da palavra; outros diagnósticos contemplam o orgulho.
Vertigem postural (tontura)	Falta de relação do DE com a dor crônica; muito abrangente, pode estar relacionado a outros fatores.
Constipação	Em Portugal, é denominada obstipação.
Pressão arterial, alterada	Maior especificidade, hipotensão ou hipertensão.
Controle do sintoma	Inserir dor crônica no enunciado; gestão dos sintomas.
Angústia espiritual, reduzida	Muito abrangente, sofrimento se adequa melhor.

Risco de angústia espiritual	Muito abrangente, sofrimento se adequa melhor.
Risco de dificuldade com enfrentamento	É um problema, e não um risco.
Constipação, reduzida	Em Portugal, é denominada obstipação.
Edema periférico	Muito abrangente; especificar localização do corpo; não necessariamente relacionado à dor crônica
Fraqueza, reduzida	Redução da força muscular se adequa melhor; contemplada por outro enunciado.
Hostilidade	Característica não relacionada à dor crônica.

Fonte: A autora (2023).

O Quadro 3 contempla as justificativas apresentadas pelos enfermeiros especialistas e enfermeiros da APS às definições operacionais não validadas e/ou com necessidade de análise e correção.

Quadro 3 – Justificativas dos especialistas e enfermeiros da APS para as definições operacionais não validadas e/ou com necessidade de correção

Definição operacional	Justificativa
Angústia espiritual, reduzida: estado em que o indivíduo é capaz, total ou parcialmente, de dar significado à vida, se conectar consigo mesmo, com Deus e com os outros ao seu redor (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; NANDA-I, 2021).	Retirar a palavra “total”; substituir a palavra “Deus” por crenças religiosas.
Pressão arterial, alterada: força da circulação do sangue na parede dos vasos abaixo ou acima dos padrões de normalidade (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; CARVALHO, 2016; MEDEIROS, 2014).	Mencionar a relação com a dor crônica; inserir valores instituídos pela OMS; definição muito abrangente; inserir sinais e sintomas relacionados.
Pressão arterial, nos limites normais: força da circulação do sangue na parede dos vasos dentro dos padrões de normalidade (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; MEDEIROS, 2014).	Mencionar a relação com a dor crônica; inserir valores instituídos pela OMS; definição muito abrangente; inserir sinais e sintomas relacionados.
Ingestão de alimentos, excessiva: processo em que o indivíduo com dor crônica ingere quantidade de alimentos maior que a necessidade metabólica para manutenção da vida (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019).	Não relacionada exclusivamente a dor crônica; definição muito abrangente; inserir relação com a dor.
Sobrepeso: acúmulo de gordura excessivo para idade e sexo. Índice de massa corporal (IMC) acima de 25 kg/m ² , podendo estar associado ao excesso de ingestão de nutrientes e falta de exercício físico (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; NANDA-I, 2021).	Mencionar a relação com a dor crônica; definição muito abrangente; inserir maior detalhamento.
Obesidade: acúmulo elevado de gordura corporal para idade e sexo, excedendo o sobrepeso. Índice de massa corporal (IMC) acima de 30 kg/m ² , podendo estar associado ao excesso de ingestão de nutrientes e falta de exercício físico (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA;	Mencionar a relação com a dor crônica; definição muito abrangente; inserir maior detalhamento.

NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; NANDA-I, 2021).	
Problema de relacionamento: condição em que a parceria mútua não é suficiente para o atendimento das necessidades recíprocas. Caracteriza-se pela falta de apoio, falta de compreensão, falta de colaboração, falta de comunicação e falta de atendimento das necessidades físicas e emocionais dentro do relacionamento (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021).	Manter a escrita mais organizada; adicionar relação com a dor.
Risco de dificuldade com enfrentamento: possibilidade de dificuldade de enfrentar obstáculos, de gerenciar o estresse, de controlar as demandas relativas ao bem-estar e de se adaptar às situações. Apresenta incapacidade de lidar com a dor crônica e as situações desencadeadas ou associadas à dor (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; BESERRA, 2018; NANDA-I, 2021).	Adequar para identificar risco, e não problema.
Constipação, reduzida: aumento na frequência de evacuações, passagem completa de fezes, fezes pastosas, redução do esforço para evacuar e sensação de evacuação completa (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; SANTOS, 2005; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; CARVALHO, 2016; NANDA-I, 2021).	Inserir associação com a dor crônica; no cenário português, é denominada obstipação.

Fonte: A autora (2023).

5.2.3 Correção ou exclusão dos enunciados após análise

Após avaliação dos enunciados, definições operacionais e justificativas apresentadas nos Quadros 2 e 3 pelo grupo de pesquisa e pela autora, foram excluídos dez (4,98%) enunciados: orgulho, positivo; vertigem postural (tontura); vertigem postural (tontura), ausente; hostilidade; edema periférico; edema periférico, reduzido; controle do sintoma; falta de controle do sintoma; ingestão de alimentos, excessiva; e risco de dificuldade com enfrentamento.

Os enunciados e as definições operacionais de “constipação” e “constipação, reduzida” foram mantidos após análise de contexto e léxica com Portugal, compreendendo que os termos são para uso no Brasil. Entretanto, foi mantida a palavra “obstipação” como sinônimo.

Os enunciados e/ou definições operacionais que passaram por correção estão dispostos no Quadro 4.

Quadro 4 – Enunciados e definições operacionais após análise e adequação

Enunciado	Definição operacional após adequação
Pressão arterial, alterada	Força da circulação do sangue na parede dos vasos abaixo ou acima dos padrões de normalidade conforme idade e sexo, desencadeada por fatores relacionados à dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; CARVALHO, 2016; MEDEIROS, 2014). * Os valores (padrão) devem ser definidos conforme protocolos institucionais, diretrizes nacionais e internacionais.
Pressão arterial, nos limites normais	Força da circulação do sangue na parede dos vasos dentro dos padrões de normalidade conforme idade e sexo (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; MEDEIROS, 2014). * Os valores (padrão) devem ser definidos conforme protocolos institucionais, diretrizes nacionais e internacionais.
Sobrepeso	Acúmulo de gordura excessivo para idade e sexo. Índice de massa corporal acima de 25 kg/m² para adultos, podendo estar associado ao excesso de ingestão de nutrientes e falta de exercício físico. O sobrepeso pode aumentar os níveis de dor (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; NANDA-I, 2021). * Os valores (padrão) devem ser definidos conforme protocolos institucionais, diretrizes nacionais e internacionais.
Obesidade	Acúmulo elevado de gordura corporal para idade e sexo, excedendo o sobrepeso. Índice de massa corporal acima de 30 kg/m² para adultos, podendo estar associado ao excesso de ingestão de nutrientes e falta de exercício físico. A obesidade pode aumentar os níveis de dor (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; NANDA-I, 2021). * Os valores (padrão) devem ser definidos conforme protocolos institucionais, diretrizes nacionais e internacionais.
Risco de angústia espiritual	Suscetível a apresentar incapacidade de dar significado à vida, se conectar consigo mesmo, com o sagrado e com os outros ao seu redor. Maior vulnerabilidade a apresentar questionamentos sobre o sofrimento acarretado pela dor crônica, separação dos laços religiosos e culturais, alteração nas crenças ou sistemas de valor, sentimentos de sofrimento intenso e raiva contra o divino. Possibilidade de expressar sentimentos de isolamento, abandono, falta de coragem, falta de esperança e mudanças de comportamento (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; SILVA, 2014; NANDA-I, 2021).
Angústia espiritual	Estado em que o indivíduo enfrenta dificuldade ou não consegue dar significado à vida, se conectar consigo mesmo, com o sagrado e com os outros ao seu redor, caracterizado por rompimento da crença pessoal sobre a

	vida, interrogações sobre o significado da vida, questionamento sobre o sofrimento acarretado pela dor crônica, separação dos laços espirituais ou culturais, alteração nas crenças ou sistemas de valor, sofrimento intenso e sentimento de raiva contra o divino (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; NANDA-I, 2021).
Angústia espiritual, reduzida	Estado em que o indivíduo é capaz de dar significado à vida, se conectar consigo mesmo, com sagrado e com os outros ao seu redor (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; FÉLIX, 2019; NANDA-I, 2021).
Problema de relacionamento	Condição em que a parceria mútua não é suficiente para o atendimento das necessidades recíprocas, podendo aumentar o nível ou a percepção da dor. Caracterizado pela falta de apoio, compreensão, colaboração, comunicação e atendimento das necessidades físicas e emocionais dentro do relacionamento (HOUAISS, 2009; ANDERSON; ANDERSON, 2001; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; NANDA-I, 2021).

Fonte: A autora (2023).

Após análise, correção e avaliação pelo grupo de pesquisa, foram mantidos 191 (95,02%) DE/RE e suas respectivas definições operacionais, dos quais oito (3,98%) com correções conforme as justificativas dos enfermeiros da APS e enfermeiros especialistas.

6 DISCUSSÃO

Este capítulo foi organizado em duas seções, sendo a primeira referente aos enunciados e definições operacionais elaborados e a segunda relativo ao processo de validação dos DE/RE e definições operacionais.

6.1 ELABORAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS DE ENFERMAGEM E SUAS RESPECTIVAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

O expressivo número de DE/RE e definições operacionais evidencia a subjetividade e multidimensionalidade da dor crônica, contemplando de forma ampla os aspectos físicos, emocionais e espirituais, além da peculiaridade do olhar sustentado pela teoria de Meleis, que possibilitou definições e enunciados com especificidade ao fenômeno da dor crônica.

Apenas 2,99% dos enunciados não foram mapeados com a CIPE®, o que confere consistência ao material elaborado e reflete a abrangência da terminologia para os fenômenos de enfermagem. Seis enunciados estão dispostos como propostas para novos diagnósticos de enfermagem: vulnerabilidade, formigamento, espasmo muscular, desilusão, desmotivação e agonia.

Embora não constantes na CIPE®, os enunciados foram considerados relevantes ao cuidado da pessoa com dor crônica, sendo identificados na literatura científica durante a etapa de identificação de termos e sua manutenção sustentada após a revisão da literatura para a elaboração das definições operacionais e pelo processo de validação por especialistas. O Guia para o desenvolvimento de Catálogos CIPE® orienta a possibilidade de submissão de novos conceitos ao CIE para inclusão à CIPE®, sendo esta prática importante para constante atualização da terminologia aos fenômenos sensíveis à prática de enfermagem (ICN, 2008).

A necessidade de recorrer a diversas fontes para construção das definições operacionais pode demonstrar a amplitude do fenômeno dor crônica e a necessidade de aprofundamento para elaboração de definições completas e detalhadas que auxiliem o enfermeiro a elencar o diagnóstico de forma acurada. Um exemplo desse aprofundamento é o DE “risco de problema de emprego”, que é mais restrito que o DE constante na CIPE® “problema de emprego”, cuja definição se resume à condição de

emprego. Esse DE não faz parte da NANDA-I, tampouco foi encontrada definição em outros subconjuntos ou terminologias.

Para construir sua definição nesta pesquisa, foi necessário, primeiramente, analisar as definições da CIPE® de acordo com a ordem hierárquica que a organiza:

Termo pai - Condição: Características: Situação de uma pessoa em relação aos outros; posição relativa de uma pessoa (GARCIA; CUBAS; NÓBREGA, 2020, p. 125).

Potencial para risco: fenômeno: A possibilidade de uma perda ou de um problema; um problema que se espera ocorrer com certa probabilidade; estado potencialmente negativo (GARCIA; CUBAS; NÓBREGA, 2020, p. 197).

Ademais, foi necessário retornar à origem das palavras no dicionário de língua portuguesa e realizar busca na literatura científica para compreensão da relação com a dor crônica. Exemplificando, Costa, Rates e Azevedo (2021) elencaram a lombalgia como um dos tipos mais prevalentes de dor crônica, uma das principais causas de incapacidade laboral e do absenteísmo, podendo ser causadora de inaptidão no trabalho e geradora de mudanças de cargo ou perda do emprego em virtude da dor.

Em busca de um processo de transição saudável, o enfermeiro norteado pela teoria das transições de Meleis é capaz de auxiliar o indivíduo com dor crônica no alcance de estratégias de enfrentamento, neste caso, auxiliando na transição nas mudanças de papel dentro do ambiente de trabalho, familiar e socioeconômico. Nesse sentido, podem-se destacar os enunciados: “disposição (ou prontidão) para enfrentamento, eficaz”, “autoeficácia”, “enfrentamento da dor” e “autocontrole, eficaz”, que podem ser utilizados ao demonstrar processos em que foram atingidos resultados indicadores de maestria e habilidade, indicando um caminho para uma transição saudável.

O enunciado “automedicação”, apesar de não constante na CIPE®, pode ser considerado mais restrito que o DE “atitude em relação ao manejo (controle) da medicação, conflituosa”. Isso porque a prática de automedicação pode ser comum entre os indivíduos com dor crônica, podendo apontar para falta de medidas instituídas que auxiliem no alívio da dor e ausência de prescrição de analgésicos mais potentes. Dentre os medicamentos mais comumente utilizados na automedicação dos indivíduos com dor crônica, estão o paracetamol, a dipirona, os AINE e os relaxantes musculares (BARROS *et al.*, 2019).

Ainda, a automedicação pode demonstrar um grau de insuficiência no tratamento limitado ao medicamento e médico-centrado, ainda predominante no país (BARROS *et al.*, 2019). Diante da complexidade da dor crônica, é necessário pensar no envolvimento da equipe multidisciplinar e da instituição para inclusão de práticas que englobem os componentes emocionais, relacionais, sociais e demais aspectos ligados a ela. Além disso, o fenômeno da automedicação demonstra a necessidade de melhoria de acesso aos serviços e insumos em saúde e necessidade de revisão dos processos de trabalho, oportunizando que os indivíduos com dor crônica tenham contempladas suas necessidades em tempo oportuno e de maneira resolutiva (VARGAS *et al.*, 2022).

A prática da automedicação e o uso indiscriminado de medicamentos podem relacionar-se com os enunciados “interação medicamentosa, adversa”, “risco de efeito colateral da medicação” e “efeito colateral da medicação”. Embora a maioria dos medicamentos utilizados na automedicação não necessite de prescrição médica para aquisição, eles não estão livres de efeitos adversos ou colaterais, como intoxicações, hipersensibilidade, dependência, interações com outras medicações em uso ou mascaramento de sintomas (LIND *et al.*, 2016).

O DE “vulnerabilidade”, junto a outros fatores externos, identifica dificuldade de assumir estratégias de enfrentamento que facilitariam a vivência com a dor crônica, além propiciar uma adaptação ineficaz (RIBEIRO, 2013). A dor crônica tem associação com determinantes ligados à vulnerabilidade, assim como às variáveis sociodemográficas e clínicas que, em conjunto, podem interferir direta e indiretamente no manejo e controle da dor (AGUIAR *et al.*, 2021).

A dor crônica é prevalente em grupos que são historicamente vulneráveis, como mulheres e idosos (AGUIAR *et al.*, 2021), pessoas com baixa escolaridade e sem atividade laboral (RIBEIRO, 2013), podendo a vulnerabilidade ser inibidora do processo de transição saudável, em qualquer uma das categorias da teoria de Meleis (desenvolvimental, sociocultural, fisiológica ou situacional).

Por sua vez, os enunciados “formigamento” e “espasmo muscular” auxiliam na qualificação da dor. Por ser um fenômeno amplo e subjetivo, as pessoas com dor podem utilizar vários termos para descrevê-lo (dor em pontada, em facada, que repuxa, em queimação, em agulhada, entre outros). Tais descrições podem ser contempladas no questionário de dor McGill (MELZACK, 1975; PIMENTA; TEIXEIRA,

1996), sendo, assim, necessário que os profissionais sejam capazes de compreender as nuances da dor crônica em busca de intervenções assertivas.

A proposta dos diagnósticos “desilusão” e “desmotivação” busca contemplar os aspectos emocionais que permeiam a dor crônica, podendo ser inibidores de uma transição saudável, com a propriedade de engajamento prejudicada. As expectativas irrealistas ou mesmo a falta de expectativas e motivação podem aumentar a intensidade da dor, dificultar o alcance de medidas adaptativas, prejudicar a autonomia, desempenho ou mesmo o manejo da dor (SCHMIDT; FERREIRA; WAGNER, 2015).

O termo “agonia” foi proposto anteriormente por Cubas e colaboradores (2017, p. 50) no contexto de um hospital especializado em trauma e definido como “processo de morrer: período que antecede a morte, caracterizada por fraqueza progressiva das funções vitais podendo perdurar por minutos, horas ou dias”. No contexto da dor crônica, considerou-se, inicialmente, a definição proposta pelos autores, porém foram adicionados aspectos relacionados ao sofrimento em virtude da dor crônica, como a presença dos sentimentos de angústia e aflição.

A dor crônica também possui o estigma de punição ou castigo, o que pode levar as pessoas a não procurar acompanhamento em saúde ou não aderir às medidas para alívio da dor, mesmo de forma inconsciente, podendo causar sentimentos de agonia e sofrimento. Fatores como medo, crenças negativas (religiosas, culturais ou autoestabelecidas), desesperança ou catastrofização da dor podem influenciar diretamente o controle da dor crônica e a percepção de incapacidade relacionada à dor (VARGAS E SILVA *et al.*, 2020).

A catastrofização da dor pode ser definida como

processo de pensamento negativo que se concentra excessivamente nas sensações de dor, reais ou não, com a percepção da intolerância e da incapacidade de lidar com ela [...] processo cognitivo-afetivo negativo baseado em pensamentos negativos (SULLIVAN, 2012 *apud* VARGAS E SILVA *et al.*, 2020, p. 323).

Nesse sentido, enunciados como “medo”, “desesperança”, “medo de representar uma carga para os outros”, “culpa” e “desespero” auxiliam o enfermeiro a contemplar tais fenômenos em busca de implementar IE que objetivem sua superação e colaborem para o controle da dor.

O apoio familiar, social e comunitário pode ser um grande pilar para o enfrentamento da dor. Meleis (2010) informa que o apoio social e da comunidade pode ser facilitador da transição saudável, podendo o processo de transição (neste caso, o processo de vivenciar a dor crônica e todas as mudanças geradas e atreladas a ela) ocasionar uma desconexão com os sistemas de apoio social, novas necessidades, expectativas relacionadas às mudanças envolvidas e alterações de papéis, requerendo incorporação de novos conhecimentos e mudanças de comportamento (MELEIS, 1991). Dessa forma, é importante que o enfermeiro identifique as demandas relacionadas ao apoio familiar, social e da comunidade que podem potencializar ou dificultar o processo de enfrentamento da dor.

Quanto aos processos de mudança de comportamento e incorporação de conhecimentos, os enunciados “disposto (ou pronto) a aprender”, “disposição (ou prontidão) para enfrentamento comunitário, eficaz”, “apoio familiar, positivo”, “conhecimento sobre manejo (controle) da dor, melhorado”, “conhecimento sobre manejo (controle) da dor, melhorado” e “comportamento de busca de saúde, melhorado” podem exemplificar a busca por habilidades e maestria como resultado de um processo positivo de transição e enfrentamento.

A dificuldade de enfrentamento da dor relaciona-se à visão que o indivíduo tem de sua dor, podendo a catastrofização ser um inibidor do enfrentamento. Os aspectos espirituais envolvidos podem auxiliar ou dificultar uma transição saudável em busca do controle da dor crônica, auxiliando ou dificultando as estratégias de enfrentamento.

A angústia espiritual pode gerar sentimentos de raiva e incompreensão, fragilizando a conexão com o sagrado e do indivíduo consigo mesmo. Sabe-se que a desconexão com a espiritualidade pode aumentar a intensidade da dor ou agravar os sintomas associados. Embora nem todo indivíduo com dor crônica apresente sofrimento, quando este se faz presente, pode acompanhar questionamentos sobre o significado e propósito de vida, momento em que o apoio espiritual fornece suporte por meio da conexão com o sagrado e do autoconhecimento (BÜSSING *et al.*, 2009).

A quebra do modelo biologicista faz-se imprescindível na busca da compreensão ampla da dor crônica, tendo em vista que a centralização nos sintomas físicos pode gerar diversas lacunas no manejo da dor. A espiritualidade pode propiciar uma visão de oportunidade para reconexão e desenvolvimento pessoal, também podendo impactar na melhora da dor e no estado de depressão e ansiedade relacionado à dor (BÜSSING *et al.*, 2009).

Embora não devam ser priorizados, em detrimento das outras dimensões, sintomas físicos podem ser associados à dor crônica, como a constipação. Alguns medicamentos utilizados para dor crônica podem ocasionar constipação, a exemplo dos opioides, como a codeína (OLIVÊNCIA *et al.*, 2018), bem como a inatividade e alterações nos hábitos alimentares (ANTUNES *et al.*, 2019), sendo necessário ao enfermeiro identificar os fatores fisiológicos sensíveis às IE, atuando no alívio ou controle desses sintomas.

É imprescindível destacar a importância da abordagem e manejo da dor crônica pelos profissionais de saúde, inclusive, sendo o alívio da dor uma forma de legitimar os direitos humanos (LISBOA; LISBOA; SÁ, 2016). Ainda, destaca-se a relevância de subsidiar o enfermeiro para alcance das melhores práticas para manejo, alívio e controle da dor crônica.

6.2 VALIDAÇÃO DOS ENUNCIADOS DE DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

O processo de validação dos enunciados é estabelecido pelo método brasileiro para elaboração de subconjuntos da CIPE® (NÓBREGA *et al.*, 2015), contribuindo para verificação dos enunciados propostos para a prática clínica (CARVALHO; CUBAS; NÓBREGA, 2017). Essa etapa de validação perpassa vários desafios, desde a busca adequada de especialistas à disponibilidade desses especialistas em participar do processo de validação (CARLSON, 2006; CARVALHO; CUBAS; NÓBREGA, 2017).

Nesta dissertação, para escolha dos especialistas, foram usados critérios tradicionalmente aplicados em outros estudos similares. Especificamente, o questionário de Torres (2022) auxiliou no sentido de caracterizar os participantes e analisar a qualidade da seleção realizada. A autora não estabelece nota de corte para seleção de especialistas, mas orienta que, quanto mais próximo de 100 pontos, maior sua *expertise*. A média de pontuação dos participantes neste estudo foi de 51,84 pontos.

Os requisitos com menores índices (%) entre os participantes desta pesquisa foram a participação em Centro CIPE®, liderança em grupos que têm como foco a CIPE® e participação em comissões/comitês sobre PE. Podem-se relacionar os menores índices à dificuldade de identificação dessas informações no currículo Lattes.

É consenso que os especialistas devem fazer uso de terminologias de enfermagem, ter a titulação mínima de mestre e dedicação direta ou indireta à prioridade em saúde, neste caso, dedicação ao ensino, pesquisa ou assistência à dor crônica (NÓBREGA *et al.*, 2015).

Quanto à disponibilidade dos especialistas, sabe-se que pesquisas de validação de conteúdo podem ser morosas e exigir tempo qualitativo do participante (CARLSON, 2006; CARVALHO; CUBAS; NÓBREGA, 2017), muitas vezes levando à falta de adesão dos participantes a essa modalidade de pesquisa. Correlaciona-se a essa informação a seleção inicial desta pesquisa, que era composta por 65 participantes, tendo sido a final composta por 23 especialistas. Ressalta-se que o número de participantes em estudos de validação costuma ser variável, indo de cinco a 51 especialistas, considerando os estudos brasileiros entre 2007 e 2017 (QUERIDO, 2019).

Destaca-se a validação de 95% dos enunciados e definições operacionais propostos, demonstrando que o material construído se aproxima da prática dos enfermeiros que atuam no manejo da dor crônica. Quanto aos enunciados não validados, compreendeu-se que outros DE/RE contemplavam os aspectos necessários ou que não havia sustentação na literatura científica para manutenção do enunciado.

Em relação às alterações, a definição operacional do RE “angústia espiritual, reduzida” foi adequada conforme a recomendação dos especialistas, tendo sido o enunciado validado. Já os enunciados “risco de angústia espiritual”, “angústia espiritual” e “angústia espiritual, reduzida” tiveram suas definições analisadas, revisadas e reescritas, em busca de adequar conceitos relativos à espiritualidade que não estavam contemplados. Uma das adequações realizadas foi a troca do termo “Deus” por “sagrado”, por se compreender que a espiritualidade transcende as figuras de divindade, podendo a palavra “sagrado” compreender aspectos sociais, filosóficos, artísticos e religiosos, sendo mais abrangente em sua utilização (FERNANDES, 2017).

Para as definições dos termos “pressão arterial, alterada”, “pressão arterial, nos limites normais”, “sobrepeso” e “obesidade”, os especialistas sinalizaram necessidade de maior detalhamento a definição. Após análise, estabeleceu-se que tais definições devem respeitar protocolos institucionais, diretrizes nacionais e internacionais. Assim, a definição precisa levar em conta esse quesito.

Finalmente, os enunciados e definições operacionais de “constipação” e “constipação, reduzida” foram mantidos após análise contextual e léxica. No português de Portugal, utiliza-se o termo “obstipação” com o mesmo significado de constipação, o que foi fator de confusão aos participantes do país. Portanto, compreende-se que, para o contexto brasileiro, esses enunciados e definições adequam-se, porém, para aplicação em Portugal, eles requerem adaptação transcultural.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As definições operacionais construídas para os diagnósticos e resultados de enfermagem do subconjunto da CIPE® para o cuidado de enfermagem à pessoa com dor crônica oferecem atributos significativos para os enunciados elaborados. Com 95% dos enunciados considerados aplicáveis à prática de enfermagem no atendimento a pessoas com dor crônica pelos enfermeiros especialistas e enfermeiros da APS, é possível identificar a relevância e pertinência das definições para o fenômeno da dor crônica.

Desta forma acredita-se que as definições operacionais e os DE e RE tem potencial para subsidiar a prática de enfermagem à pessoa com dor crônica, permitindo uma assistência de enfermagem individualizada e suportada por uma teoria de enfermagem, oferecendo recursos ao enfermeiro para elencar DE e RE acurados e, por consequência, intervenções mais assertivas.

Os 191 DE, RE e definições operacionais que compõe o produto desta dissertação integrarão um subconjunto terminológico da CIPE®, o que contribuirá com a padronização da linguagem de enfermagem, com registros de enfermagem sistematizados gerando maior visibilidade ao fenômeno, e possibilitando a mensuração do impacto da assistência diante de fenômenos sensíveis à prática de enfermagem.

Os enunciados, parte do subconjunto, auxiliam a estabelecer um padrão de cuidados que pode ser registrado de forma sistematizada, com capacidade de replicação e utilização em sistemas informatizados.

O resultado desta dissertação vai além da construção dos enunciados que irão compor o subconjunto para dor crônica, uma vez que as definições operacionais construídas podem subsidiar a elaboração de definições para outros subconjuntos com adaptações de acordo com o contexto de cuidado, condições, especialidades ou fenômenos de enfermagem.

Ressalta-se a pertinência do modelo teórico selecionado para o estudo, uma vez que a teoria das transições busca proporcionar ao enfermeiro subsídios para auxiliar pessoas a vivenciar diferentes transições, a fim de atingir respostas positivas após períodos de mudança.

7.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Acredita-se que o déficit de adesão dos enfermeiros especialistas e enfermeiros da APS seja uma limitação deste estudo. Ademais, o tempo necessário para preenchimento completo da pesquisa e a necessidade de dividir o questionário em blocos podem ser considerados uma limitação.

Entre os desafios desta pesquisa, se destaca a necessidade de adaptação transcultural para utilização dos enunciados e definições pelos enfermeiros portugueses.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, D. P. *et al.* Prevalence of chronic pain in Brazil: systematic review. **Brazilian Journal of Pain**, [s.l.], v. 4, n. 3, p. 257-267, jul. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/Ycrw5pYxPJnwzmkKyBvjzDC/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 10 jun. 2023.
- ALENCAR, C. C. A. *et al.* Validação de diagnósticos de enfermagem da CIPE® para as boas práticas no trabalho de parto. **Global Academic Nursing Journal**, [s.l.], v. 2, n. 1, e71, 2021. DOI: 10.5935/2675-5602.20200071.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000800006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 24 abr. 2022.
- ALMEIDA, A. R. P. **Subconjunto terminológico CIPE® para pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico ancorado na teoria das transições**. 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). **Standards for educational and psychological testing**. Washington, D.C., 1985.
- ANDERSON, K. N.; ANDERSON, L. E. **Mosby dicionário de enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2001.
- ANDRADE, L. T. A. **Catálogo CIPE® para pacientes adultos em processo deneurorreabilitação**. 2018. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/ENFC-B4HK2X>. Acesso em: 10 maio 2023.
- ANTUNES, J. M. *et al.* Práticas de enfermagem ao paciente com dor crônica: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 6, p. 681-687, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/apel/a/Kkwz4QK6LgtmZtvSTMPsWXL/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2022.
- ANTUNES, M. D. *et al.* Constipação intestinal em idosos e a relação com atividade física, alimentação e cognição: uma revisão sistemática. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 98, n. 3, p. 202-207, 2019. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v98i3p202-207.
- ARAUJO, L. C.; ROMERO, B. Pain: evaluation of the fifth vital sign. A theoretical reflection. **Revista Dor**, São Paulo, v. 16, n. 4, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/qntZ6KHfD768mHntKKnw96J/?lang=en>. Acesso em: 20 mar. 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **ISO/TR 12300**: informática em saúde – princípios de mapeamento entre sistemas terminológicos. Rio de Janeiro, 2016.

AYRES, E.; WARMINGTON, M.; REID, M. C. Chronic pain perspectives: managing chronic pain in older adults: 6 steps to overcoming medication barriers. **Journal of Family Practice**, [s.l.], v. 61, n. 9, p. S16-S21, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23000668/>. Acesso em: 10 jun. 2023.

BARRA, D. C. C.; DAL SASSO, G. T. M. Processo de enfermagem conforme a classificação internacional para as práticas de enfermagem: uma revisão integrativa. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 440-447, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/VNnD8sjTK9qKgPMmdFbShZz/?lang=pt>. Acesso em: 3 abr. 2022.

BARRAL, L. N. M. *et al.* Análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um hospital de ensino. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 188-193, 2012. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/518>. Acesso em: 25 maio 2022.

BARROS, G. A. M. *et al.* The use of analgesics and risk of self-medication in an urban population sample: cross-sectional study. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, [s.l.], v. 69, n. 6, p. 529-536, nov. 2019.

BESERRA, P. J. F. **Subconjunto terminológico da CIPE® para mulheres com HIV e AIDS**. 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/16968?locale=pt_BR. Acesso em: 29 maio 2022.

BOERY, R. N. S. O.; GUIMARÃES, H. C. Q. C. P.; BARROS, A. L. B. L. Definições operacionais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “volume de líquidos excessivo”. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 197-202, jun. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/ShrmmxCqjFmc3FMRmqv9J4b/?lang=pt#ModalArticles>. Acesso em: 24 abr. 2022.

BÜSSING, A. *et al.* Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions? **Pain Medicine**, [s.l.], v. 10, n. 2, p. 327-339, 2009. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2009.00572.x.

CABRÉ, M. T. **La terminología**: representación y comunicación. Barcelona: Institut Universitari de Lingüística Aplicada, 1999.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 31, n. 2, p. 209-213, abr. 1997.

CARDOSO, M. G. M. **Manual de cuidados paliativos ANCP**: classificação, fisiopatologia e avaliação da dor. São Paulo: [s.n.], 2012.

CARLSON, J. Consensus validation process: a standardized research method to identify and link the relevant NANDA, NIC and NOC terms for local populations. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, [s.l.], v. 17, n. 1, p. 23-24, 2006.

CARVALHO, C. M. G. **Subconjunto terminológico da CIPE, estruturado em ontologia, para autocuidado da pessoa com estomia de eliminação intestinal**. 2017. 249 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

CARVALHO, C. M. G.; CUBAS, M. R.; NÓBREGA, M. M. L. Brazilian method for the development terminological subsets of ICNP®: limits and potentialities. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 70, n. 2, p. 430-435, abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/FLhLz7NvhPrSFchVHCNT86q/?lang=en>. Acesso em: 25 maio 2022.

CARVALHO, E. C.; CRUZ, D. A. L. M.; HERDMAN, T. H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. esp., p. 134-141, set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9yTVg5G8wkFftpGjYpwTxM/?lang=pt>. Acesso em: 25 maio 2022.

CARVALHO, M. W. A. **Validação do subconjunto terminológico CIPE para pacientes com dor oncológica**. 2016. 203 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

CAVALHEIRO, A. P. G. *et al.* Consulta de enfermagem à criança: atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Enfermagem em Foco**, [s.l.], v. 12, n. 3, p. 540-545, 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4305>. Acesso em: 21 mar. 2022.

CLARES, J. W. B. *et al.* Construção de subconjuntos terminológicos: contribuições à prática clínica do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 965-970, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400027>.

COENEN, A.; KIM, T. Y. Development of terminology subsets using ICNP®. **International Journal of Medical Informatics**, [s.l.], v. 79, n. 7, p. 530-538, jul. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20434946/>. Acesso em: 29 maio 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 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. **Diário Oficial da**

União, Brasília, DF, 15 out. 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 3 abr. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 564/2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 dez. 2017.

CORREIA, M. D. L.; DURAN, E. C. M. Conceptual and operational definitions of the components of the nursing diagnosis Acute Pain (00132). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 0, 21 dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/fnNZyf433xytFfNgQMktP6p/?lang=pt#>. Acesso em: 24 abr. 2022.

COSTA, A. G. S.; RATES, M. L. S.; AZEVEDO, V. M. S. Risk of opioid abuse in non-oncologic chronic pain outpatient clinic. **Brazilian Journal of Pain**, [s.l.], v. 4, n. 3, p. 193-197, jul. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/pQ4rPBTpFGsSsMrgFqhLtNF/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 10 jun. 2023.

COSTA, C. A. *et al.* Dor oncológica. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, [s.l.], v. 13, n. 6, p. 855-867, nov. 2007. Disponível em: <https://www.journalpulmonology.org/pt-dor-oncologica-articulo-S0873215915303809>. Acesso em: 25 maio 2022.

COSTA, F. **Grande dicionário de enfermagem atual**. 3. ed. [S.l.]: RBE, 2005.

COSTA, L. G. F. Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. **Enfermagem Brasil**, [s.l.], v. 15, n. 3, p. 137-145, 2016. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/181/1538>. Acesso em: 24 abr. 2022.

CUBAS, M. *et al.* Mapping and definition of terms used by nurses in a hospital specialized in emergency and trauma care. **Revista de Enfermagem Referência**, [s.l.], v. IV Série, n. 12, p. 35-44, 24 mar. 2017.

CUBAS, M. R.; NÓBREGA, M. M. L. **Atenção primária em saúde**: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

CUBAS, M. R.; NÓBREGA M. M. L. Equivalência entre conceitos da CIPE® e da SNOMED CT: reflexão teórica. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 31, e20210450, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0450pt>.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C. I; ROSSI, L. A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 513-520, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a22.htm>. Acesso em: 24 abr. 2022.

DELLAROZA, M. S. G. *et al.* Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 325-

334, fev. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nn3pGRCs9xDxQxyZWjnYyNk/?lang=pt>. Acesso em: 18 mar. 2022.

FEHRING, R. J. Symposium of validation models: the Fehring model. *In*: CARROLL-JOHNSON, R. M.; PAQUETTE, M. (Ed.). **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the Tenth Conference of North American Nursing Diagnosis Association**. Philadelphia: Lippincott, 1994. p. 55-62.

FÉLIX, N. D. C. **Subconjunto terminológico da CIPE® para pessoas com síndrome metabólica**: base conceitual para a teoria de médio alcance do cuidado no contexto de risco cardiovascular. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/19761?locale=pt_BR. Acesso em: 31 maio 2022.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G.. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 704–709, 2018.

FERNANDES, A. T. O retorno do sagrado. **Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, Porto, v. 5, 2017. Disponível em: <https://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2598>. Acesso em: 12 jun. 2023.

FRACOLLI, L. A.; PADOVEZE, M. C.; SOARES, C. B. **Tecnologias de sistematização da assistência de enfermagem a famílias na atenção primária à saúde**. São Paulo: EEUSP, 2020. Disponível em: http://www.ee.usp.br/posgraduacao/mestrado/apostilas/tecnologias_atencao.pdf. Acesso em: 5 abr. 2022.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; CUBAS, M. R. CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. *In*: GARCIA, T. R. (Org.). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®**: versão 2019/2020. Porto Alegre: Artmed, 2020. p. 21-34.

GEURTS, J. W. et al. The Impact of Chronic Discogenic Low Back Pain: Costs and Patients' Burden. **Pain Research and Management**, v. 2018, p. 1–8, 1 out. 2018.

GONÇALVES, A. Aspectos psicológicos da dor crônica. **Dor**, Lisboa, v. 10, n. 1, p. 5-9, 2002. Disponível em: https://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2002_01.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

GOUVEA, A. H. M. **Subconjunto terminológico da CIPE® para o cuidado a pessoas portadoras de transtornos mentais**. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, São Paulo, 2018.

GUIMARÃES, H. C. *et al.* Experts for validation studies in nursing: new proposal and selection criteria. **International Journal of Nursing Knowledge**, [s.l.], v. 27, n. 3, p. 125-180, 2016.

GUIMARÃES, M. S. F. *et al.* Parentalidade de pais de recém-nascidos hospitalizados por sífilis congênita à luz da teoria das transições. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, 31 jan. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/NmWP3DH6dTbFJtb5KnnrqPw/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 29 maio 2022.

HOLLANDA, E. *et al.* Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3343-3352, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001200019>.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. [S.l.: s.n.], 2009.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **Guidelines for ICNP® catalogue development**. Geneva, 2008. Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp_catalogue_development.pdf. Acesso em: 3 abr. 2022.

INTERNATIONAL HEALTH TERMINOLOGY STANDARDS DEVELOPMENT ORGANISATION (IHTSDO). **Guia de introdução ao SNOMED CT**. 2018. Disponível em: <https://confluence.ihtsdotools.org/display/DOCSTARTPT>. Acesso em: 29 maio 2022.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (ISO). **ISO 1087: terminology – vocabulary**. Geneva, 1990. Disponível em: <https://www.iso.org/standard/5591.html>. Acesso em: 1 ago. 2022.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (ISO). **Health informatics: categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems (ISO/FDIS 18104:2003)**. Geneva, 2004. Disponível em: <https://www.iso.org/standard/59431.html>. Acesso em: 10 abr. 2022.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (ISO). **ISO 18104: health informatics: categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems**. Geneva, 2014. Disponível em: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:18104:ed-1:v1:en>. Acesso em: 1 ago. 2022.

KRIEGER, M. G.; FINATTO, M. J. B. **Introdução à terminologia: teoria e prática**. São Paulo: Contexto, 2004.

LALONDE, L. *et al.* Costs of moderate to severe chronic pain in primary care patients – a study of the ACCORD Program. **Journal of Pain Research**, p. 389, jul. 2014.

LIND, J. *et al.* General sale of non-prescription medicinal products: comparing legislation in two European countries. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, [s.l.], v. 12, n. 1, p. 68-77, 2016.

LISBOA, L. V.; LISBOA, J. A. A.; SÁ, K. N. O alívio da dor como forma de legitimação dos direitos humanos. **Revista Dor**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 57-60, jan. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/jmdRtnCV5PVs8vPft4kSgSC/?lang=pt&format=html#>. Acesso em: 10 jun. 2023.

MACHADO, A. **Neuroanatomia funcional**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

MARTINS, L.; SARTOR, G. D.; SILVA, M. P. Prontuário eletrônico do paciente: adoção de novas tecnologias de acesso. **Journal of Health Informatics**, [s.l.], v. 11, n. 3, p. 67-73, 2019. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/608>. Acesso em: 10 mar. 2022.

MASSON, L.; DALLACOSTA, F. M. Vulnerability in the elderly and its relationship with the presence of pain. **Brazilian Journal of Pain**, [s.l.], v. 2, n. 3, p. 213-216, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190038>.

MEDEIROS, A. C. T. **Validação do subconjunto da CIPE para a pessoa idosa**. 2014. 206 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing**: development and progress. 2. ed. Philadelphia: Lippincott, 1991.

MELEIS, A. I. *et al.* Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **Advances in Nursing Science**, [s.l.], v. 23, n. 1, p. 12-28, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10970036/>. Acesso em: 24 abr. 2022.

MELEIS, A. I. **Transitions theory**: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer, 2010.

MELZACK, R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. **Pain**, [s.l.], v. 1, n. 3, p. 277-299, 1975.

MERSKEY, N. B. **Classification of chronic pain**: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms prepared by the International Association for the Study of Pain. 2. ed. Seattle: IASP Press, 1994.

MORALES-FERNANDEZ, A. *et al.* Impact on quality of life of a nursing intervention programme for patients with chronic non-cancer pain: an open, randomized controlled parallel study protocol. **Journal of Advanced Nursing**, [s.l.], v. 72, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26857683/>. Acesso em: 1 ago. 2022.

MOTA, M. S. *et al.* Facilitators of the transition process for the self-care of the person with stoma: subsidies for nursing. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 82-88, fev. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/T7hPZMhPyrCQYTVZH8nPKGB/?lang=pt>. Acesso em: 29 maio 2022.

MOURA, C. C. *et al.* Impacts of chronic pain on people's life and nursing care in the process. **Avances en Enfermería**, [s.l.], v. 35, n. 1, p. 53-62, 1 abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n1/v35n1a06.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

MOURA, C. C. *et al.* Physical and emotional factors associated with the severity of chronic back pain in adults: a cross-sectional study. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 31, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/R8DT35wH9g3HHF9M8vn6MBh/?lang=en>. Acesso em: 7 fev. 2022.

NANDA (HERDMAN). NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021-2023. [s.l.] Thieme, 2021.

NASCIMENTO, L. A. *et al.* Manuseio da dor: avaliação das práticas utilizadas por profissionais assistenciais de hospital público secundário. **Revista Dor**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 76-80, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/vzJ3r8ppP7Yrw89GBDcH9yJ/?lang=pt>. Acesso em: 18 mar. 2022.

NASSIF, M. S. *et al.* Validação de um protocolo de auriculoterapia com laser para dor crônica na coluna vertebral. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 24, e-1350, 2020. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v24/1415-2762-reme-24-e-1350.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2022.

NÓBREGA, M. M. L. *et al.* Terminologias de enfermagem: da taxonomia da NANDA a classificação internacional para a prática de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Fortaleza, v. 2, n. 4, 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/5359/4578>. Acesso em: 18 abr. 2022.

NÓBREGA, M. M. L. *et al.* **Desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE® no Brasil**: atenção primária em saúde – diagnósticos, resultados e intervenções. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

NUNES, S. F. L. *et al.* Adaptação dos familiares cuidadores de idosos com doença de Parkinson: processo de transição. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 35, n. esp., 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/Pm68vJzbvCLWDVDYNwbDQSn/?lang=pt>. Acesso em: 29 maio 2022.

OLIVEIRA, F. A. DE . *et al.* The health/disease transition process in chronic kidney disease patients: Contributions to nursing care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. e03581, 2020.

OLIVÊNCIA, S. A. *et al.* Pharmacological treatment of chronic non-malignant pain among elderly persons: an integrative review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 21, n. 3, p. 372-381, maio 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/z4r4Zq9HMYhSB9BwMmJxsnH/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 10 jun. 2023.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Dor**: guia orientador de boa prática. [S.l.], 2008. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2022.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **ICN e SNOMED assinam acordo inovador para a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE®)**. 2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/>. Acesso em: 29 maio 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU) – BRASIL. OMS define 10 prioridades de saúde para 2019. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/82146-oms-define-10-prioridades-de-sa%C3%BAde-para-2019>>. Acesso em: 17 jun. 2023.

PAIVA, *et al.* Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - SAPE®. Portugal: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. Disponível em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/apn-978-989-98443-5-3.pdf

PAVEL, S.; NOLET, D. **Manual de terminologia**. [S.l.]: Public Works and Government Services, 2001.

PERROT, S. *et al.* The IASP classification of chronic pain for ICD-11. **Pain**, [s.l.], v. 160, n. 1, p. 77-82, Jan. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30586074/>. Acesso em: 29 maio 2022.

PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 473-483, 1996. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Vcc6wpJhs5cJdZ7rKjdKdsr/?lang=pt>. Acesso em: 22 mar. 2022.

PINHEIRO, A. L. U. *et al.* Avaliação e manejo da dor aguda: revisão integrativa. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 4, n. 1, p. 77-89, Jun. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3395>. Acesso em: 21 mar. 2022.

PINTO, J. M. S.; NATIONS, M. K. Cuidado e doença crônica: visão do cuidador familiar no Nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 521-530, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000200025>.

POSSARI, J. F. **Glossário técnico**: termos de A-Z da área de saúde. São Paulo: Érica, 2011.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

QUERIDO, D. L. Terminological subsets of the International Classification for Nursing Practice: an integrative literature review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, e03522, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/SWgFBhmxDf7pwTh6dzg4NZM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 ago. 2022.

RAJA, S. N. *et al.* The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain**, [s.l.], v. 23, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32694387/>. Acesso em: 10 mar. 2022.

REID, K. J. *et al.* Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. **Current Medical Research and Opinion**, v. 27, n. 2, p. 449–462, 3 jan. 2011.

RÉGIS, C. C. *et al.* Dor crônica avaliada pela Classificação dos Resultados de Enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Fortaleza, v. 14, e243932, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/243932>. Acesso em: 18 abr. 2022.

RIBEIRO, A. L. A. **A pessoa com dor crônica**: um modelo de acompanhamento de enfermagem. 2013. 277 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2013.

RONNAU, L. B. *et al.* Automatic mapping between Brazilian Portuguese Clinical Terms and International Classification for Nursing Practice. **Studies in Health Technology and Informatics**, [s.l.], v. 264, p. 1552-1553, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31438227/>. Acesso em: 18 abr. 2022.

RUNDELL, M. **Macmillan English dictionary**: for advanced learners of American English. [S.l.]: Palgrave Macmillan, 2002.

RUVIARO, L. F.; FILIPPIN, L. I.. Prevalência de dor crônica em uma Unidade Básica de Saúde de cidade de médio porte. **Revista Dor**, v. 13, n. 2, p. 128–131, abr. 2012.

SÁ, K. N. *et al.* Prevalence of chronic pain in developing countries: systematic review and meta-analysis. **Pain Reports**, [s.l.], v. 4, n. 6, 2019.

SALLUM, A. M. C.; GARCIA, D. M.; SANCHES, M. Acute and chronic pain: a narrative review of the literature. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. esp., p. 150-154, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/appe/a/9XWXKgJMWjr7KRdDDxLpZtt/?lang=en>. Disponível em: 29 maio 2022.

SANTOS, A. M., SANTOS, F. C.; CENDOROGLO, M. S. Sexuality and chronic pain in long-lived females: description of interferential factors. **Revista Dor**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 48-52, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20150010>.

SANTOS, M. A. M. **Terminologia em enfermagem**. São Paulo: Martinari, 2005.

SANTOS, P. H. F. *et al.* Terminologia especializada de enfermagem para a prevenção de quedas em idosos na atenção primária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, e20210271, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/MghnNkhDdydpct6RgdJqjFs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 abr. 2022.

SANTOS, V. P. R. A terminologia e o sistema de gestão da qualidade ISO 9000. **Estudos Linguísticos**, [s.l.], v. 35, p. 1952-1959, 2006.

SANTOS, Márcia Cristina de Figueiredo. Proposta de subconjunto terminológico da Cipe® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao hiv/aids. 2017. 151 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

SANTOS-JÚNIOR, F. F. U. *et al.* Pain self-efficacy and physical activity during COVID-19-related social distancing: cross-sectional study. **Brazilian Journal of Pain**, [s.l.], v. 5, n. 3, p. 219-225, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20220036-pt>.

SCHMIDT, D. R.; FERREIRA, V. R. T.; WAGNER, M. F. Disfunção temporomandibular: sintomas de ansiedade, depressão e esquemas iniciais desadaptativos. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p. 973-985, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=513751493014>. Acesso em: 10 jun. 2023.

SIEGA, C. K. *et al.* ICNP® terminology subset to infants in primary health care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, supl. 6, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nTrdFCKvWtZVsv9zNNG7Qgt/?lang=en>. Acesso em: 10 abr. 2022.

SILVA, C. F. T. *et al.* The care offered by nurses to elders with coronary artery disease from the perspective of transitions theory. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 74, supl. 2, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/jKrZMhS3QMvmxTsY5TsHyHg/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 29 maio 2022.

SILVA, M. S. *et al.* Autoeficácia, intensidade de dor e qualidade de vida em indivíduos com dor crônica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 18, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/29308>. Acesso em: 18 abr. 2022.

SILVA, R. S. **Enfermagem em cuidados paliativos para um morrer com dignidade**: subconjunto terminológico CIPE®. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/17104/1/Tese_Rudval_Souza_da_Silva_Enfermagem.pdf. Acesso em: 29 maio 2022.

SILVA, S. M. C. *et al.* Impairment of quality of life due to anxiety and depression in patients with chronic pain. **Brazilian Journal of Pain**, [s.l.], v. 4, n. 3, 2021.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/brjp/a/mKFv6zDQ6rDRKx7kBwTbY5P/?lang=en>. Acesso em: 18 abr. 2022.

SILVA, W. B. H. *et al.* Intervenções não farmacológicas no manejo da dor do paciente adulto em terapia intensiva. **Saúde Coletiva**, Barueri, v. 9, n. 51, p. 1926-1932, 2019. Disponível em:

<http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/178/172>. Acesso em: 18 abr. 2022.

SIMÕES, N. **Vocabulário técnico-científico na área de enfermagem**. 1998. 922 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR (SBED). **Campanha nacional pelo tratamento e controle da dor aguda e crônica**. [S.l.], 2019.

Disponível em: <https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2019/01/CAMPANHA-NACIONAL-PELO-TRATAMENTO-E-CONTROLE-DA-DOR-AGUDA-E-CR%C3%94NICA-3-MB.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2022.

SOLANO, J. P. C. A clínica da dor crônica como ninho de pacientes difíceis: o papel da identificação projetiva. **Acta Fisiátrica**, [s.l.], v. 22, n. 1, p. 43-50, 2015. DOI: 10.5935/0104-7795.20150010.

SOUZA, R. O. **Definições operacionais para o resultado de enfermagem “eficácia da bomba cardíaca”**: subsídios para a construção de um instrumento. 2012. 163 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2012.

SOUZA NETO, V. L. *et al.* Validation of the definitions of nursing diagnoses for individuals with Aids. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, n. 4, 2020. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000400159&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 abr. 2022.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TERASSI, M. *et al.* Factors associated with depressive symptoms in elderly caregivers with chronic pain. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, n. 1, e20170782, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0782>.

TETSUNAGA, T. *et al.* Drug dependence in patients with chronic pain: a retrospective study. **Medicine**, [s.l.], v. 97, n. 40, e12748, 2018. Disponível em: <https://journals.lww.com/md-journal/pages/articleviewer.aspx?year=2018&issue=10050&article=00104&type=Fulltext>. Acesso em: 29 maio 2022.

TORRES, F. B. G. **Elaboração de instrumentos com critérios para seleção de especialistas para o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da**

CIPE®. 2022. 226 f. Tese (Doutorado em Tecnologia em Saúde) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2022.

TORRES, F. et al. Comparison of the Results of Manual and Automated Processes of Cross-Mapping Between Nursing Terms: Quantitative Study. **JMIR nursing**, v. 3, n. 1, p. e18501–e18501, 9 jun. 2020.

TOYE, F. et al. A qualitative evidence synthesis to explore healthcare professionals' experience of prescribing opioids to adults with chronic non-malignant pain. **BMC Family Practice**, [s.l.], v. 18, n. 1, 2017. Disponível em: <https://bmcpriamcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-017-0663-8>. Acesso em: 29 maio 2022.

TREEDE, R. D. et al. Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). **Pain**, v. 160, n. 1, 2019.

VANDENBERGHE, L. Abordagens comportamentais para a dor crônica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 1, p. 47–54, jan. 2005.

VARGAS E SILVA, N. C. O. et al. Pain, disability and catastrophizing in individuals with knee osteoarthritis. **Brazilian Journal of Pain**, [s.l.], v. 3, n. 4, p. 322-327, out. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/4thMMwg4QFpcByVkNZG8Rfk/?lang=pt#>. Acesso em: 10 jun. 2023.

VARGAS, M. E. C. et al. Risk factors for self-medication: an integrative review. **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 11, n. 9, e52811932188, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i9.32188.

VASCONCELOS, F. H.; ARAÚJO, G. C. Prevalence of chronic pain in Brazil: a descriptive study. **Brazilian Journal of Pain**, [s.l.], v. 1, n. 2, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/wVVtLWT9847X8MNBgtstM8h/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 maio 2022.

VIEIRA, A. S. M. et al. Educação em saúde para indivíduos com dor crônica: ensaio clínico. **Brazilian Journal of Pain**, [s.l.], v. 5, n. 1, p. 39-46, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/8MWCWt6h9HTrbS9L8ncvmQR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2023.

VLAINICH R, ZUCCHI P, ISSY AM, et al. Avaliação do custo do medicamento para tratamento ambulatorial de pacientes com dor crônica. **Rev Bras Anesthesiol** 2010;60(4):399-405.

WALTZ, C. F.; STRICKLAND, O. L.; LENZ, E. R. **Measurement in nursing and health research**. 4. ed. Philadelphia: Davis, 2010. Disponível em: <https://dl.uswr.ac.ir/bitstream/Hannan/138859/1/9780826105080.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The role of the pharmacist in self-care and self-medication**. Report of the 4th WHO Consultive Group on the role of the pharmacist. [S.l.], 1998.

YONG, R. J.; MULLINS, P. M.; BHATTACHARYYA, N. The prevalence of chronic pain among adults in the United States. **Pain**, v. Publish Ahead of Print, n. 2, 2 abr. 2021.

ZAHRA, F. M.; CARVALHO, D. R.; MALUCELLI, A. Poronto: ferramenta para construção semiautomática de ontologias em português. **Journal of Health Informatics**, [s.l.], v. 5, n. 2, p. 52-59, 2013. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/232/167>. Acesso em: 18 abr. 2022.

APÊNDICE A – CARTA-CONVITE AOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

Prezado (a) Enfermeira (a),

Meu nome é Amanda de Souza Ferrari, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná sob a orientação da Profa. Dra. Marcia Regina Cubas.

O (A) senhor(a) está sendo convidado(a), para participar de minha pesquisa de dissertação de mestrado denominada “Validação de conteúdo e de definições operacionais dos elementos do subconjunto CIPE® para cuidado de Enfermagem a pessoas com Dor Crônica”.

Sua contribuição será no sentido de avaliar a pertinência, para a prática clínica de enfermagem direcionada a pessoa com dor crônica, de diagnósticos e resultados de enfermagem elaborados a partir da combinação de termos extraídos de publicações científicas acerca da temática.

Sua participação ocorrerá por meio do preenchimento de um questionário online (o link de acesso ao questionário encontra-se ao final deste e-mail), o qual contém enunciados de Diagnósticos e Resultados de Enfermagem e suas definições operacionais para o cuidado da pessoa com dor crônica na Atenção Primária à Saúde a luz da Teoria de Meleis. Sua avaliação será expressa com “sim”, “não”, ou “necessita correção/adaptação”, sendo as últimas alternativas seguidas de justificativa.

Uma vez que o referido questionário salva suas respostas automaticamente enquanto conectado à internet, é possível interromper e continuar o preenchimento do mesmo em outro momento, bastando clicar no mesmo link que segue ao final deste e-mail, em qualquer dispositivo com acesso à internet e e-mail.

O acesso ao questionário pode ser realizado com laptop, celular e tablet com acesso à internet e e-mail.

Caso aceite participar desta pesquisa, solicitamos a gentileza de clicar no link ao final deste e-mail para o acesso ao questionário online; o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se no referido questionário online.

Desde já agradecemos por sua colaboração.

Atenciosamente,

Mestranda Amanda de Souza Ferrari
Prof.^a Dr.^a Marcia Regina Cubas

APÊNDICE B – CARTA-CONVITE À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

Prezado (a),

Meu nome é Amanda de Souza Ferrari, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná sob a orientação da Profa. Dra. Marcia Regina Cubas.

Encaminho ao responsável da SMS de São José dos Pinhais convite a ser direcionada aos Enfermeiros (as) da Atenção Primária a Saúde do Município a fim de participar de minha pesquisa de dissertação de mestrado denominada “Validação de conteúdo e de definições operacionais dos elementos do subconjunto CIPE® para cuidado de Enfermagem a pessoas com Dor Crônica”.

A contribuição dos enfermeiros será no sentido de avaliar a pertinência, para a prática clínica de enfermagem direcionada a pessoa com dor crônica, de diagnósticos e resultados de enfermagem elaborados a partir da combinação de termos extraídos de publicações científicas acerca da temática e ocorrerá por meio do preenchimento de um questionário online.

A participação ocorrerá por meio do preenchimento de um questionário online, o qual contém enunciados de Diagnósticos e Resultados de Enfermagem e suas definições operacionais para o cuidado da pessoa com dor crônica na Atenção Primária à Saúde a luz da Teoria de Meleis. Sua avaliação será expressa com “sim”, “não”, ou “necessita correção/adaptação”, sendo as últimas alternativas seguidas de justificativa.

Uma vez que o referido questionário salva as respostas automaticamente enquanto conectado à internet, é possível interromper e continuar o preenchimento do mesmo em outro momento, bastando clicar no mesmo link que segue ao final deste e-mail, em qualquer dispositivo com acesso à internet e e-mail.

Como benefícios da participação da pesquisa podemos ressaltar o conhecimento de termos padronizados da CIPE® para atuação do enfermeiro no cuidado a pessoas com dor crônica.

O estudo tem como critérios de inclusão para participação: ser enfermeiro assistencial por no mínimo dois anos; e como critério de exclusão: não atender pessoas com queixa de dor crônica.

O acesso ao questionário pode ser realizado com laptop, celular e tablet com acesso à internet e e-mail. Disponibilizo o link a ser direcionado aos enfermeiros ao final deste e-mail para o acesso ao questionário online; o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se no referido questionário.

Desde já agradecemos por sua colaboração.

Atenciosamente,

Mestranda Amanda de Souza Ferrari
Prof.^a Dr.^a Marcia Regina Cubas

APÊNDICE C – CARTA-CONVITE AOS ENFERMEIROS DE PORTUGAL

Prezado(a) Enfermeiro(a),

Meu nome é Marcia Regina Cubas, sou docente/orientadora do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Brasil.

O (A) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa denominada “Dor crônica: boas práticas para o cuidado de enfermagem por meio de subconjunto terminológico da CIPE® baseado na teoria das transições”, especificamente de um de seus subprojetos, denominado “Validação de conteúdo e de definições operacionais dos elementos do subconjunto CIPE® para cuidado de Enfermagem a pessoas com Dor Crônica”.

A pesquisa matriz é coordenada por mim e o subprojeto operacionalizado por dissertação de mestrado.

Sua contribuição será no sentido de responder formulário online, encaminhado após aceitar participar da pesquisa. O objetivo principal é avaliar a pertinência de diagnósticos e resultados de enfermagem para a prática clínica direcionada a pessoa com dor crônica, na atenção primária à saúde.

O (A) senhor(a) poderá solicitar acompanhamento no preenchimento do formulário online a qualquer momento ou poderá preenchê-lo sem auxílio.

Desde já agradecemos por sua colaboração.

Atenciosamente,

Prof.^a Dr.^a Marcia Regina Cubas

APÊNDICE D – QUADRO COMPARATIVO PARA CONSTRUÇÃO DAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS, EXEMPLOS DE ENUNCIADOS E DEFINIÇÕES

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Revisão da literatura				Definição Operacional
	Dicionário	Dicionário técnico	CIPE	Definições já validadas por outros subconjuntos/ artigos científicos	
Atitude em relação ao cuidado, positiva	Atitude: maneira como o corpo (humano ou animal) está posicionado, pose, posição, postura; comportamento ditado por disposição interior; maneira de agir em relação a pessoa, objeto, situação etc.; maneira, conduta; posição assumida, orientação, modo ou norma de proceder; comportamento afetado; estado de disponibilidade psicofísica marcado pela experiência e que exerce influência diretiva e dinâmica sobre o comportamento (HOUAISS, 2009, p.215). Relação: condição que liga dois ou mais objetos lógicos; vinculação de alguma ordem entre pessoas, fatos ou coisas; ligação, conexão (HOUAISS, 2009, p.1638). Cuidado: submetido a rigorosa análise; meditado, pensado; em que houve aprimoramento, aplicação na execução (diz-se de qualquer atividade, trabalho etc. realizado); bem-feito; em que houve intenção, propósito; propositado, premeditado; em que há suposição; previsto; que apresenta preocupação; receoso, preocupado; atenção especial, precaução com aplicação intelectual e/ou dos sentidos; comportamento vigilante, precavido; inquietação, preocupação; zelo, desvelo que se dedica a alguém ou algo; encargo, incumbência, responsabilidade (HOUAISS, 2009, p.581).	----	Atitude: Opinião sobre o tratamento e sobre o prestador (ou provedor) de cuidados de saúde. (GARCIA, NÓBREGA E CUBAS, 2020, p.115).	Cuidados à saúde: Conjunto de ações através das quais se promove, mantém e recupera a saúde do assistido e se faz prevenção de doença (SIMÕES, 1998, p.720).	---- Opinião positiva sobre o provedor de cuidados ou tratamento, adesão a terapêutica, demonstração de intenção positiva em relação ao cuidado e controle da dor crônica a partir de gestos e posturas. (HOUAISS 2009; GARCIA, NÓBREGA E CUBAS, 2020, SIMÕES, 1998).
Déficit no suprimento de medicação	Déficit: deficiência que se pode medir, quantitativa ou qualitativamente (HOUAISS, 2009, p.606). Suprimento: ato ou efeito de suprir; ato ou efeito de acrescentar, de suplementar, adição, suplemento, aquilo que satisfaz necessidades (HOUAISS, 2009, p.1794). Medicação: ato ou efeito de medicar(-se); medicamentação; emprego de medicamentos ou de outros processos curativos, de acordo com determinada indicação ou orientação; tratamento terapêutico; medicamentação; o conjunto desses medicamentos (HOUAISS, 2009, p.1263).	----	Processo Ambiental: Fontes disponíveis e custeáveis, e distribuição de suprimentos básicos para sustentar a vida das pessoas (GARCIA, NÓBREGA E CUBAS, 2020 p.189).	----	---- Deficiência nas fontes disponíveis e custeáveis para distribuição de medicamentos para alívio da dor crônica, dificultando o acesso a uma das medidas que auxiliam no alívio da dor. (HOUAISS 2009; GARCIA, NÓBREGA E CUBAS, 2020).

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Revisão da literatura					Definição Operacional
	Dicionário	Dicionário técnico	CIPE	Definições já validadas por outros subconjuntos/ artigos científicos	NANDA - I	
Sobrecarga de Estresse	Sobrecarga: tudo o que excede à carga normal; qualquer sensação incômoda que se adiciona a mal-estar anterior (HOUAISS, 2009, p.1757). Estresse: Estado gerado pela percepção de estímulos que provocam excitação emocional e, ao perturbarem a homeostasia, levam o organismo a disparar um processo de adaptação caracterizado pelo aumento da secreção de adrenalina com várias consequências sistêmicas (HOUAISS, 2009, p.842).	Sobrecarga: Fator ou influência que provoca tensão no corpo além de seus limites naturais e pode prejudicar a saúde (ANDERSON E ANDERSON, 2001, p.703). Estresse: tensão, fator emocional, físico, social, econômico ou outro que requer uma resposta ou mudança (ANDERSON E ANDERSON, 2001, p.926). Estresse: Resposta de energia positiva ou negativa a interações com o meio ambiente, num esforço para manter-se o equilíbrio de vida (SANTOS, 2005, p.92).	Termo pai - Estresse: Condição, Prejudicada: Sentimento de estar tenso e ansioso, de tal modo a estar incapaz de funcionar apropriadamente, tanto física como mentalmente; sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, a dor e a sentimento de estar física e mentalmente cansado; distúrbio no estado físico e mental de um indivíduo (GARCIA, CUBAS E NÓBREGA, 2020, p.144).	----	Excessivas quantidades e tipos de demandas que requerem atenção. Características definidoras: Dificuldade com tomada de decisão; Expressa raiva aumentada; Sentir-se pressionado; Expressa tensão (NANDA - I, 2021, p.378).	Carga excessiva, além dos limites naturais de estresse. Sentimento de tensão e ansiedade. Resposta a estímulos externos, fatores emocionais, físicos, sociais, ou qualquer outro fator que necessite de uma resposta ou mudança. Está associado a experiências desagradáveis como a dor. Pode gerar sentimentos de incapacidade, sensação de cansaço físico e mental, desconforto e aumento da raiva, bem como, dificuldade para tomada de decisões (HOUAISS, 2009; SANTOS, 2005; ANDERSON E ANDERSON, 2001; GARCIA, CUBAS E NÓBREGA, 2020; NANDA-I, 2021).
Estresse, diminuído	Estresse: Estado gerado pela percepção de estímulos que provocam excitação emocional e, ao perturbarem a homeostasia, levam o organismo a disparar um processo de adaptação caracterizado pelo aumento da secreção de adrenalina com várias consequências sistêmicas (HOUAISS, 2009, p.842).	Estresse: tensão, fator emocional, físico, social, econômico ou outro que requer uma resposta ou mudança (ANDERSON E ANDERSON, 2001, p.926). Estresse: Resposta de energia positiva ou negativa a interações com o meio ambiente, num esforço para manter-se o equilíbrio de vida (SANTOS, 2005, p.92).	Condição, Prejudicada: Sentimento de estar tenso e ansioso, de tal modo a estar incapaz de funcionar apropriadamente, tanto física como mentalmente; sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, a dor e a sentimento de estar física e mentalmente cansado; distúrbio no estado físico e mental de um indivíduo (GARCIA, CUBAS E NÓBREGA, 2020, p.144).	----	Excessivas quantidades e tipos de demandas que requerem atenção. Características definidoras: Dificuldade com tomada de decisão; Expressa raiva aumentada; Sentir-se pressionado; Expressa tensão (NANDA - I, 2021, p.378).	Redução na frequência ou intensidade dos sentimentos de incapacidade e da sensação de cansaço físico e mental; desconforto diminuído; redução do sentimento de raiva, bem como, dificuldade para tomada de decisões diminuída (HOUAISS, 2009; SANTOS, 2005; ANDERSON E ANDERSON, 2001; GARCIA, CUBAS E NÓBREGA, 2020; NANDA-I, 2021).
Desempenho de papel, prejudicado	Desempenho: Cumprimento de obrigação ou promessa; execução. Maneira como atua ou se comporta alguém ou algo, avaliada em termos de eficiência, rendimento. (HOUAISS, 2009, p.642). Papel: função atribuída a ou assumida por algo ou alguém por força das circunstâncias ou em razão de sua condição, dever, obrigação legal, moral, profissional; atribuição, função que se desempenha ou cumpre (HOUAISS, 2009, p.1426).	----	Termo pai - Condição: Características: Situação de uma pessoa em relação aos outros; posição relativa de uma pessoa (GARCIA, CUBAS E NÓBREGA, 2020, p.125). Prejudicado: Julgamento, Positivo ou Negativo: Estado julgado negativamente, alterado, prejudicado ou ineficaz. (GARCIA, CUBAS E NÓBREGA, 2020, p.197).	Estado em que o indivíduo está incapacitado de executar o seu papel sócio-econômico-espiritual, conforme padrões que não combinam com o contexto, normas e expectativa do ambiente a qual vive. Evidenciado pela adaptação inadequada à mudança, ansiedade, autocontrole inadequado, depressão, enfrentamento inadequado, discriminação, habilidades inadequadas, motivação inadequada, mudança na sua capacidade de assumir o papel, pessimismo, sentimento de impotência, isolamento, tristeza, angústia, depressão, após um evento que mudou o rumo de sua vida (ANDRADE, 2018 apud RODRIGUES, 2006).	Padrão de comportamento e autoexpressão que não combina com o contexto, as normas e as expectativas do ambiente (NANDA-I, 2021, p.340). Características definidoras: Adaptação a mudanças ineficaz; Ambivalência de papel; Ansiedade; Apoio externo inadequado para implementação do papel; Assédio; Autogestão inadequada; Conflito de sistema; Conhecimento inadequado sobre as exigências do papel; Desempenho de papel ineficaz; Discriminação social percebida; Estratégias de enfrentamento ineficazes; Expectativas de desenvolvimento inadequadas; Falta de confiança; Habilidades inadequadas; Incerteza; Insatisfação com o papel; Motivação inadequada; Negação do papel; Oportunidade inadequada para implementação do papel; Padrão de responsabilidade alterado; Percepção alterada de papel pelos outros; Percepção do papel alterada; Pessimismo; Relata discriminação social; Retomada de papel alterada; Sentimento de impotência; Sintomas depressivos; Violência doméstica (NANDA-I, 2021, p.340).	Padrão de comportamento não condizente com o ambiente, normas ou contexto vivenciado. Incapacidade do indivíduo em desempenhar seu papel sócio-econômico-espiritual conforme os padrões do ambiente em que vive. Caracteriza-se por ineficiência de adaptação a mudanças geradas pela dor crônica, ansiedade, sintomas de depressão, dificuldade de enfrentamento da dor, pessimismo, motivação inadequada, habilidades inadequadas, alteração na percepção, negação ou retomada alterada dos papéis. Pode acompanhar sentimentos de tristeza, angústia, isolamento, impotência, falta de confiança e incerteza após algum evento que gerou mudanças, como a dor crônica (HOUAISS, 2009; ANDRADE, 2018 apud RODRIGUES, 2006; GARCIA, CUBAS E NÓBREGA, 2020; NANDA-I, 2021).

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Revisão da literatura					Definição Operacional
	Dicionário	Dicionário técnico	CIPE	Definições já validadas por outros subconjuntos/artigos científicos	NANDA - I	
Comportamento de busca de saúde, melhorado	Comportamento: ato ou efeito de comportar-se; procedimento de alguém face a estímulos sociais ou a sentimentos e necessidades íntimos ou uma combinação de ambos; reação de um indivíduo, de um grupo ou de uma espécie ao complexo de fatores que compõem o seu meio ambiente; procedimento de um organismo ou de um elemento da natureza em face ao meio no qual está inserido ou por força de determinados estímulos; maneira de proceder de uma pessoa em relação a outra(s), esp. com referência às regras de boas maneiras; reação peculiar de uma coisa em determinadas circunstâncias (HOUAISS, 2009, p.506). Busca: esforço no sentido de achar ou descobrir algo; esforço para obter ou atingir algo; tratar de obter, procurar adquirir; fazer tentativa para; esforçar-se por; empenhar-se, pretender (HOUAISS, 2009, p.340). Saúde: estado de equilíbrio dinâmico entre o organismo e seu ambiente, o qual mantém as características estruturais e funcionais do organismo dentro dos limites normais para a forma particular de vida (raça, gênero, espécie) e para a fase particular de seu ciclo vital; estado de boa disposição física e psíquica; bem-estar; força física; robustez, vigor, energia (HOUAISS, 2009, p.1716).	Comportamento: modo de uma pessoa agir ou desempenhar uma ou todas as atividades de uma pessoa, incluindo atividades físicas que são observadas diretamente e atividade mental que é inferida e interpretada. Os tipos de comportamento incluem: Comportamento anormal, automático, invariável e variável (ANDERSON E ANDERSON, 2001, p. 114).	Termo pai - Comportamento: Maneira previsível para identificar, utilizar, gerenciar e assegurar recursos de atenção à saúde; expectativas relacionadas a modos aceitáveis para solicitar e obter assistência dos outros (GARCIA, NÓBREGA E CUBAS, 2020, p.123).	Estado em que o indivíduo não busca, ativamente, formas de alterar seus hábitos e/ou seu ambiente, nem assegura recursos de cuidados de saúde visando a atingir um nível mais elevado. Caracterizado por falta de expectativas para solicitar e obter assistência de outros e pela falta de desejo de buscar informações para a promoção de saúde. (BÉZERRA, 2018; p.68) Estado em que o indivíduo com saúde estável não busca, ativamente, formas de modificar seus hábitos e/ou seu ambiente visando a atingir um nível mais adequado e reduzir o risco cardiovascular (FÉLIX, 2019, p.168)	----	Estado em que o indivíduo busca formas de alterar seus hábitos e/ou seu ambiente assegurando recursos de cuidado de saúde visando o controle ou a redução da dor crônica, solicita assistência de outros e busca informações para a promoção de saúde (HOUAISS, 2009; ANDERSON E ANDERSON, 2001; GARCIA, NÓBREGA E CUBAS 2020; BEZERRA 2018, FÉLIX, 2019).
Baixo Autocontrole	Baixo: que está abaixo de certo nível considerado o usual ou o ideal. (HOUAISS, 2009, p.245). Autocontrole: Controle sobre si mesmo; autodomínio, comedimento, equilíbrio (HOUAISS, 2009, p.224).	----	Termo pai - Volição: Disposição para cuidar do que é necessário para manter-se, conservar-se ativo, e para lidar com as necessidades básicas, individuais e essenciais, e com as atividades da vida (diária) (GARCIA, NÓBREGA E CUBAS, 2020, p.116).	Fala-se de autocontrole, quando o próprio paciente controla as variáveis que determinam o seu comportamento-alvo (Kazdin apud Vandenbergh, 2005, p. 50).	----	Baixa disposição para controlar por si próprio as variáveis que determinam o controle da dor, para manter-se ativo, para lidar com as necessidades básicas individuais e essenciais e com as atividades de vida diária (HOUAISS 2009; GARCIA, NÓBREGA E CUBAS, 2020; VANDERBERGUE, 2005).
Autocontrole, eficaz	Autocontrole: Controle sobre si mesmo; autodomínio, comedimento, equilíbrio (HOUAISS, 2009, p.224).	----	Termo pai - Volição: Disposição para cuidar do que é necessário para manter-se, conservar-se ativo, e para lidar com as necessidades básicas, individuais e essenciais, e com as atividades da vida (diária) (GARCIA, NÓBREGA E CUBAS, 2020, p.116).	Fala-se de autocontrole, quando o próprio paciente controla as variáveis que determinam o seu comportamento-alvo (Kazdin apud Vandenbergh, 2005, p. 50).	----	Disposição para controlar por si próprio as variáveis que determinam o controle da dor, para manter-se ativo, para lidar com as necessidades básicas individuais e essenciais e com as atividades de vida diária (HOUAISS 2009; GARCIA, NÓBREGA E CUBAS, 2020; VANDERBERGUE, 2005).
Autocontrole, melhorado (ou aumentado)	Autocontrole: Controle sobre si mesmo; autodomínio, comedimento, equilíbrio (HOUAISS, 2009, p.224).	----	Termo pai - Volição: Disposição para cuidar do que é necessário para manter-se, conservar-se ativo, e para lidar com as necessidades básicas, individuais e essenciais, e com as atividades da vida (diária) (GARCIA, NÓBREGA E CUBAS, 2020, p.116).	Fala-se de autocontrole, quando o próprio paciente controla as variáveis que determinam o seu comportamento-alvo (Kazdin apud Vandenbergh, 2005, p. 50).	----	Melhora na disposição para controlar por si próprio as variáveis que determinam o controle da dor, para manter-se ativo, para lidar com as necessidades básicas individuais e essenciais e com as atividades de vida diária (HOUAISS 2009; GARCIA, NÓBREGA E CUBAS, 2020; VANDERBERGUE, 2005).

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Revisão da literatura					Definição Operacional
	Dicionário	Dicionário técnico	CIPE	Definições já validadas por outros subconjuntos/ artigos científicos	NANDA - I	
Ansiedade	Ansiedade: Grande mal-estar físico e psíquico; aflição, agonia. Desejo veemente e impaciente, falta de tranquilidade, receio. Estado afetivo penoso, caracterizado pela expectativa de algum perigo que se revela indeterminado e impreciso, e diante do qual o indivíduo se julga indefeso (HOUAISS, 2009, p.141).	Sentimento de apreensão, inquietude, agitação, incerteza, e medo resultante da antecipação de alguma ameaça ou perigo, geralmente de origem intrapsíquica e não externa, cuja fonte é normalmente desconhecida ou não reconhecida. Características subjetivas: sentimento de tensão crescente, desamparo, inquietação, medo, superexcitação, angústia e preocupação. Características objetivas: excitação cardiovascular, vasoconstrição superficial, dilatação da pupila, agitação, insônia, má acuidade visual, tremor, tensão facial, voz trêmula, contínua concentração em si mesmo, sudorese, preocupação expressa em relação ao mudar os fatos (ANDERSON E ANDERSON, 2001, p.71). Estado de animo desagradável de tensão e apreensão. Reação ao stress e a ameaça. Reação emocional à percepção do perigo, real ou imaginário. Sentimentos de inquietação e apreensão com uma vaga sensação de tremor (SANTOS, 2005, p.29).	Emoção, Negativa: Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia (GARCIA, CUBAS E NÓBREGA, 2020, p.94).	Comportamento de escolhas apropriadas para identificar, controlar e/ou buscar ajuda necessária para as práticas básicas de saúde (MEDEIROS, 2014, p.79).	Resposta emocional a uma ameaça difusa na qual o indivíduo antecipa um perigo, catástrofe ou infortúnio iminente e não específico (NANDA-I, 2021, p.366). Características definidoras: Comportamentais/emocionais: age como se examinasse o ambiente; agitação psicomotora; cautela aumentada; choro; contato visual reduzido; desamparo; expressa angústia; eventos de vida; expressa ansiedade sobre mudanças; expressa insegurança; expressa sofrimento; expressa temor intenso; foco em si próprio; hipervigilância; humor irritável; insônia; nervosismo; produtividade diminuída; enfrentamento/tolerância ao estresse; anorexia; aperto no peito; boca seca; diarreia; expressa dor abdominal; expressa fraqueza muscular; expressa sensação de desmaio; expressa tensão; extremidades frias; frequência cardíaca aumentada; frequência urinária; hesitação urinária; náusea; padrão respiratório alterado; pressão arterial aumentada; pupilas dilatadas; reflexos rápidos; relata ciclo sono-vigília alterado; relata formigamento nas extremidades; relata palpitações cardíacas; rubor facial; transpiração aumentada; tremores; urgência urinária; vasoconstrição superficial; voz trêmula; atenção alterada; campo de percepção diminuído; confusão; expressa esquecimento; expressa preocupação, relata bloqueio de pensamentos, ruminação mental (NANDA-I, 2021, p.366).	Emoção negativa; resposta emocional a um real ou potencial perigo; antecipação a um problema iminente e inespecífico. Presença de sentimentos e sensações de angústia, ameaça, medo, preocupação, insegurança, agitação, temor, apreensão e sofrimento. Pode apresentar características subjetivas e objetivas, como: sudorese, insônia, tremores, formigamento de extremidades, sensação de desmaio, pressão arterial elevada, voz trêmula, esquecimento, choro, pupilas dilatadas, desconforto abdominal, sensação de pressão em região torácica, tensão muscular, alterações na atenção e percepção. Apresenta reflexos na qualidade de vida, produtividade, capacidade de execução de atividades diárias, redução da autoconfiança e autoestima, podendo ser desencadeada pela dor crônica (HOUAISS, 2009; SANTOS, 2005; ANDERSON E ANDERSON, 2001; GARCIA, CUBAS E NÓBREGA, 2020; BEZERRA, 2018; NANDA-I, 2021).

APÊNDICE E – MODELO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS INCLUÍDO NO SOFTWARE QUALTRICS

Cara(o) participante,

Obrigada por aceitar ser uma(um) das(os) avaliadoras(es) dos elementos que farão parte do subconjunto terminológico da CIPE® para o cuidado à pessoa com dor crônica. Sua participação é essencial para validar os enunciados! As orientações gerais para resposta ao questionário estão listadas a seguir, entretanto, nos colocamos à disposição para responder suas dúvidas, caso ocorram. Para isso, basta entrar em contato conosco pelo e-mail pelo qual o convite para participação foi enviado ou pelos telefones informados no TCLE.

- 1) Primeiro, é importante reforçar que o software salva as respostas. Portanto, você não precisa responder tudo no mesmo momento. Além disso, antes de submeter as respostas finais, você pode mudar suas respostas anteriores, navegando pelo instrumento.
- 2) O software pode ser aberto em computadores ou celulares, entretanto a interface é mais amigável no computador.
- 3) O questionário é dividido em três partes sequenciais.
- 4) Todas as questões são de resposta obrigatória, portanto, não será possível passar para a próxima pergunta sem responder a atual.
- 5) Para cada questão são oferecidas três respostas de concordância: "Sim"; "Necessita de correção ou adaptação" e "Não", sendo que:
 - a) Se você responder "Sim" – passará automaticamente para próxima questão.
 - b) Se você responder "Necessita de correção ou adaptação" ou "Não" – abrirá um campo aberto para que informe a necessidade ou justifique sua não concordância.
- 6) Após a finalização, clique no botão ENVIAR. Após esse procedimento, não terá como mudar sua resposta. Caso, por algum motivo, você queira corrigir alguma resposta depois do envio, faça contato conosco.

Para prosseguir clique no botão (seta) ao lado.

Possui pós-graduação lato sensu ou stricto sensu?

	SIM	NÃO
Especialização/Pós-graduação	☐	☐
Mestrado	☐	☐
Doutorado	☐	☐
Pós-doutorado	☐	☐

Tempo de atuação na assistência

Tempo de atuação na atenção primária à saúde

<<

>>

Nacionalidade

- ☐ Brasileira
- ☐ Portuguesa
- ☐ Outra

<<

>>

A seguir estão dispostos os diagnósticos e resultados de enfermagem para avaliação de pertinência ao subconjunto terminológico da CIPE® para o cuidado à pessoa com dor crônica (para este conjunto serão utilizadas definições constantes na CIPE®):

Você concorda com a pertinência dos enunciados a seguir (diagnóstico ou resultado de enfermagem)?

	SIM	NECESSITA DE CORREÇÃO OU ADAPTAÇÃO	NÃO
Desamparo	☐	☐	☐
Impotência	☐	☐	☐
Desespero	☐	☐	☐
Hostilidade	☐	☐	☐
Autocontrole, eficaz	☐	☐	☐
Orgulho, positivo	☐	☐	☐
Esperança	☐	☐	☐
Culpa	☐	☐	☐
Processo familiar, prejudicado	☐	☐	☐

<<

>>

A seguir estão dispostos os diagnósticos e resultados de enfermagem para avaliação de pertinência ao subconjunto terminológico da CIPE® para o cuidado à pessoa com dor crônica e suas respectivas definições operacionais (construídas a partir de dicionários de língua portuguesa, dicionários técnicos, subconjuntos já validados, artigos científicos, definições constantes na CIPE® e NANDA-I).

DE/RE: Ansiedade

Definição Operacional: emoção negativa; resposta emocional a um real ou potencial perigo; antecipação a um problema iminente e inespecífico. Presença de sentimentos e sensações de angústia, ameaça, medo, preocupação, insegurança, agitação, temor, apreensão e sofrimento. Pode apresentar características subjetivas e objetivas, como: sudorese, insônia, tremores, formigamento de extremidades, sensação de desmaio, pressão arterial elevada, voz trêmula, esquecimento, choro, pupilas dilatadas, desconforto abdominal, sensação de pressão em região torácica, tensão muscular, alterações na atenção e percepção. Apresenta reflexos na qualidade de vida, produtividade, capacidade de execução de atividades diárias, redução da autoconfiança e autoestima. Pode ser desencadeada pela dor crônica.

	SIM	NECESSITA DE CORREÇÃO OU ADAPTAÇÃO	NÃO
Você concorda com a pertinência desse enunciado (diagnóstico ou resultado de enfermagem)?	☐	☐	☐
Você concorda com definição operacional construída para esse enunciado?	☐	☐	☐



CASO CORREÇÃO OU ADAPTAÇÃO, DESCREVA A NECESSIDADE

CASO NÃO CONCORDE, JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA



****** Neste mesmo formato segue a sequência a todos os diagnósticos de enfermagem, resultados de enfermagem e suas respectivas definições operacionais.

ANEXO A – PONTUAÇÃO PARA ANÁLISE DO PERFIL DOS ESPECIALISTAS

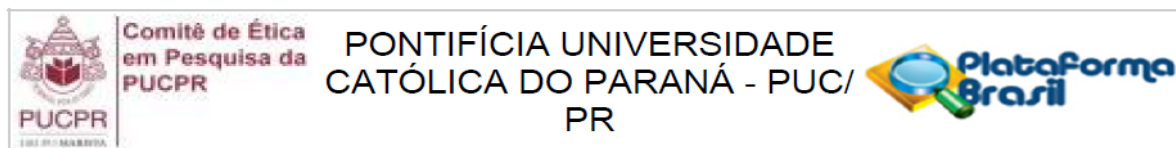
Validação da Definição operacional DE/RE E IE			
Domínio/ pontuação máxima	Critérios para seleção de especialistas	Opções	Pontuação
Experiência clínica/profissional na área da enfermagem / 30	Qual o tempo de experiência na operacionalização de alguma das etapas do Processo de Enfermagem na prática clínica?	0 mês (sem experiência) ⁰	
		> 0 mês até 6 meses ^{2,25}	
		> 6 meses até 3 anos ^{4,5}	
		> 3 anos até 5 anos ^{6,75}	
		> 5 anos ⁹	
	Qual o tempo de experiência na operacionalização de todas as etapas do Processo de Enfermagem na prática clínica?	0 mês (sem experiência) ⁰	
		> 0 mês até 6 meses ^{2,25}	
		> 6 meses até 3 anos ^{4,5}	
		> 3 anos até 5 anos ^{6,75}	
		> 5 anos ⁹	
	Há quanto tempo participa de comissão/comitês sobre Processo de Enfermagem pautado na CIPE®?	0 mês (nunca participou) ⁰	
		> 0 mês até 6 meses ²	
		> 6 meses até 3 anos ⁴	
		> 3 anos até 5 anos ⁶	
		> 5 anos ⁸	
	Qual o tempo de experiência com a utilização da CIPE® na prática clínica?	0 mês (sem experiência) ⁰	
		> 0 mês até 6 meses ¹	
		> 6 meses até 3 anos ²	
		> 3 anos até 5 anos ³	
		> 5 anos ⁴	
	Subtotal		

Formação acadêmica / 28	Tem doutorado em Enfermagem com tese relacionada à: Processo de Enfermagem e/ou terminologia (não necessariamente a CIPE®) e/ou prioridade de saúde (condições de saúde, especialidades de cuidado clínico, fenômenos de enfermagem) e/ou clientela específica (indivíduo, família e comunidade) ?	() SIM ⁸ () NÃO	
	Tem doutorado com tese relacionada à CIPE® ?	() SIM ⁸ () NÃO	
	Tem mestrado com dissertação relacionada à CIPE® ?	() SIM ⁸ () NÃO	
	Tem mestrado em Enfermagem com dissertação sobre: Processo de Enfermagem e/ou Terminologias (não necessariamente a CIPE®); e/ou prioridade de saúde (condições de saúde, especialidades de cuidado clínico fenômenos de enfermagem); e/ou clientela específica (indivíduo, família e comunidade) ?	() SIM ⁴ () NÃO	
	Subtotal		
Tempo de prática clínica/profissional na área da enfermagem /20	Qual o tempo de experiência na prática clínica com: processo de enfermagem e/ou terminologia de enfermagem e/ou prioridade de saúde (condições de saúde, especialidades de cuidado clínico, fenômenos de enfermagem) e/ou clientela específica (indivíduo, família e comunidade)?	0 mês até 1 ano, 11 meses e 29 dias ⁰	
		≥ que 2 anos ⁵	
		> que 3 anos ¹⁰	
		> que 4 anos ¹⁵	
		> que 5 anos ²⁰	
	Subtotal		
Experiência na pesquisa e produção científica /15	Há quanto tempo participa de grupo de pesquisa sobre processo de enfermagem e/ou terminologia de enfermagem (não necessariamente a CIPE®) e/ou prioridade de saúde (condições de saúde, especialidades de cuidado clínico, fenômenos de enfermagem) e/ou clientela específica (indivíduo, família e comunidade)?	0 mês (nunca participou) ⁰	
		> 0 mês até 6 meses ^{0,75}	
		> 6 meses até 3 anos ^{1,5}	
		> 3 anos até 5 anos ^{2,25}	
		> 5 anos ³	
	Há quanto tempo participa do Centro CIPE® ?	0 mês (nunca participou) ⁰	
		> 0 mês até 6 meses ^{0,75}	
		> 6 meses até 3 anos ^{1,5}	
		> 3 anos até 5 anos ^{2,25}	
		> 5 anos ³	
	Há quanto tempo participa de grupo de pesquisa que tem a CIPE® como foco de estudo?	0 mês (nunca participou) ⁰	
		> 0 mês até 6 meses ^{0,75}	

	Tem quantas publicações de artigos completos sobre processo de enfermagem e/ou CIPE® ?	> 6 meses até 3 anos ^{1,5}	
		> 3 anos até 5 anos ^{2,25}	
		> 5 anos ³	
		0 publicação (nenhuma publicação) ⁰	
		1 publicação ^{0,75}	
		2 publicações ^{1,5}	
		3 publicações ^{2,25}	
		≥ 4 publicações ³	
		Há quanto tempo é líder ou vice-líder de grupo de pesquisas que tenham a CIPE® como foco de estudo?	0 mês (nunca foi) ⁰
	> 0 mês até 6 meses ^{0,75}		
	> 6 meses até 3 anos ^{1,5}		
	> 3 anos até 5 anos ^{2,25}		
	> 5 anos ³		
	Subtotal		
Participação em eventos / 7	Tem quantos trabalhos apresentados sobre: processo de enfermagem e/ou terminologia de enfermagem e/ou prioridade de saúde (condições de saúde, especialidades de cuidado clínico, fenômenos de enfermagem) e/ou clientela específica (indivíduo, família e comunidade) em Conferência, Congresso, Encontro, Fórum, Jornada, Mesa-redonda, Painel, Seminário, Simpósio?	0 apresentação (nenhuma apresentação) ⁰	
		1 apresentação ¹	
		2 apresentações ²	
		3 apresentações ³	
		4 apresentações ⁴	
		5 apresentações ⁵	
		6 apresentações ⁶	
		≥ 7apresentações ⁷	
	Subtotal		
Total (Pontuação máxima de 100 pontos)			

Fonte: TORRES, Fernanda Broering Gomes. Elaboração de instrumentos com critérios para seleção de especialistas para o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE®. 2022. 226 p. (Tese de doutorado em Tecnologia em Saúde). Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2022.

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCPR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dor crônica: boas práticas para o cuidado de enfermagem por meio de subconjunto terminológico da CIPE® baseado na teoria das transições

Pesquisador: MARCIA REGINA CUBAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38762020.7.0000.0020

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.333.407

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto submetido à Chamada Pública 11/2020 – Programa de Pesquisa para o SUS – Gestão Compartilhada e Saúde – PPSUS – Edição 2020-2021, no qual a proponente figura como coordenadora. Na proposta está indicada a equipe de pesquisa, estimando ainda a inclusão de outros membros na qualidade de Iniciação Científica. São apresentadas duas instituições colaboradoras: UFPR- Departamento de Enfermagem e a Secretária Municipal de Saúde de São José dos Pinhais. De acordo com o que consta na Plataforma Brasil, no resumo da proposta o alívio da dor exige intervenções interdisciplinares, sendo considerado foco de atenção da equipe de enfermagem em distintos ambientes de cuidado que fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS). Compreendendo a existência de ações e intervenções autônomas da enfermagem para o cuidado das pessoas com dor crônica, justifica-se a elaboração de padrões de boas práticas a partir da construção de um subconjunto terminológico da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE®), que oferece diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, com terminologia internacionalmente validada e com potencial de inclusão em sistemas computacionais. A dor crônica como um fenômeno que, se não manejado, pode levar a pessoa a incapacidade e perda de autonomia e, por outro lado, onerar o sistema de saúde pela maior procura por serviços, é necessário que a enfermeira(o) embase o cuidado em teoria que suporte um modelo para auxiliar as pessoas a atingir resultados saudáveis em momentos situacionais, do desenvolvimento humano, organizacionais ou do processo saúde-doença. Deste modo, justifica-

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155

Bairro: Prado Velho

CEP: 80.215-901

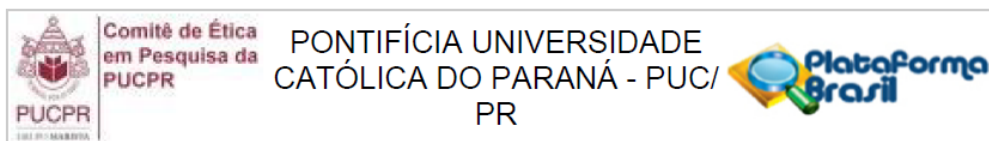
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3271-2103

Fax: (41)3271-2103

E-mail: nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 4.333.407

Outros	anuencia_Denilsen.pdf	14:30:52	CUBAS	Aceito
Outros	instrumentodecoleta.pdf	25/09/2020 12:44:00	MARCIA REGINA CUBAS	Aceito
Outros	ModelodeAutorizacaodaInstituicao.pdf	25/09/2020 12:42:35	MARCIA REGINA CUBAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/09/2020 12:39:28	MARCIA REGINA CUBAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

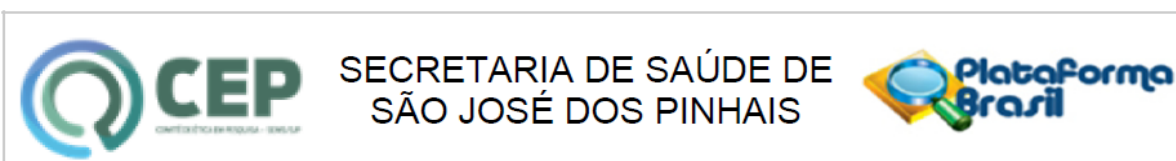
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 12 de Outubro de 2020

Assinado por:
Ana Carla Efig
(Coordenador(a))

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dor crônica: boas práticas para o cuidado de enfermagem por meio de subconjunto terminológico da CIPE® baseado na teoria das transições

Pesquisador: MARCIA REGINA CUBAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38762020.7.3001.9587

Instituição Proponente: MUNICIPIO DE SAO JOSE DOS PINHAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.683.268

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado Dor crônica: boas práticas para o cuidado de enfermagem por meio de subconjunto terminológico da CIPE® baseado na teoria das transições, tem como objetivo estruturar um subconjunto terminológico da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem, baseado na teoria das transições, para o cuidado de pessoas com dor crônica. Específicos: Identificar termos utilizados para registro de ações de enfermagem no cuidado de pessoas com dor crônica. Relacionar os termos identificados com a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem. Elaborar diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para o cuidado de pessoas com dor crônica.

- Estabelecer ligações entre os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, baseadas em boas práticas e classificadas de acordo com a teoria das transições. Validar definições operacionais para os diagnósticos e resultados de enfermagem e as ligações estabelecidas entre os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para o cuidado de pessoas com dor crônica. Descrever os requisitos e as funcionalidades para inclusão do subconjunto em aplicativo móvel. O método da pesquisa é Trata-se de pesquisa metodológica, que segue o método brasileiro para desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE® constituído por pré-requisitos e quatro etapas. Consideram-se como pré-requisitos para o desenvolvimento de um subconjunto metodológico da CIPE®: a) identificação da clientela a que se destina e/ou a prioridade de saúde – neste caso, a dor crônica; b) escolha do modelo teórico que

Endereço: Rua Paulino Siqueira Cortes, nº 2106

Bairro: São José dos Pinhais

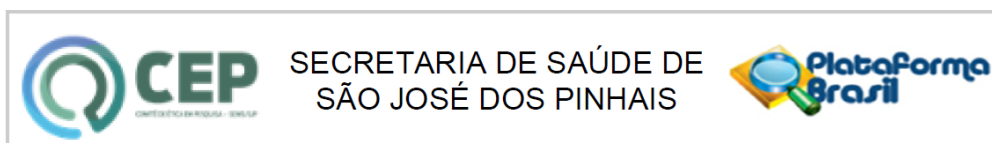
CEP: 83.005-030

UF: PR

Município: SAO JOSE DOS PINHAIS

Telefone: (41)3381-5839

E-mail: cep.sems@sjp.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 4.683.268

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/09/2020 12:39:28	MARCIA REGINA CUBAS	Aceito
---	----------	------------------------	------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO JOSE DOS PINHAIS, 30 de Abril de 2021

Assinado por:
Marcia Daniele Seima
 (Coordenador(a))

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

	Anexo 1 à Ata nº 4 / 2023
COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO CE-ESEP	

Parecer ao Projeto:

Dor crônica: boas práticas para o cuidado de enfermagem por meio de subconjunto terminológico da CIPE® baseado na teoria das transições.

Fluxo CE_7 2023

Data da submissão: 2023-02-24

Documentos anexos ao pedido de parecer*
Anexo I – Roteiro descritivo do projeto
Modelo 46 - Ficha de apresentação de projeto de investigação
Modelo 92 - Questionário para submissão de projeto de investigação à Comissão de Ética da ESEP
Modelo 102 - Pedido de apreciação e parecer à Comissão de Ética
CV da investigadora coordenadora
Carta convite a enfermeiros, com informação aos participantes
Carta convite a enfermeiros especialistas, com informação aos participantes
Termo de consentimento livre e esclarecido
Modelo do instrumento de colheita de dados Qualtrics®
Acordo Interinstitucional entre a ESEP e a PUCPR

* Mais 4 documentos que se referem à investigação que decorre nas instituições proponente e participantes do Brasil

Investigadora coordenadora

Marcia Regina Cubas (PUCPR)

Investigador coordenadora substituta

Deborah Ribeiro Carvalho (PUCPR)

Investigadoras assistentes

Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt (UFPR)

Francine Dutra Mattei (PUCPR)

Denilsen Carvalho Gomes (SSMSJP)

Auxiliares de investigação

Amanda de Souza Ferrari (PUCPR)

Lira Híria Campozana (PUCPR)

Jasmine Emanuelle Ferreira Pacheco de Castro (PUCPR)

Jeane Paulo dos Santos Filho (PUCPR)

Instituição proponente

Pontifícia Universidade Católica do Paraná (Brasil)

Instituições participantes

Universidade Federal do Paraná (Brasil)

Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Pinhais (Brasil)

Escola Superior de Enfermagem do Porto (Portugal)

Consentimento e confidencialidade da informação

Todos os participantes são convidados e informados sobre o projeto, a sua finalidade e a metodologia do mesmo.

A participação no projeto de investigação é precedida da subscrição do termo de consentimento livre e esclarecido, com muito detalhe de informação ao participante, *inclusive*, a de descontinuar a própria participação.

A investigadora coordenadora declara e tem por bem que o nome ou qualquer outro dado ou elemento susceptível de identificar o participante será mantido em sigilo e que os investigadores são responsáveis pela guarda e confidencialidade dos dados pessoais emprestados pelos participantes ao processo de investigação.

Parecer

Após análise dos documentos apresentados, considera esta Comissão que nada tem a opor à realização do estudo.

Porto, 20 de março de 2023

O Relator

António Santos

A Vice-Presidente

ELISABETE
MARIA DAS
NEVES BORGES

Elisabete Borges

Assinado em forma digital
por ELISABETE MARIA DAS
NEVES BORGES
Data: 2023.03.20
15:08:07

ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do estudo **“Dor crônica: boas práticas para o cuidado de enfermagem por meio de subconjunto terminológico da CIPE® baseado na teoria das transições”**, que tem como objetivo geral: estruturar um subconjunto terminológico da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem, baseado na teoria das transições, para o cuidado de pessoas com dor crônica; e como objetivos específicos: a) identificar termos utilizados para registro de ações de enfermagem no cuidado de pessoas com dor crônica; b) relacionar os termos identificados com a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem; c) elaborar diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para o cuidado de pessoas com dor crônica; d) estabelecer ligações entre os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, baseadas em boas práticas e classificadas de acordo com a teoria das transições; e) validar definições operacionais para os diagnósticos e resultados de enfermagem e as ligações estabelecidas entre os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para o cuidado de pessoas com dor crônica; f) descrever os requisitos e as funcionalidades para inclusão do subconjunto em aplicativo móvel. Acreditamos que esta pesquisa seja importante porque a dor crônica, se não manejada, pode levar a pessoa a incapacidade e perda de autonomia e, por outro lado, onerar o sistema de saúde pela maior procura por serviços. Assim é necessário que a(o) enfermeira(o) embase o cuidado em teoria que suporte um modelo para auxiliar as pessoas a atingir resultados saudáveis em momentos situacionais, do desenvolvimento humano, organizacionais ou do processo saúde-doença. Compreendendo a existência de ações e intervenções autônomas da enfermagem para o cuidado das pessoas com dor crônica, justifica-se a elaboração de padrões de boas práticas a partir da construção de um subconjunto terminológico da CIPE®.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A sua participação no referido estudo será de validar as definições operacionais para os diagnósticos e resultados de enfermagem, bem como analisar a relação entre os diagnósticos, resultados e intervenções construídos. Para isso, você foi selecionada(o) de duas formas: 1) se especialista, por meio do seu currículo lattes ou por indicação de outro especialista; 2) se enfermeira da SMS de São José dos Pinhais, por meio da indicação realizada pelo nível central. A validação ocorrerá pela resposta a um questionário *online*, cujo link é disponibilizado no convite. Em linhas gerais, você analisará a pertinência da definição operacional e da relação, indicando sua resposta como “sim”, “necessita de correção/adequação” e “não”. Caso houver necessidade de correção ou adequação, você deverá inserir em campo aberto e, caso não concordar com a pertinência, deve justificar. As orientações detalhadas para o preenchimento serão encaminhadas após o aceite da participação. Você poderá responder ao questionário em local conforme a sua conveniência, não sendo necessário finalizar no mesmo momento, pois a ferramenta de coleta permite gravar os dados já inseridos. O tempo estimado para finalizar as respostas é de **(INCLUÍDO APÓS O TESTE PILOTO)**. Informamos, também que se for necessária uma segunda rodada, com

número menor de itens para análise, faremos novo contato e encaminharemos novo *link* e orientações pertinentes.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido você está sendo alertado de que, da pesquisa a se realizar, pode esperar alguns benefícios, tais como: ter conhecimento de termos padronizados, da CIPE®, para atuação do enfermeiro no cuidado à pessoas com dor crônica e, após a finalização da pesquisa, receber a cartilha *online* com o resultado final. Também que é possível que aconteçam os seguintes desconfortos em sua participação, tais como: ser identificada, pela equipe de pesquisadores, justificativa sem embasamento científico atualizado, e ser encaminhada mensagem semanal avisando sobre o prazo para responder ao questionário. Para minimizar tais desconfortos, nós, pesquisadores, tomaremos as seguintes medidas: será incluída, de forma geral e não identificada, a possível justificativa sem embasamento em um texto reposta, com a adequação sustentada por evidência e encaminhada para os participantes que desejarem receber devolutiva de suas respostas. Por sua vez, você pode indicar, no momento de seu aceite, se não deseja receber mensagens de informação sobre o prazo de resposta, além da obrigatória, que será encaminhada 5 (cinco) dias antes do prazo final.

SIGILO E PRIVACIDADE

Nós pesquisadores garantiremos a você que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, lhe identificar, será mantido em sigilo. Nós pesquisadores nos responsabilizaremos pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição dos dados de pesquisa.

AUTONOMIA

Nós pesquisadores lhe asseguramos assistência técnica-operacional durante toda pesquisa, bem como garantiremos seu livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois de sua participação. Também informamos que você pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo à assistência que vem recebendo.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

No entanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação nesta pesquisa, haverá ressarcimento dos valores gastos mediante depósito em conta corrente. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente de sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

CONTATO

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são as Profas. Dras. Marcia Regina Cubas (PUCPR), Deborah Ribeiro Carvalho (PUCPR) e Karina Silveira de

Almeida Hammerschmidt (UFPR); a Enf. Dra. Denilsen Carvalho Gomes (SMS-SJP) e a Profa. Ms. Francine Dutra Mattei (PUCPR) e com elas você poderá manter contato pelos telefones (41) 99207-9688; (41) 99996-9394; (41) 98713-2808; (41) 99696-1155; (41) 99244-1662. Ainda, é possível acessar a pesquisadora coordenadora da pesquisa, Profa. Dra. Marcia Regina Cubas, pelo telefone institucional, no Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde, (41) 2371-1657, em horário comercial, de segunda à sexta-feira; ou pelo e-mail <m.cubas@pucpr.br>.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR (CEP) pelo telefone (41) 3271-2103 entre segunda e sexta-feira das 08h00 às 17h30 ou pelo e-mail nep@pucpr.br.

DECLARAÇÃO

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via, digitalizada, assinada e datada deste documento e que cópia digitalizada, assinada e datada será arquivada nos pelo pesquisador responsável do estudo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Dados do participante da pesquisa	
Nome:	
Telefone:	
e-mail:	

Local, ____ de ____ de ____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do Pesquisador

ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PORTUGAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do estudo **“Dor crônica: boas práticas para o cuidado de enfermagem por meio de subconjunto terminológico da CIPE® baseado na teoria das transições”**, que tem como objetivo geral: estruturar um subconjunto terminológico da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem, baseado na teoria das transições, para o cuidado de pessoas com dor crônica; e como objetivos específicos: a) identificar termos utilizados para registro de ações de enfermagem no cuidado de pessoas com dor crônica; b) relacionar os termos identificados com a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem; c) elaborar diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para o cuidado de pessoas com dor crônica; d) estabelecer ligações entre os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, baseadas em boas práticas e classificadas de acordo com a teoria das transições; e) validar definições operacionais para os diagnósticos e resultados de enfermagem e as ligações estabelecidas entre os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para o cuidado de pessoas com dor crônica; f) descrever os requisitos e as funcionalidades para inclusão do subconjunto em aplicativo móvel. Acreditamos que esta pesquisa seja importante porque a dor crônica, se não manejada, pode levar a pessoa a incapacidade e perda de autonomia e, por outro lado, onerar o sistema de saúde pela maior procura por serviços. Assim é necessário que a(o) enfermeira(o) embase o cuidado em teoria que suporte um modelo para auxiliar as pessoas a atingir resultados saudáveis em momentos situacionais, do desenvolvimento humano, organizacionais ou do processo saúde-doença. Compreendendo a existência de ações e intervenções autônomas da enfermagem para o cuidado das pessoas com dor crônica, justifica-se a elaboração de padrões de boas práticas a partir da construção de um subconjunto terminológico da CIPE®.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A sua participação no referido estudo será de validar as definições operacionais para os diagnósticos e resultados de enfermagem, bem como analisar a relação entre os diagnósticos, resultados e intervenções construídos. Para isso, você foi selecionada(o) através de indicação de docentes da Escola Superior de Enfermagem do Porto. A validação ocorrerá pela resposta a um questionário *online*, cujo link é disponibilizado no convite. Em linhas gerais, você analisará a pertinência da definição operacional e da relação, indicando sua resposta como “sim”, “necessita de correção/adequação” e “não”. Caso houver necessidade de correção ou adequação, você deverá inserir em campo aberto e, caso não concordar com a pertinência, deve justificar. As orientações detalhadas para o preenchimento serão encaminhadas após o aceite da participação. Você poderá responder ao questionário em local conforme a sua conveniência, não sendo necessário finalizar no mesmo momento, pois a ferramenta de coleta permite gravar os dados já inseridos. O tempo estimado para finalizar as respostas é de 3 horas e 35 minutos. Informamos, também que se for necessária uma segunda rodada, com número menor de itens para análise, faremos novo contato e encaminharemos novo *link* e orientações pertinentes.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido você está sendo alertado de que, da pesquisa a se realizar, pode esperar alguns benefícios, tais como: ter conhecimento de termos padronizados, da CIPE®, para atuação do enfermeiro no cuidado à pessoas com dor crônica e, após a finalização da pesquisa, receber a cartilha *online* com o resultado final. Também que é possível que aconteçam os seguintes desconfortos em sua participação, tais como: ser identificada, pela equipe de pesquisadores, justificativa sem embasamento científico atualizado, e ser encaminhada mensagem semanal avisando sobre o prazo para responder ao questionário. Para minimizar tais desconfortos, nós, pesquisadores, tomaremos as seguintes medidas: será incluída, de forma geral e não identificada, a possível justificativa sem embasamento em um texto reposta, com a adequação sustentada por evidência e encaminhada para os participantes que desejarem receber devolutiva de suas respostas. Por sua vez, você pode indicar, no momento de seu aceite, se não deseja receber mensagens de informação sobre o prazo de resposta, além da obrigatoria, que será encaminhada 5 (cinco) dias antes do prazo final.

SIGILO E PRIVACIDADE

Nós pesquisadores garantiremos a você que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, lhe identificar, será mantido em sigilo. Nós pesquisadores nos responsabilizaremos pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição dos dados de pesquisa.

AUTONOMIA

Nós pesquisadores lhe asseguramos assistência técnica-operacional durante toda pesquisa, bem como garantiremos seu livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois de sua participação. Também informamos que você pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo à assistência que vem recebendo.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

No entanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação nesta pesquisa, haverá ressarcimento dos valores gastos mediante depósito em conta corrente. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente de sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

CONTATO

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são as Profas. Dras. Marcia Regina Cubas (PUCPR), Deborah Ribeiro Carvalho (PUCPR) e Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt (UFPR); a Enf. Dra. Denilsen Carvalho Gomes (SMS-SJP); Profa. Ms. Francine Dutra Mattei (PUCPR); Enf. Amanda de Souza Ferrari (SMS-

SJP/PUCPR) e com elas você poderá manter contato pelos telefones +55 (41) 99207-9688; +55 (41) 99996-9394; +55 (41) 98713-2808; +55 (41) 99696-1155; +55 (41) 99244-1662; +55 (41) 99548-4529. Ainda, é possível acessar a pesquisadora coordenadora da pesquisa, Profa. Dra. Marcia Regina Cubas, pelo telefone institucional, no Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde, +55 (41) 2371-1657, em horário comercial, de segunda à sexta-feira; ou pelo e-mail <m.cubas@pucpr.br>.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR (CEP) pelo telefone (41) 3271-2103 entre segunda e sexta-feira das 08h00 às 17h30 ou pelo e-mail nep@pucpr.br.

DECLARAÇÃO

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via, digitalizada, assinada e datada deste documento e que cópia digitalizada, assinada e datada será arquivada nos pelo pesquisador responsável do estudo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Dados do participante da pesquisa	
Nome:	
Telefone:	
e-mail:	

Local, ____ de _____ de ____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do Pesquisador

ANEXO G – BANCO DE TERMOS

Figura 9 – Exemplo de termos com mapeamento direto (regra 1)

Termos	Regra	perc	ICNPcode	ICNPterm	ICNPmod	ICNPaixo	CNPVersao
abaixar	1	100	1E+07	abaixar	abaixar	A	1
abandono	1	100	1E+07	abandono	abandono	F	2013
abertura corporal	1	100	1E+07	abertura corporal	abertura corporal	L	1
absorção	1	100	1E+07	absorção	absorcao	F	1
abuso	1	100	1E+07	abuso	abuso	F	2015
ação	1	100	1E+07	ação	acao	A	1
aceitação	1	100	1E+07	aceitação	aceitacao	F	1
acesso	1	100	1E+07	acesso	acesso	F	1
acompanhar	1	100	1E+07	acompanhar	acompanhar	A	2015
aconselhar	1	100	1E+07	aconselhar	aconselhar	A	1
adaptação	1	100	1E+07	adaptação	adaptacao	F	1
adesão	1	100	1E+07	adesão	adesao	DE/RE	1,1
adesão do regime medicamentoso	1	100	1E+07	adesão ao regime medicamentoso	adesao regime medicamentoso	DE/RE	1,1
administrar	1	100	1E+07	administrar	administrar	A	1
admissão	1	100	1E+07	admissão	admissao	T	1
adulto	1	100	1E+07	adulto	adulto	C	1
agendar	1	100	1E+07	agendar	agendar	A	1
agitação	1	100	1E+07	agitação	agitacao	DE/RE	2
água	1	100	1E+07	água	agua	F	1
agulha	1	100	1E+07	agulha	agulha	M	1
ajustar	1	100	1E+07	ajustar	ajustar	A	1
alergia	1	100	1E+07	alergia	alergia	DE/RE	3
alimentar	1	100	1E+07	alimentar	alimentar	A	1
alimento	1	100	1E+07	alimento	alimento	M	1

Fonte: A autora (2023).

Figura 10 – Exemplo de termos não mapeados com a CIPE® (regra 0)

Termos	Regra	perc	ICNPcode	ICNPterm
abdômen	0	0		
abordagem	0	0		
acamado	0	0		
acolher	0	0		
acometer	0	0		
acomodar	0	0		
acupuntura	0	0		
aderir	0	0		
adoecer	0	0		
agonia	0	0		
agravar	0	0		
agravo	0	0		
ajudar	0	0		
alcance	0	0		
amígdala	0	0		
andador	0	0		
anorexia	0	0		
aperfeiçoar	0	0		
apresentar	0	0		
aspecto	0	0		
aspecto psicológico	0	0		

Fonte: A autora (2023).

Figura 11 – Exemplos de termos mapeados pelo lematizador (regra 2)

Termos	Regra	perc	ICNPcode	ICNPterm	ICNPmod	ICNPeixo	CNPVersao
comportamento compulsivo	2	96,15385	10047189	comportamento, compulsivo	comportamento, compulsivo	DE/RE	2017
contenção	2	90	10017164	contensão	contensao	M	1
dor aguda	2	90,90909	10000454	dor, aguda	dor, aguda	DE/RE	1
dor crônica	2	92,30769	10000546	dor, crônica	dor, cronica	DE/RE	1
entrevista	2	91,66667	10010542	entrevistar	entrevistar	A	1
interrompido	2	92,30769	10010519	interrompido	interrompido	J	1
plano de cuidados	2	92,85714	10003970	plano de cuidado	plano cuidado	M	1
preferências	2	91,66667	10040572	preferência	preferencia	F	2013
pressão arterial alterada	2	96,2963	10022954	pressão arterial, alterada	pressao arterial, alterada	DE/RE	1,1
prevenção de quedas	2	93,75	10040211	prevenção de queda	prevencao queda	IE	2013
risco de integridade da pele prejudicada	2	97,22222	10015237	risco de integridade da pele, prejudicada	risco integridade pele, prejudicada	DE/RE	1
sono prejudicado	2	94,44444	10027226	sono, prejudicado	sono, prejudicado	DE/RE	2
visita domiciliar	2	90	10009082	visita domiciliária	visita domiciliaria	T	1

Fonte: A autora (2023).

Figura 12 – Exemplos de termos mapeados pelo termo abrangente (regra 51)

Termos	Regra	perc	ICNPcode	ICNPterm	ICNPmod	ICNPaixo	CNPVersao
abertura	51	100	1E+07	abertura corporal	abertura corporal	L	1
abuso de alcool	51	100	1E+07	abuso de alcool (ou alcoolismo)	abuso alcool (ou alcoolismo)	DE/RE	1,1
abuso de alcool	51	100	1E+07	abuso de alcool (ou alcoolismo), ausente	abuso alcool (ou alcoolismo), ausente	DE/RE	2
abuso de alcool	51	100	1E+07	conhecimento sobre abuso de alcool	conhecimento sobre abuso alcool	DE/RE	2013
abuso de alcool	51	100	1E+07	processo familiar disfuncional, com abuso de alcool	processo familiar disfuncional, abuso alcool	DE/RE	1
abuso de alcool	51	100	1E+07	facilitar recuperacao de abuso de alcool	facilitar recuperacao abuso alcool	IE	2013
abuso de alcool	51	100	1E+07	fazer rastreamento (screening) de abuso de alcool	fazer rastreamento (screening) abuso alcool	IE	2015
abuso de alcool	51	100	1E+07	obter dados sobre abuso de alcool	obter dados sobre abuso alcool	IE	2015
abuso de alcool	51	100	1E+07	orientar sobre abuso de alcool	orientar sobre abuso alcool	IE	2015
abuso de alcool	51	100	1E+07	abuso de alcool (ou alcoolismo)	abuso alcool (ou alcoolismo)	F	1
abuso de alcool	51	100	1E+07	abuso de alcool (ou alcoolismo), ausente	abuso alcool (ou alcoolismo), ausente	F	2
abuso de alcool	51	100	1E+07	conhecimento sobre abuso de alcool	conhecimento sobre abuso alcool	F	2013
abuso de alcool	51	100	1E+07	recuperacao de abuso de alcool	recuperacao abuso alcool	F	2013
acidente	51	100	1E+07	cena de acidente	cena acidente	F	1
acompanhamento	51	100	1E+07	agendar consulta de acompanhamento (ou consulta su	agendar consulta acompanhamento (ou consulta subsequente)	IE	2013
acompanhamento	51	100	1E+07	gerenciar acompanhamento de rastreamento (screenin	gerenciar acompanhamento rastreamento (screening)	IE	2013
acompanhamento	51	100	1E+07	acompanhamento de rastreamento (screening)	acompanhamento rastreamento (screening)	F	2013
acompanhamento	51	100	1E+07	consulta de acompanhamento (ou consulta subsequen	consulta acompanhamento (ou consulta subsequente)	T	2013
acupressão	51	100	1E+07	terapia por acupressão	terapia por acupressao	IE	2015
acupressão	51	100	1E+07	terapia por acupressão	terapia por acupressao	M	2015
adequado	51	100	1E+07	conhecimento, adequado	conhecimento, adequado	DE/RE	2
adequado	51	100	1E+07	sono, adequado	sono, adequado	DE/RE	1,1
adequado	51	100	1E+07	suprimento de alimentos, adequado	suprimento alimentos, adequado	DE/RE	2015
adequado	51	100	1E+07	prover (proporcionar, fornecer) suprimento de água, a	prover (proporcionar, fornecer) suprimento agua, adequado	IE	2013

Fonte: A autora (2023).

Figura 13 – Exemplos de termos mapeados pelo *stemmer* (regra 3)

Termos	Regra	perc	ICNPcode	ICNPterm	ICNPmod	ICNPaixo	CNPVersao
acompanhamento	3	100	1E+07	acompanhar	acompanh	A	2015
adaptar	3	100	1E+07	adaptação	adapt	F	1
aguda	3	100	1E+07	agudo	agud	T	1
alimentação	3	100	1E+07	alimentar	aliment	A	1
alimentação	3	100	1E+07	alimento	alimento	M	1
alterado	3	100	1E+07	alterar	alter	A	1
analgesia	3	100	1E+07	analgésico	analges	M	1
aumentada	3	100	1E+07	aumentar	aument	A	1
banho	3	100	1E+07	banhar	banh	A	1
comunicar	3	100	1E+07	comunicação	comunic	F	1
conter	3	100	1E+07	contar	cont	A	1
controlado	3	100	1E+07	controle	control	F	1
controlado	3	100	1E+07	controlar	controlar	A	1
crônica	3	100	1E+07	crônico	cronic	T	1
desenvolvimento	3	100	1E+07	desenvolver	desenvolv	A	1
desmame	3	100	1E+07	desmamar	desmam	A	1
dor crônica	3	90,9091	1E+07	dor, crônica	dor, cronic	DE/RE	1
educação	3	100	1E+07	educar	educ	A	1
elevação	3	100	1E+07	eleva	elev	A	1
estimulação	3	100	1E+07	estimular	estimul	A	1
fala	3	100	1E+07	falar	fal	A	1
ferido	3	100	1E+07	ferida	fer	F	1
gerenciamento da dor	3	100	1E+07	gerenciar dor	gerenc dor	IE	1
integração	3	100	1E+07	integridade	integr	F	1

Fonte: A autora (2023).

Figura 14 – Exemplos de termos mapeados pelo termo abrangente (regra 53)

Termos	Regra	perc	ICNPcode	ICNPterm	ICNPmod	ICNPeixo	CNPVersac
acordado	53	100	1E+07	entrar em acordo para adesão	entrar acordo adesao	IE	1,1
acordado	53	100	1E+07	entrar em acordo para comportamento positivo	entrar acordo comportamento positivo	IE	2013
acordado	53	100	1E+07	entrar em acordo	entrar acordo	A	1
adaptar	53	100	1E+07	capacidade adaptativa intracraniana, diminuída	capacidade adaptativa intracraniana, diminuida	DE/RE	1
adaptar	53	100	1E+07	capacidade adaptativa intracraniana, eficaz	capacidade adaptativa intracraniana, eficaz	DE/RE	2
adaptar	53	100	1E+07	orientar técnicas de adaptação	orientar tecnicas adaptacao	IE	1,1
adaptar	53	100	1E+07	orientar técnicas de adaptação para déficit sensorial	orientar tecnicas adaptacao deficit sensorial	IE	1,1
adaptar	53	100	1E+07	capacidade adaptativa intracraniana	capacidade adaptativa intracraniana	F	1
adaptar	53	100	1E+07	técnicas de adaptação para déficit sensorial	tecnicas adaptacao deficit sensorial	F	1,1
adequar	53	100	1E+07	conhecimento, adequado	conhecimento, adequado	DE/RE	2
adequar	53	100	1E+07	hidratação, adequada	hidratacao, adequada	DE/RE	2015
adequar	53	100	1E+07	sono, adequado	sono, adequado	DE/RE	1,1
adequar	53	100	1E+07	suprimento de alimentos, adequado	suprimento alimentos, adequado	DE/RE	2015
adequar	53	100	1E+07	prover (proporcionar, fornecer) suprimento de água, adequado	prover (proporcionar, fornecer) suprimento agua, adequado	IE	2013
adequar	53	100	1E+07	conhecimento, adequado	conhecimento, adequado	F	1
adequar	53	100	1E+07	hidratação, adequada	hidratacao, adequada	F	2015
adequar	53	100	1E+07	sono, adequado	sono, adequado	F	1
adequar	53	100	1E+07	suprimento de água, adequado	suprimento agua, adequado	F	2013
adverso	53	100	1E+07	interação medicamentosa, adversa	interacao medicamentosa, adversa	DE/RE	2015
adverso	53	100	1E+07	risco de medicação adversa	risco medicacao adversa	DE/RE	2015
adverso	53	100	1E+07	obter dados sobre risco de interação medicamentosa, adversa	obter dados sobre risco interacao medicamentosa, adversa	IE	2015
adverso	53	100	1E+07	ausência de interação medicamentosa, adversa	ausencia interacao medicamentosa, adversa	F	2015
adverso	53	100	1E+07	interação medicamentosa, adversa	interacao medicamentosa, adversa	F	2015
afeto	53	100	1E+07	ligação afetiva cuidador-criança, eficaz	ligacao afetiva cuidador-crianca, eficaz	DE/RE	2

Fonte: A autora (2023).

Figura 15 – Exemplos de termos mapeados pelo termo restrito (regra 61)

Termos	Regra	perc	ICNPcode	ICNPterm	ICNPmod	ICNPaixo	CNPVersao
abuso de alcool	61	100	1E+07	abuso	abuso	F	2015
acompanhamento médico	61	100	1E+07	médico	medico	M	1
alívio da dor	61	100	1E+07	dor	dor	DE/RE	1,1
alívio da dor	61	100	1E+07	dor	dor	F	1
aparecimento da dor	61	100	1E+07	dor	dor	DE/RE	1,1
aparecimento da dor	61	100	1E+07	dor	dor	F	1
aspecto da dor	61	100	1E+07	dor	dor	DE/RE	1,1
aspecto da dor	61	100	1E+07	dor	dor	F	1
atitude positiva	61	100	1E+07	atitude	atitude	F	1
atividade em grupo	61	100	1E+07	grupo	grupo	C	1
aumento da percepção da dor	61	100	1E+07	dor	dor	DE/RE	1,1
aumento da percepção da dor	61	100	1E+07	dor	dor	F	1
aumento da percepção da dor	61	100	1E+07	percepção	percepcao	F	1
ausência de dor	61	100	1E+07	dor	dor	DE/RE	1,1
ausência de dor	61	100	1E+07	dor	dor	F	1
autogestão da dor	61	100	1E+07	dor	dor	DE/RE	1,1
autogestão da dor	61	100	1E+07	dor	dor	F	1
avaliação da dor	61	100	1E+07	dor	dor	DE/RE	1,1
avaliação da dor	61	100	1E+07	dor	dor	F	1
avaliar efetividade das intervenções	61	100	1E+07	avaliar	avaliar	A	1
avaliar intensidade da dor	61	100	1E+07	dor	dor	DE/RE	1,1
avaliar intensidade da dor	61	100	1E+07	dor	dor	F	1
avaliar intensidade da dor	61	100	1E+07	avaliar	avaliar	A	1
avaliar padrão da dor	61	100	1E+07	dor	dor	DE/RE	1,1

Fonte: A autora (2023).

Figura 16 – Exemplos de termos mapeados pelo termo restrito (regra 63)

Termos	Regra	perc	ICNPcode	ICNPterm	ICNPmod	ICNPeixe	CNPVersao
acompanhamento com enfermeiro	63	100	1E+07	acompanhar	acompanhar	A	2015
aplicação de acupuntura	63	100	1E+07	aplicar	aplicar	A	1
aplicação de auriculoterapia	63	100	1E+07	aplicar	aplicar	A	1
aplicação de escalas	63	100	1E+07	aplicar	aplicar	A	1
aplicação de frio ou calor	63	100	1E+07	aplicar	aplicar	A	1
aumento na utilização de fármacos	63	100	1E+07	aumentar	aumentar	A	1
limitação de movimentos	63	100	1E+07	movimento	movimento	F	1
lombalgia crônica	63	100	1E+07	crônico	cronico	T	1
medida de prevenção	63	100	1E+07	medo	medo	DE/RE	1
medida de prevenção	63	100	1E+07	medo	medo	F	1
medidas de alívio	63	100	1E+07	medo	medo	DE/RE	1
medidas de alívio	63	100	1E+07	medo	medo	F	1
medidas de alívio	63	100	1E+07	aliviar	aliviar	A	1
medidas farmacológicas	63	100	1E+07	medo	medo	DE/RE	1
medidas farmacológicas	63	100	1E+07	medo	medo	F	1
ponto de vista	63	100	1E+07	ponte	ponte	L	1
potencial de dados	63	100	1E+07	potencialidade	potencialidade	J	1
potencial de eficácia	63	100	1E+07	potencialidade	potencialidade	J	1
potencial de suporte	63	100	1E+07	potencialidade	potencialidade	J	1
práticas integrativas	63	100	1E+07	integridade	integridade	F	1
prescrição médica	63	100	1E+07	medicação	medicacao	M	1
prescrição médica	63	100	1E+07	médico	medico	M	1
profissional de apoio	63	100	1E+07	apoiar	apoiar	A	1
resultados de enfermagem	63	100	1E+07	resultado	resultado	F	1

Fonte: A autora (2023).