



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO

ISABEL NEVES DUARTE LISBOA

**ACURÁCIA DOS INDICADORES CLÍNICOS DO DIAGNÓSTICO DE
ENFERMAGEM CONSTIPAÇÃO NOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EM
QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA**

NATAL

2019

ISABEL NEVES DUARTE LISBOA

**ACURÁCIA DOS INDICADORES CLÍNICOS DO DIAGNÓSTICO DE
ENFERMAGEM CONSTIPAÇÃO NOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EM
QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira

Área de Concentração: Enfermagem na atenção à saúde.

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento tecnológico em saúde e enfermagem.

NATAL

2019

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catálogo de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial Bertha Cruz Enders -
Escola de Saúde da UFRN - ESUFRN

Lisboa, Isabel Neves Duarte.

Acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem constipação nos pacientes oncológicos em quimioterapia antineoplásica / Isabel Neves Duarte Lisboa. - 2019.

78f.: il.

Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Natal, RN, 2019.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira.

1. Diagnóstico de Enfermagem - Dissertação. 2. Oncologia - Dissertação. 3. Constipação Intestinal - Dissertação. I. Lira, Ana Luisa Brandão de Carvalho. II. Título.

RN/UF/BS-Escola de Saúde

CDU 616-006-083-071

AGRADECIMENTOS

À Deus, por sempre ser o meu alicerce, me dar forças, disposição e ânimo nos momentos de cansaço. Por ser o meu Pai onipresente, estando ao meu lado em todos os momentos desta caminhada.

Aos meus pais e familiares, meus eternos incentivadores. Meu pai, por sempre investir em mim, desde a minha educação escolar, me apoiando e nunca me deixando desistir. Minha mãe, por jamais me permitir desanimar e por sempre me mostrar o lado bom de tudo nessa vida.

À Hugo, meu marido, meu principal conselheiro e incentivador. Por toda a paciência, por compreender minhas ausências, meus momentos de cansaço, e sempre estar ao meu lado. Essa vitória é nossa!

À Prof^a Ana Luisa, que além de orientadora, é inspiração profissional para todos que a rodeiam. Acolheu-me desde em que entrei para as Anetes e me fez enxergar que sou capaz.

Às minhas colegas e ex-colegas de pós-graduação (Bebel, Jéssica, Bia Medeiros, Millena, Isadora e Kadyjina): por me ajudarem desde o processo da seleção do mestrado até o momento de conclusão. Meninas, vocês foram essenciais para que eu chegasse até aqui!

À minha dupla Bia Macedo, que foi minha companheira de risadas, de caminhada em todas as disciplinas e meu ombro nos momentos difíceis. Obrigada pelo companheirismo e por deixar tudo sempre muito mais leve!

Ao Prof^o Marcos Venícios, por todo o auxílio no processo de análise estatística.

Aos membros da banca, pela disponibilidade, presença e por todas as contribuições tão essenciais à minha dissertação.

Aos meus mestres e todos os funcionários do departamento de enfermagem que me permitiram adquirir tanto conhecimento durante esses dois anos.

Aos meus colegas da Promater, que talvez nem saibam, mas foram extremamente importantes durante essa caminhada.

À Liga Contra o Câncer, por me permitir realizar essa pesquisa, por me acolher tão calorosamente e por ser uma instituição tão brilhante no que faz.

E finalmente, a todos os pacientes aos quais entrevistei, conversei e tive a oportunidade de conhecer um pouco da história de vida. Esse trabalho não teria sentido sem vocês.

Muito obrigada!

RESUMO

A constipação intestinal apresenta diversos sintomas desagradáveis e angustiantes. Afeta sobremaneira os pacientes com câncer, sobretudo aqueles com doença avançada. Assim, o diagnóstico de enfermagem constipação é prevalente em pacientes com câncer e pode diminuir a qualidade de vida dos mesmos. A inferência de diagnósticos de enfermagem, por meio de indicadores clínicos sensíveis e específicos, permite intervenções rápidas e eficazes para obter resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. Assim, o presente estudo objetiva analisar a acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem constipação nos pacientes oncológicos em quimioterapia antineoplásica. Estudo de acurácia diagnóstica, do tipo transversal, desenvolvido no ambulatório de quimioterapia do Hospital Liga Norterriograndense contra o Câncer. A população foi composta por pacientes em terapia antineoplásica atendidas no ambulatório do referido hospital. A amostra foi de 240 indivíduos. A coleta de dados ocorreu de fevereiro a setembro de 2018, por meio de um formulário contendo perguntas relacionadas aos dados sociodemográficos, clínicos e indicadores do diagnóstico. Os dados obtidos foram analisados com o auxílio do IBM SPSS Statistic versão 19.0 for Windows. Na análise dos dados socioeconômicos e clínicos, foi utilizada a estatística descritiva, sendo calculadas as frequências relativa e absoluta, a média, a mediana, o mínimo, o máximo e o desvio padrão, e sendo aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificação da normalidade dos dados ($p < 0,05$). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição responsável, sob número de parecer: 2.417.240. Os resultados mostraram que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino, com média de 55,62 anos, com companheiro, praticantes de alguma religião, procedentes da capital e aposentados ou pensionistas. Em relação ao DE constipação, sua prevalência foi de 86,6%. Os indicadores clínicos sensíveis do diagnóstico foram: esforço ao evacuar, ruídos intestinais hipoativos. Os indicadores clínicos específicos foram: cefaleia, dor abdominal, dor ao evacuar, esforço ao evacuar e fezes líquidas. Dessa forma, conclui-se que a constipação é um diagnóstico de enfermagem prevalente nos pacientes oncológicos em quimioterapia antineoplásica. Outrossim, há indicadores clínicos que predizem com exatidão sua ocorrência nessa clientela. Assim, intervenções de enfermagem devem ser direcionadas para esse diagnóstico, com o intuito de prevenir efeitos colaterais, promover apoio e contribuir positivamente para a qualidade de vida dos pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica.

Palavras-chave: Diagnóstico de enfermagem. Oncologia. Constipação intestinal. Quimioterapia.

ABSTRACT

Intestinal constipation presents several unpleasant and distressing symptoms. It greatly affects cancer patients, especially those with advanced disease. Thus, nursing diagnosis constipation is prevalent in cancer patients and can decrease their quality of life. The inference of nursing diagnoses, through sensitive and specific clinical indicators, allows rapid and effective interventions to obtain results which the nurse is responsible. Thus, the present study aims to analyze the accuracy of the clinical indicators of the nursing diagnosis constipation in cancer patients on antineoplastic chemotherapy. Diagnostic accuracy study, of the transversal type, developed at the chemotherapy outpatient clinic of the Northeriogrاندense Hospital League against Cancer. The population was composed of patients undergoing antineoplastic therapy attended at the outpatient clinic of said hospital. The sample was 240 individuals. Data collection took place from February to September 2018, through a form containing questions related to sociodemographic, clinical data and diagnosis indicators. The data obtained were analyzed with the aid of IBM SPSS Statistic version 19.0 for Windows. In the analysis of socioeconomic and clinical data, descriptive statistics were used, and the relative and absolute frequencies, the mean, the median, the minimum, the maximum and the standard deviation were calculated, and the Kolmogorov-Smirnov test was applied to verify the normality of the data ($p < 0.05$). The project was approved by the Research Ethics Committee of the institution responsible, under the number of opinion: 2,417,240. The results showed that the majority of the interviewees were female, with a mean of 55.62 years, with a partner, practicing some religion, coming from the capital and retired or pensioners. The prevalence of constipation was 86.6%. The sensitive clinical indicators of the diagnosis were: effort to evacuate, hypoactive bowel sounds. The specific clinical indicators were: headache, abdominal pain, pain when evacuating, exertion when evacuating and liquid stools. Thus, it is concluded that constipation is a prevalent nursing diagnosis in cancer patients on antineoplastic chemotherapy. Also, there are clinical indicators that accurately predict their occurrence in this clientele. Thus, nursing interventions should be directed to this diagnosis, in order to prevent side effects, promote support and contribute positively to the quality of life of patients submitted to antineoplastic chemotherapy.

Keywords: Nursing Diagnosis. Oncology. Constipation. Chemotherapy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica de pacientes oncológicos em quimioterapia antineoplásica com constipação. Natal, 2019.....	22
Tabela 2 – Caracterização clínica de pacientes oncológicos em quimioterapia antineoplásica com constipação. Natal, 2019.....	23
Tabela 3 – Medicamentos utilizados pelos pacientes oncológicos em quimioterapia antineoplásica com constipação. Natal, 2019.....	25
Tabela 4 – Distribuição dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem constipação nos pacientes oncológicos em quimioterapia antineoplásica. Natal, 2019.....	26
Tabela 5 – Variáveis sociodemográficas e clínicas e sua associação com o diagnóstico de enfermagem constipação. Natal, 2019.....	27
Tabela 6 – Medidas de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico constipação em modelo de classes latentes. Natal, 2019.....	28
Tabela 7 – Probabilidades posteriores da presença/ausência para o diagnóstico constipação nos pacientes oncológicos em quimioterapia antineoplásica baseadas nos conjuntos de indicadores clínicos encontrados na amostra. Natal, 2019.....	29

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3 MATERIAIS E MÉTODO.....	18
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	18
3.1.1 Local do estudo.....	18
3.1.2 População e amostra.....	18
3.1.3 Instrumento e procedimentos para a coleta de dados.....	19
3.1.4 Análise e organização dos dados.....	20
3.2 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	21
4 RESULTADOS.....	22
5 DISCUSSÕES.....	30
6 CONCLUSÕES.....	44
REFERÊNCIAS.....	46
APÊNDICES.....	57
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA ANÁLISE DE ACURÁCIA DOS INDICADORES CLÍNICOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONSTIPAÇÃO.....	58
APÊNDICE B – PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO.....	61
APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	69
APÊNDICE D- TERMO AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA USO DE DOCUMENTOS DE PACIENTES.....	72
APÊNDICE E – ESCALA DE BRISTOL.....	74
ANEXOS.....	75
ANEXO A – Aprovação pelo comitê de ética em pesquisa.....	76

1 INTRODUÇÃO

A constipação é um problema crônico que acomete vários pacientes em todo o mundo. Trata-se de uma das queixas digestivas mais frequentes na população geral, sendo responsável pelo gasto de milhões de dólares com laxantes e, indiretamente, por 92 mil hospitalizações anuais nos Estados Unidos da América (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANIZATION, 2010). Estima-se que a prevalência da constipação no Brasil varie entre 50% a 90%, sendo mais elevada entre os pacientes em uso de analgésicos, sobretudo os opióides (BRASIL, 2009).

A constipação caracteriza-se pela dificuldade na eliminação das fezes, diminuição da frequência nas evacuações, fezes com volume reduzido, endurecidas ou de difícil eliminação, sensação de evacuação incompleta e desconforto abdominal (BRASIL, 2009). Spiller e Thompson (2012) acrescentam que na constipação o paciente pode apresentar ainda: escape fecal secundário à retenção das fezes, aumento no intervalo entre as evacuações (menos que três evacuações por semana), dor abdominal crônica e laivos de sangue na superfície das fezes.

A constipação pode ser classificada como de trânsito normal, lento e desencadeada por doenças do ato evacuatório. Também denominada funcional, a constipação de trânsito normal é a forma mais comum. Embora o tempo de passagem pelo cólon seja habitual, o paciente refere ser constipado, queixando-se de fezes endurecidas ou insatisfação com a evacuação. A constipação de trânsito lento é comumente associada à falta de incremento na atividade motora após ingestão de carnes, caracterizando a inércia do cólon. Por fim, a constipação poderá ocorrer em virtude da disfunção do assoalho pélvico ou do esfíncter anal. Medo da dor ao defecar, fissura anal e hemorroidas podem estar associados a esse tipo de distúrbio (ALVES, 2013).

Um painel de especialistas internacionais elaborou critérios de Roma IV para o diagnóstico de constipação (DROSSMAN, 2016). Para isso, são avaliados a presença de esforço evacuatório; formato e consistência das fezes; sensação de evacuação incompleta; sensação de obstrução ou bloqueio anorretal das fezes; manobras manuais para facilitar a evacuação; menos de três evacuações por semana; e, escape fecal sem a utilização de laxantes. A apresentação de dois ou mais sintomas nos últimos três meses e com início há pelo menos seis meses sugere o diagnóstico de constipação intestinal (OLIVON *et al.*, 2016). Assim, por meio da anamnese e do exame físico, o profissional de saúde pode identificar

possíveis condições causais além de sintomas de alarme, como anemia, sangramento retal, emagrecimento e prolapso retal (ALVES, 2013).

As alterações funcionais do intestino podem ser representadas ainda pela Escala de Bristol, que permite a classificação visual das fezes. Os tipos das fezes são consequência direta do tempo de permanência no intestino grosso. Quanto maior o tempo, maior se dá a absorção de água. No tempo de trânsito intestinal lentificado, as fezes são mais duras e de difícil eliminação. Já no trânsito mais acelerado, as fezes são completamente líquidas (BRASIL, 2009).

A constipação intestinal cursa com diversos sintomas desagradáveis e, por vezes, bastante angustiantes. É muito comum na população geral, principalmente entre as mulheres (CRUZ, 2014). Afeta sobremaneira os pacientes com câncer, sobretudo aqueles com doença avançada. Trata-se de um distúrbio comum e com diferentes etiologias (BONASSA; GATO, 2012).

À medida que cursa o seu tratamento, o paciente pode apresentar menor ingestão de fluidos, alimentos, maior grau de astenia, fadiga e imobilidade. Esses fatores contribuem para o problema em questão.

Segundo Buzaid, Maluf e Lima (2015), as principais causas de constipação no paciente oncológico são: obstipação relacionada a agentes quimioterápicos ou outros medicamentos, como os opióides; oclusão extraluminal por lesões tumorais e por aderências ou fibrose pós-radioterapia; oclusão intraluminal por neoplasia; oclusão por intussuscepção; infiltração neoplásica do mesentério, músculo, nervo ou plexo; íleo metabólico; pós-operatório de cirurgias com manipulação de alças intestinais; lesões neurológicas; ambiente hospitalar; má nutrição e dieta pobre em líquidos; imobilidade; fecaloma; e, afecções locais.

Os sintomas da constipação nos pacientes oncológicos podem variar de leves a graves. Quando leves, não causam impacto importante na qualidade de vida. No entanto, quando graves, observa-se comprometimento da capacidade funcional, levando os pacientes a contemplarem a constipação como um quadro ainda mais angustiante do que a dor (BRASIL, 2009).

A prevalência relatada de constipação em pacientes com câncer avançado varia entre 40% e 90% (STAATS *et al*, 2004; LARKIN *et al*, 2008) sendo mais comum na população tratada com opioides (THORPE, 2001; GOODMAN *et al*, 2005). Essa prevalência aumenta com a idade: os idosos são cinco vezes mais propensos à constipação do que os jovens, devido à utilização concomitante de várias drogas além da mobilidade, hidratação e vontade de defecar reduzidas (BOURAS; TANGALOS, 2009). Em pacientes idosos com câncer em

cuidados paliativos, a constipação é um dos sintomas mais presentes, com taxas variando entre 51% e 55% (LARKIN *et al*, 2018).

Os agentes antineoplásicos, os do grupo dos alcaloides da vinca, tais como a vincristina e a vimblastina, são os maiores responsáveis pelos quadros de constipação. Essas drogas provocam diminuição da motilidade gastrintestinal devido à sua ação tóxica sobre o sistema nervoso do aparelho digestivo, podendo levar inclusive a quadros de íleo paralítico (BONASSA; GATO, 2012).

Nesse contexto, a enfermagem tem papel relevante no reconhecimento das características específicas da constipação nos pacientes oncológicos em quimioterapia antineoplásica. Outrossim, nos cuidados concernentes a essa afecção, bem como no conhecimento dos aspectos nutricionais da dieta e efeitos adversos dos medicamentos analgésicos administrados (AGRA *et al.*, 2013). É importante que o enfermeiro conheça essas particularidades e as identifique como foco clínico de sua atenção, além de avaliar as respostas desses pacientes à situação vivenciada.

O Processo de Enfermagem (PE) deve ser realizado em todos os ambientes de atuação do enfermeiro, principalmente na oncologia, devido à elevada frequência de agravos físicos e psíquicos que comprometem a qualidade de vida dos pacientes. No PE, o enfermeiro é responsável pela identificação dos diagnósticos de enfermagem e o planejamento da assistência, sobretudo no que tange à tomada de decisões e ações voltadas para a resolução dos problemas identificados (SOUSA *et al.*, 2015).

O enfermeiro ocupa um lugar importante junto à clientela oncológica tanto na avaliação e realização dos procedimentos necessários, bem como no encaminhamento para a equipe interdisciplinar (CRUZ; ROSSATO, 2015). Na avaliação do paciente, o enfermeiro deve realizar anamnese e exame físico criteriosos, observando a frequência evacuatória, relatos de dor, alteração no uso de medicamentos, sinais de desidratação, fissurais anais, dentre outros (BRASIL, 2009).

Tendo em vista que a constipação é um fenômeno comum durante a terapia antineoplásica, é necessário que seja diagnosticada pelo enfermeiro. Após a identificação da constipação como diagnóstico, o enfermeiro deve planejar a assistência por meio de intervenções, como: orientações sobre alimentação adequada, estímulo a deambulação, uso correto de medicamentos e ingesta hídrica.

A identificação do diagnóstico de enfermagem constipação no paciente oncológico em terapia antineoplásica torna-se uma prática adequada, útil, facilitadora da comunicação do

enfermeiro e de extrema relevância para o planejamento da assistência sistematizada desse profissional.

Os diagnósticos de enfermagem proporcionam a base para as intervenções e os resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. São definidos como a seleção clínica das respostas do indivíduo, família ou coletividade à problemas de saúde ou processos vitais (COFEN, 2009; POTTER; PERRY, 2013; HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Trata-se de uma ferramenta inserida no sistema de classificação da NANDA Internacional (NANDA-I), reconhecida e aceita como uma prática de suporte à profissão, por meio de uma terminologia clinicamente útil (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Segundo Potter & Perry (2013), as finalidades dos diagnósticos são: comunicar o que os enfermeiros fazem; focalizar o alcance da prática profissional; estimular o desenvolvimento do conhecimento da profissão; e, principalmente, proporcionar uma definição precisa e uma linguagem comum para a compreensão das necessidades do cliente, por meio de um cuidado mais eficaz.

Os diagnósticos presentes na NANDA Internacional são constituídos pelos seguintes componentes: título; definição clara; fatores relacionados, os quais indicam a causa do diagnóstico; fatores de risco, que são responsáveis por aumentar a vulnerabilidade de um indivíduo a um determinado problema; e, as características definidoras, definidas como os sinais e sintomas observáveis no paciente que se agrupam como manifestações do diagnóstico (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Além disso, há as populações em risco, que são grupos de pessoas que partilham alguma característica, levando cada uma delas a ser suscetível a uma determinada resposta humana. Há também as condições associadas, que são diagnósticos médicos, lesões, procedimentos, dispositivos médicos ou agentes farmacêuticos. São condições não passíveis de alteração independente por um enfermeiro (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

As características definidoras, também intituladas como indicadores clínicos, podem ser utilizadas para a medição da acurácia, de modo a assegurar a presença ou ausência de diagnóstico de enfermagem (BOERY; GUIMARÃES; BARROS, 2005, HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

No Brasil, observa-se uma tendência crescente em relação ao desenvolvimento de pesquisas sobre a taxonomia da NANDA-I, tanto em relação à padronização desse sistema de classificação, como no que se refere à validação dos diagnósticos para a sua utilização na prática, pesquisa e ensino (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2012). Embora os diagnósticos propostos pela NANDA-I sejam bem reconhecidos e aplicados em diversas situações e

cenários, não são definitivos, uma vez que pesquisas em populações específicas podem permitir seu aprimoramento (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Nesse sentido, o diagnóstico de enfermagem (DE) constipação definido como: “diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por eliminação difícil ou incompleta de fezes e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018, p. 351), incluído na NANDA-I no ano de 1975 e revisado em 2018, ainda não foi validado, portanto, não possui nível de evidência, reforçando a necessidade da realização de estudos com esse diagnóstico (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

A literatura revela a presença de vários indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem constipação na clientela oncológica (BRASIL, 2009; ARAÚJO; SANTOS, 2010; BONASSA; GATO, 2012; AGRA *et al.*, 2013). Sendo, assim, torna-se fundamental a identificação breve e precisa desse DE pelo enfermeiro, com o intuito de planejar intervenções e alcançar resultados eficazes.

Em revisão integrativa sobre a temática de cuidados paliativos em pacientes oncológicos, a constipação revelou-se como um sintoma bastante comum, variando de 23% a 84% nos pacientes (AGRA *et al.*, 2013). Em outro estudo, realizado em um hospital universitário no Pará, observou-se que o tratamento quimioterápico ocasiona efeitos toxicológicos que podem influenciar diretamente no estado nutricional desses pacientes, devido principalmente aos sintomas gastrointestinais, que levam a diminuição da ingestão alimentar e da capacidade de realizar as atividades diárias (FERREIRA *et al.*, 2015).

Tavares e Bispo (2014) observaram que o diagnóstico de enfermagem constipação estava em terceiro lugar entre os adultos e idosos hospitalizados com câncer. Fato esse possivelmente desencadeado pela administração regular de opiáceos para o controle da dor. Em outro estudo realizado com pacientes oncológicos, a constipação apresentou-se como o segundo diagnóstico de enfermagem mais prevalente, sendo relacionado a agentes anti-inflamatórios não esteroides, antidepressivos, hábitos alimentares deficientes, higiene oral inadequada e atividade física insuficiente (SILVA *et al.*, 2013).

No Brasil, existem vários estudos sobre o perfil dos diagnósticos de enfermagem em pacientes oncológicos (MAGALHÃES; MATZENBACHER; PACHECO, 2005; SOUZA; MENEZES, 2009; ARAÚJO; SANTOS, 2010; AGRA *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2013; TAVARES; BISPO, 2014; CARVALHO; NÓBREGA; CUNHA, 2015; FERREIRA *et al.*, 2015; SOUSA *et al.*, 2015). Entretanto, percebe-se que estudos de acurácia diagnóstica ainda são escassos na oncologia (NUNES, 2016), principalmente relacionados ao diagnóstico de enfermagem constipação.

A acurácia de um diagnóstico de enfermagem é definida como o julgamento de um avaliador quanto ao grau de relevância, especificidade e consistência dos indicadores existentes para o diagnóstico (MATOS; CRUZ, 2009). A inferência diagnóstica adequada, por meio de indicadores clínicos sensíveis e específicos, permite intervenções rápidas e eficazes para obter os resultados esperados. O processo de raciocínio diagnóstico auxilia o enfermeiro na tomada de decisão sobre os diagnósticos de enfermagem em uma população. Entretanto, com vistas à qualidade no atendimento, é imprescindível a inferência de diagnósticos precisos (BRAGA *et al.*, 2014; HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Lopes, Silva e Araújo (2012) afirmam que o conhecimento de indicadores clínicos acurados permite a identificação e a seleção do diagnóstico de enfermagem mais apropriados. Matos & Cruz (2009) afirmam que somente por meio de métodos confiáveis e válidos de avaliação da acurácia dos diagnósticos de enfermagem haverá um avanço do processo diagnóstico e consequente aumento na confiabilidade das pesquisas nessa temática.

Assim, estudos de acurácia diagnóstica contribuem para o exercício profissional, ao passo que proveem aos enfermeiros os indicadores clínicos que melhor predizem o diagnóstico, diminuindo a imprecisão envolvida nesse processo. E assim, diminuem os riscos de intervenções de enfermagem inadequadas.

Nesse sentido, estudos sobre acurácia dos indicadores clínicos de diagnósticos de enfermagem podem contribuir para o aperfeiçoamento das habilidades cognitivas dos enfermeiros, já que tais medidas exploram a relação direta existente entre os indicadores clínicos e o diagnóstico, fornecendo dados relevantes para o processo de inferência diagnóstica (LUNNEY *et al.*, 1997; LUNNEY *et al.*, 2003; BELTRÃO, 2011).

Diante do exposto, o estudo justifica-se pelo crescimento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), que já são as principais responsáveis pelo adoecimento e óbito da população no mundo. Estima-se que, em 2008, 36 milhões dos óbitos (63%) ocorreram em consequência das DANT, com destaque para as doenças cardiovasculares (48% das DANT) e o câncer (21%). Esse impacto afeta principalmente os países de baixo e médio desenvolvimento, especialmente por mortes prematuras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

As transições demográficas e epidemiológicas globais sinalizam um impacto cada vez maior da carga de câncer nas próximas décadas (FERLAY *et al.*, 2015). O maior efeito desse aumento será em países em desenvolvimento. Estima-se, para o Brasil, biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos), ocorrerão 420 mil casos novos de câncer.

Essas estimativas refletem o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina e cólon e reto entre os mais incidentes, entretanto ainda apresenta altas taxas para os cânceres do colo do útero, estômago e esôfago. (BRASIL, 2018)

Neste cenário, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), instituiu a Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPCC), composta por instituições de ciência, tecnologia, inovação e produção em saúde, públicas e privadas. Essa rede tem como um de seus objetivos produzir, sistematizar e difundir conhecimentos voltados à melhoria da qualidade da atenção oncológica. Assim, percebe-se a necessidade do desenvolvimento de pesquisas voltadas ao paciente com câncer, seguindo as recomendações da RNPCC.

Justifica-se ainda a necessidade de investigar o diagnóstico de enfermagem constipação nos pacientes oncológicos em quimioterapia antineoplásica devido à relação intrínseca entre os efeitos colaterais gastrointestinais e tais indivíduos. A literatura apresenta alta prevalência do DE constipação em pacientes com câncer, bem como vários transtornos ocasionados por esse problema na qualidade de vida da clientela e de seus familiares. Entretanto, ainda não há estudos bem definidos sobre esse diagnóstico e a quimioterapia antineoplásica (LIMA, 2012).

Além disso, sabe-se que a incidência da constipação nos pacientes em tratamento quimioterápico é cerca de 40% (LARKIN *et al*, 2018). Somado a isso, a partir de uma revisão integrativa na literatura, identificou-se ainda poucos estudos sobre diagnósticos de enfermagem em pacientes oncológicos e a ausência dos estudos de acurácia diagnóstica nessa clientela (LISBOA *et al.*, 2016).

Diante do exposto e considerando o valor de se estudar os diagnósticos de enfermagem e seus indicadores clínicos em populações específicas, surgiu o interesse em realizar o presente estudo com o intuito de analisar as medidas de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem constipação nos pacientes oncológicos em quimioterapia antineoplásica.

Assim, surgiu o seguinte questionamento sobre a problemática: Quais indicadores clínicos têm melhores medidas de acurácia para o diagnóstico de enfermagem constipação nos pacientes oncológicos em quimioterapia antineoplásica? Para tanto, formulou-se o seguinte pressuposto: Existe um conjunto de indicadores clínicos que apresentam melhores medidas de acurácia para o diagnóstico de enfermagem constipação nos pacientes oncológicos em quimioterapia antineoplásica.

Destarte, a presente proposta de pesquisa está relacionada à linha Desenvolvimento tecnológico em saúde e enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, pois trata-se de um estudo que visa utilizar e avaliar recursos tecnológicos e metodológicos do processo de cuidar, fornecendo pistas para o julgamento clínico precoce e o planejamento de intervenções eficazes para um cuidado de enfermagem seguro.

Atrelado a isso, observou-se na prática, como enfermeira assistencial, que a constipação apresentava-se como uma queixa recorrente entre os pacientes submetidos a algum tratamento oncológico, seja por meio de quimioterapia antineoplásica, internados por cirurgia ou em cuidados paliativos, com uso de opióides. Por esse fato, despertou-se o interesse de estudar o diagnóstico de enfermagem constipação na referida clientela.

Nesse contexto, destaca-se o uso das tecnologias no processo de trabalho em saúde, especialmente a tecnologia leve e leve-dura, que segundo Merhy (2002), permite produzir relações, acolhimentos, vínculo e responsabilizações, bem como o saber estruturado. Dessa forma, espera-se que o presente estudo contribua no aumento do uso dessa tecnologia no contexto da enfermagem oncológica.

Desse modo, a partir do reconhecimento da necessidade de pesquisas sobre acurácia diagnóstica, o presente estudo foi proposto por se acreditar na importância do uso das tecnologias em saúde e enfermagem. Outrossim, espera-se contribuir para a produção de evidências científicas consistentes, possibilitando aos enfermeiros uma inferência diagnóstica mais fidedigna do DE constipação no contexto do paciente oncológico em quimioterapia antineoplásica. E assim, espera-se contribuir para o avanço no estado da arte da enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as medidas de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem constipação nos pacientes oncológicos em quimioterapia antineoplásica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem constipação e de seus indicadores clínicos nesses pacientes;
- Verificar a associação entre o diagnóstico de enfermagem constipação e as características sociodemográficas e clínicas nessa clientela;
- Determinar a sensibilidade e a especificidade dos indicadores clínicos desse diagnóstico de enfermagem nos pacientes oncológicos em quimioterapia antineoplásica.

3 MATERIAIS E MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de acurácia diagnóstica. Os estudos de acurácia descrevem a capacidade do teste em prever a prevalência das doenças (HULLEY *et al.*, 2008). No caso dos diagnósticos

de enfermagem, os estudos de acurácia indicam quais indicadores clínicos estão presentes quando o diagnóstico de enfermagem está presente, indicando também a ausência desses indicadores quando na ausência do diagnóstico de enfermagem (BELTRÃO, 2011).

3.1.1 Local do estudo

A pesquisa foi realizada no Centro Avançado de Oncologia (CECAN), unidade ambulatorial de diagnóstico e tratamento que sedia setores de radioterapia, quimioterapia e medicina nuclear da Liga Northerriograndense Contra o Câncer (LNRCC). A LNRCC é localizada no município de Natal, no estado do Rio Grande do Norte (RN). Trata-se de uma instituição sem fins lucrativos, criada em 1949, com o objetivo de propiciar atenção oncológica de alto padrão com elevada acessibilidade, principalmente por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

É reconhecida pelo Ministério da Saúde como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), prestando serviços de diagnósticos e tratamento aos pacientes oncológicos. Aproximadamente 3.200 pacientes são atendidos e 430 novos casos de câncer são diagnosticados por mês nesse serviço (LIGA CONTRA O CÂNCER, 2016).

3.1.2 População e amostra

A população foi composta por todos os pacientes que realizaram quimioterapia antineoplásica na referida instituição. A amostra foi estimada por meio da proposta de Swanson *et al.* (2012), a qual propõe a utilização de números de indivíduos definidos previamente de acordo com cada indicador clínico. Assim, definiu-se um total de 8 indivíduos para cada indicador clínico investigado, sendo esses no total de 30 para o diagnóstico constipação da Nanda Internacional. Dessa forma, a amostra foi de 240 pacientes.

Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 18 anos; ter o diagnóstico de câncer, e, estar realizando quimioterapia antineoplásica ou tratamento combinado com radioterapia, hormonioterapia, por exemplo, na instituição selecionada no momento da coleta.

Por outro lado, os critérios de exclusão foram: pacientes com dificuldade de comunicação verbal, que impossibilite a coleta de dados; pacientes desorientados em relação ao tempo, espaço e autopsíquico e pacientes que estejam fazendo quimioterapia pela primeira vez, devido a ausência de possíveis efeitos colaterais.

O procedimento de amostragem foi por conveniência do tipo consecutiva. Esse é um processo de amostragem não probabilística, no qual o pesquisador seleciona os sujeitos a que tem acesso por meio dos critérios de inclusão admitindo que esses possam de alguma forma, representar o universo (GIL, 2008).

3.1.3 Instrumento e procedimentos para a coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento do tipo formulário (APÊNDICE A), contendo perguntas relacionadas aos dados sociodemográficos, clínicos e os indicadores clínicos da constipação. Esse instrumento foi construído com base nas definições operacionais dos indicadores clínicos do DE, por meio de conceitos da *World Gastroenterology Organization* (2010), além de literatura médica e de enfermagem (APÊNDICE B). A escala de Bristol (APÊNDICE E) foi utilizada de modo a facilitar a identificação da consistência fecal pelo paciente.

Além da realização de entrevista, foi realizado exame físico abdominal por meio de inspeção, ausculta, palpação e percussão. Os pacientes eram posicionados em poltrona reclinável, com os braços posicionados ao longo do corpo, de modo a permitir a exposição abdominal para a inspeção, verificando a existência de cicatrizes, estrias, movimentos peristálticos visíveis, veias dilatadas ou hérnias. Após esse momento, foi realizada ausculta abdominal com estetoscópio nos quatro quadrantes para verificar a presença de ruídos intestinais – ruídos hidroaéreos. A palpação foi realizada de modo superficial procurando identificar regiões que possam apresentar hipersensibilidade, resistência muscular e a possível presença de algumas massas abdominais. E finalizando, foi realizada percussão nos quatro quadrantes, de modo a avaliar a distribuição e intensidade dos gases abdominais.

Posteriormente, o instrumento de coleta de dados foi submetido a um pré-teste com 10% da amostra a ser pesquisada, a fim de verificar a sua adequação e possíveis lacunas. Para Hulley *et al.* (2008), a finalidade de se realizar um pré-teste em pesquisas é o de esclarecer, refinar e medir a duração da aplicação do instrumento. Pelo fato de não haver alterações, os pacientes participantes do pré-teste foram incluídos na amostra.

A coleta foi realizada pela própria autora durante os meses de fevereiro a setembro de 2018. Para tanto, os participantes foram previamente convidados a participar da pesquisa, momento no qual foram explicados os objetivos do estudo, suas finalidades e os procedimentos metodológicos a serem realizados. Em seguida, aceitando participar, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) foi apresentado e lido, sendo

solicitada a sua assinatura. Posteriormente, foram submetidos à aplicação do formulário do estudo em local adequado, respeitando a privacidade dos participantes.

3.1.4 Análise e organização dos dados

Foi construída planilha no Microsoft Office Excel 2010, contendo a lista de indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem constipação presentes nos pacientes investigados e os dados sociodemográficos e clínicos.

Os dados obtidos foram analisados com o auxílio do *IBM SPSS Statistic versão 19.0 for Windows*. Na análise dos dados socioeconômicos e clínicos, foi utilizada a estatística descritiva, sendo calculadas as frequências relativa e absoluta, a média, a mediana, o mínimo, o máximo e o desvio padrão, e sendo aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificação da normalidade dos dados ($p < 0,05$).

Por fim, foi avaliada a acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico constipação, com o objetivo de elencar quais indicadores clínicos predizem com melhor exatidão. A ocorrência do diagnóstico foi identificada por meio do modelo de classes latentes, sendo possível a partir do cálculo das medidas de sensibilidade e especificidade.

O método de classes latentes é centrado na suposição de que uma variável não observada, no caso o diagnóstico de enfermagem, determina as associações entre as variáveis observáveis, ou indicadores clínicos (COLLINS; LANZA, 2010). Dessa forma, uma variável latente representa uma variável não mensurável que corresponde a uma construção abstrata em que a pesquisa está interessada, sendo verificada a partir do conjunto de variáveis mensuráveis, manifestadas no cliente (POLIT, 1996). Esse método de validação de indicadores clínicos permite a identificação de um conjunto de indicadores que formam o diagnóstico de enfermagem investigado (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Nesse contexto, para o presente estudo, um modelo de classe latente de efeitos randômicos foi utilizado, por meio do *software R* versão 2.12.1, para a determinação da prevalência do diagnóstico, bem como para o cálculo dos valores de sensibilidade, especificidade, preditivos e negativos (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012). Após a análise, os dados foram organizados em quadros e tabelas e discutidos por meio de literatura concernente ao tema.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Após o consentimento da instituição pesquisada, por meio da obtenção da carta de anuência, o presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética da Liga Nortterriograndense contra o Câncer, respeitando os aspectos contidos na resolução nº 466/12, que versa sobre a ética em pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado sob número de parecer: 2.417.240.

Os pacientes que se enquadraram nos critérios adotados foram convidados a participar da pesquisa e, antes de proceder à coleta de dados, os mesmos emitiram sua concordância, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes foram informados sobre os objetivos, os procedimentos de coleta de dados, os riscos, desconfortos e benefícios, bem como quanto à garantia do anonimato e respeito ao desejo ou não de participar.

O TCLE foi entregue, em duas vias, a cada participante, anteriormente ao início da coleta de dados, e todos os participantes, após a leitura, que concordaram em fazer parte do estudo, assinaram o termo, ficando com uma via. Aos que não sabiam ler ou por outra razão não puderam fazê-lo, realizou-se a leitura em voz alta e foi solicitada a assinatura com a impressão digital.

Salienta-se que a presente pesquisa constituiu-se de risco mínimo, visto que não se trata de uma pesquisa experimental. Além disso, foi assegurado privacidade e sigilo sobre qualquer informação fornecida, bem como será assegurado o direito a qualquer participante de rejeitar ou retirar-se da pesquisa a qualquer momento que julgar necessário.

4 RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão expostos em oito tabelas, envolvendo a: caracterização clínica e sociodemográfica; hábito intestinal e alimentar; medicamentos utilizados; frequência dos indicadores clínicos; associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e o diagnóstico constipação; e por fim, prevalência do

diagnóstico constipação e as medidas de sensibilidade e especificidade de seus indicadores clínicos.

Foram entrevistados 240 pacientes com câncer que estavam realizando quimioterapia antineoplásica. A caracterização sociodemográfica desse será apresentada na Tabela 1.

Tabela 1– Caracterização sociodemográfica de pacientes oncológicos em quimioterapia antineoplásica. Natal, 2019

Variáveis sociodemográficas	N	%				
Sexo						
Feminino	201	83,8				
Masculino	39	16,3				
Estado civil						
Com companheiro	129	53,8				
Sem companheiro	101	46,3				
Religião						
Praticante	195	81,3				
Não praticante	45	18,8				
Procedência						
Capital	132	55,0				
Interior	108	45,0				
Ocupação						
Aposentado/Beneficiado	201	83,8				
Desempregado	31	12,9				
Outros	8	3,3				
	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Valor p*
Idade**	55,6	12,0	56,0	18	82	0,005
Anos de estudo	7,5	5,2	7,0	0	16	0,000
Renda***	2,8	2,8	2,0	0	20	0,000
Tempo de câncer****	23,4	39,7	7	1	240	0,000
Ingesta hídrica*****	6,8	2,9	6	1	15	0,000

Fonte: Dados da pesquisa. Legenda: Teste de KolmogorovSmirnov*; **Idade em anos; ***Renda familiar em salários mínimos (um salário equivale a R\$954,00); Tempo de câncer em meses****; Ingesta hídrica em número de copos de água de 250 ml*****.

Assim, percebe-se que a maioria (83,3%) era do sexo feminino, com companheiro (53,8%), praticantes de alguma religião (81,3%), procedentes da capital (55%) e aposentados ou pensionistas (83,3%). Com relação à idade, obteve-se média de 55,62 anos, com mínimo de 18 e máximo de 82 anos de idade.

As variáveis, anos de estudo, renda familiar, tempo de câncer e ingestão hídrica apresentaram variação assimétrica (valor $p < 0,005$), revelando que metade da amostra tinha

até 7 anos de estudo, renda familiar de dois salários mínimos (correspondente a R\$ 1.908). Relativo aos dados clínicos, a mediana de meses com câncer foi de 7 meses e a ingestão hídrica dos entrevistados obteve uma mediana de 6 copos de água por dia.

Na Tabela 2 encontram-se as características clínicas presentes nos pacientes investigados.

Tabela 2 – Caracterização clínica de pacientes oncológicos em quimioterapia antineoplásica. Natal, 2019

Variáveis clínicas	n	%
Sítio primário do câncer		
Mama	105	43,8
Ovário/Colo de útero	45	18,8
TGI*	45	18,8
Pulmão	18	7,5
Hematológico	16	6,7
Outros	9	3,8
Ósseo	2	0,8
Sítio de metástase		
Óssea	39	16,3
Pulmonar	15	6,3
Hepática	15	6,3
Intestinal	5	2,1
Cerebral	4	1,7
Quimioterapia	240	100,0
Radioterapia	55	22,9
Cirurgia	148	61,7
Hormonioterapia	27	11,3
Comorbidades		
Hipertensão	96	40,0
Diabetes	35	14,6

Fonte: Dados da pesquisa. Legenda: Trato Gastrointestinal*

Em relação ao sítio primário do câncer, a maioria dos entrevistados realizava tratamento para câncer de mama (43,8%), seguido de câncer de ovário/colo de útero e trato gastrointestinal, ambos com 18,8%. Além do tratamento quimioterápico, 61,7% dos pacientes já tinham realizado tratamento cirúrgico, 22,9% radioterapia concomitante e 11,3% fizeram uso de hormonioterapia.

Relativo à presença de metástase, 30% dos entrevistados afirmou possuir, sendo a metástase óssea a mais prevalente (16,3%), seguidas pela pulmonar e hepática com a mesma quantidade de entrevistados (6,3%). No que concerne ao uso de opióides, 28,3% dos pacientes

faziam uso de algum durante o tratamento. No tocante à comorbidades, 40% dos entrevistados eram hipertensos e 14,6% diabéticos.

Na tabela 3, serão apresentados o Hábito intestinal e alimentar de pacientes oncológicos em quimioterapia antineoplásica.

Tabela 3 – Hábito intestinal e alimentar de pacientes oncológicos em quimioterapia antineoplásica. Natal, 2019

Variáveis clínicas	n	%
Hábito intestinal		
Diário	26	10,8
Dias alternados	6	2,5
2/2 dias	31	12,9
3/3 dias	71	29,6
Mais que 3 dias	106	44,2
Consistência fecal*		
Tipo 1	135	56,3
Tipo 2	43	17,9
Tipo 3	21	8,8
Tipo 4	18	7,5
Tipo 5	23	9,6
Uso de laxante	118	49,2
Uso de opióides	68	28,3
Uso de supositório	35	14,6
Lavagem intestinal	27	11,3
Ignora urgência de evacuar	65	27,1
Mudança ambiental recente	44	18,3
Consumo de verduras	174	72,5
Consumo de frutas	215	89,6
Uso de coquetel laxante	129	53,8

Fonte: Dados da pesquisa. Legenda: Consistência fecal de acordo com a escala de Bristol*

Em relação aos hábitos intestinais, 44,2% dos entrevistados afirmaram ter o intervalo de mais de três dias entre as evacuações. Quando utilizada a escala de Bristol (relacionada a consistência fecal), o tipo 1 foi o mais presente (56,3%). Ainda nesse íterim, 49,2% dos pacientes afirmaram fazer uso de laxantes, 14,6% de supositórios e 11,3% de lavagem intestinal. Apenas 27,1% afirmavam ignorar a urgência ao sentir vontade de evacuar. Em relação aos hábitos alimentares, 42,9% dos entrevistados consumiam verduras com frequência, 67,9% frutas e 31,3% possuíam o hábito de ingerir coquetel de frutas laxante. Apenas 18,3% dos entrevistados afirmaram ter tido alguma mudança ambiental recente durante o tratamento.

Na Tabela 4, os medicamentos utilizados pelos pacientes investigados serão apresentados.

Tabela 4 – Medicamentos utilizados pelos pacientes oncológicos em quimioterapia antineoplásica. Natal, 2019

Variáveis	n	%
Corticosteróides	240	100,0
Protetor Gástrico	240	100,0
Antieméticos	230	95,8
Antialérgicos	98	40,8
Antihipertensivos	87	36,3
Antidiabéticos	33	13,8
Opióides	68	28,3
Paclitaxel	90	37,5
Ciclofosfamida	56	23,3
Adriplastina	55	22,9
Carboplatina	46	19,2
Leucovorin	35	14,6
Fluoracil	35	14,6
Cisplatina	14	5,8
Gencitabina	10	4,2
Docetaxel	8	3,3
Oxaliplatina	6	2,5
Dacarbazina	6	2,5
Bleomicina	6	2,5
Ifosfamida	6	2,5
Dalini	4	1,7
Vimblastina	4	1,7
Vincristina	3	1,3
Vepesid	2	0,8
Navelbine	2	0,8
Holoxane	1	0,4
Topotecano	1	0,4

Fonte: Dados da pesquisa.

No que concerne aos fármacos utilizados pela amostra estudada, destacam-se os protetores gástricos (100%), corticosteroides (100%), antieméticos (95,8%) e antialérgicos (40,8%), os quais são usualmente utilizados em protocolos anteriormente à quimioterapia com finalidade de amenizar possíveis efeitos colaterais. Relacionado à comorbidades, 36,3% da amostra faziam uso de anti-hipertensivos e 13,8% de antidiabéticos. Os quimioterápicos mais prevalentes foram o Paclitaxel (37,5%), seguido pela Ciclofosfamida (23,3%).

Na Tabela 5 apresentar-se-á a frequência dos indicadores clínicos presentes nesses pacientes.

Tabela 5 – Distribuição dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem constipação nos pacientes oncológicos em quimioterapia antineoplásica. Natal, 2019

Indicadores clínicos	n	%
-----------------------------	----------	----------

Esforço para evacuar	208	86,7
Redução na frequência das fezes	208	86,7
Mudança no padrão intestinal	192	80,0
Fezes formadas endurecidas	190	79,2
Ruídos intestinais hipoativos	171	71,3
Dor ao evacuar	139	57,9
Redução no volume das fezes	135	56,3
Fadiga	117	48,8
Anorexia	116	48,3
Flatulência excessiva	90	37,5
Ruídos intestinais hiperativos	69	28,8
Macicez à percussão abdominal	56	23,3
Indigestão	55	22,9
Sangue vermelho vivo nas fezes	44	18,3
Sensação de preenchimento retal	35	14,6
Sensação de pressão retal	35	14,6
Cefaléia	34	14,2
Fezes líquidas	33	13,8
Vômito	13	5,4
Dor abdominal	9	3,8

Fonte: Dados da pesquisa.

Com base nos dados apresentados na tabela 5, dentre os indicadores clínicos prevalentes em mais de 50% da amostra, destacaram-se: esforço para evacuar (86,7%), redução na frequência das fezes (86,7%), mudança no padrão intestinal (80%), fezes formadas endurecidas (79,2%), ruídos intestinais hipoativos (71,3%), dor ao evacuar (57,9%) e redução no volume das fezes (56,3%). Seis indicadores clínicos não foram contemplados na tabela acima, pois estiveram ausentes na amostra estudada, a saber: apresentações incomuns em idosos, borborigmo, massa abdominal palpável, sensibilidade abdominal com resistência muscular palpável, sensibilidade abdominal sem resistência muscular palpável. Os indicadores aumento da pressão intra-abdominal, incapacidade para defecar, massa retal palpável e presença de fezes macias e pastosas no reto não foram incluídos, pois não foram passíveis de mensuração nesta clientela.

Na Tabela 6 encontram-se a associação entre as características sociodemográficas e clínicas com o diagnóstico estudado.

Tabela 6 – Variáveis sociodemográficas e clínicas e sua associação com o diagnóstico de enfermagem constipação. Natal, 2019

Variáveis sociodemográficas e clínicas	DE constipação
Sexo	0,489 ¹
Estado civil	0,782 ¹
Religião	0,044 ¹
Procedência	0,749 ¹

Ocupação	0,075 ²
Idade	0,369 ³
Renda familiar	0,385 ³
Tempo de câncer	0,502 ³
Ingesta hídrica	0,293 ³
Anos de estudo	0,762 ³
Radioterapia	0,486 ¹
Cirurgia	0,365 ¹
Hormonioterapia	0,673 ¹
Uso de opióides	0,070 ¹
Hábito intestinal	0,003 ²
Consistência fecal	0,006 ²
Uso de laxantes	0,000 ¹
Uso de supositórios	0,043 ¹
Lavagem intestinal	0,108 ¹
Consumo de verduras	0,081 ¹
Consumo de frutas	0,007 ¹
Coquetel laxante	0,001 ¹
Mudança ambiental recente	0,140 ¹
Ignora urgência de evacuar	0,012 ¹
Hipertensão	0,002 ¹
Diabetes	0,043 ¹
Sítio de metástase óssea	0,230 ¹
Sítio de metástase cerebral	0,449 ²
Sítio de metástase pulmonar	0,411 ¹
Sítio de metástase hepática	0,961 ¹
Sítio de metástase intestinal	1,000 ²
Outras metástases	0,110 ¹

Fonte: Dados da pesquisa. Legenda: ¹Teste de Qui-quadrado; ²Teste exato de Fisher, ³Teste de U de Mann-Whitney, § valor p: ≤ 0,05.

De acordo com a tabela 6, as variáveis que obtiveram associação estatística com o DE constipação foram a religião (0,044), hábito intestinal (0,003), consistência fecal (0,006), uso de laxantes (0,000), uso de supositórios (0,043), consumo de frutas (0,007), coquetel laxante (0,001), ignora urgência ao evacuar (0,0012), hipertensão (0,002) e diabetes (0,043). A variável religião apesar de estatisticamente significativa, não apresentou associação clinicamente lógica.

Na Tabela 7, as medidas de acurácia e a prevalência do DE constipação serão apresentadas.

Tabela 7 – Medidas de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico constipação em modelo de classes latentes. Natal, 2019

Indicadores clínicos	Se	IC95%	Sp	IC95%
Cefaléia	0,1635	0,1192	0,2150	0,9999
Dor abdominal	0,0048	0,0002	0,9768	0,7504
Dor ao evacuar	0,6298	0,5553	0,6930	0,7503
Esforço ao evacuar	1,0000	0,9998	1,0000	0,9992

Fezes líquidas	0,1250	0,0910	0,1827	0,7815	0,5750	0,8917
Ruídos intestinais hipoativos	0,7500	0,6877	0,7992	0,5312	0,3157	0,7184
Prevalência: 86,66%	G ² : 60,98		gl: 50	p = 0,137		

Fonte: Dados da pesquisa. Se: Sensibilidade. Sp: Especificidade. IC: Intervalo de Confiança.

A tabela 7 apresenta o conjunto de indicadores clínicos capazes de predizer a presença do diagnóstico constipação nos pacientes oncológicos em quimioterapia antineoplásica. Os indicadores sensíveis, cuja presença indica a presença do diagnóstico, foram: Esforço ao evacuar (1,0000) e Ruídos intestinais hipoativos (0,7500). Os indicadores específicos, cuja ausência indica a ausência do diagnóstico, foram: Cefaléia (0,9999), Dor abdominal (0,7504), Dor ao evacuar (0,7503); Esforço ao evacuar (0,9992) e Fezes líquidas (0,7815).

Arelado aos indicadores clínicos foi possível, por meio do modelo de classes latentes, a identificação da prevalência do diagnóstico na clientela pesquisada, a saber: 86,6%.

Na Tabela 8 encontram-se as probabilidades da presença/ausência para o diagnóstico constipação nos pacientes oncológicos em quimioterapia antineoplásica baseadas nos conjuntos de indicadores clínicos.

A verificação da acurácia prosseguiu com a análise combinatória (AC) dos indicadores clínicos, resultando em vinte e uma probabilidades para a presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem constipação. O DE estará presente quando a probabilidade apresentada for superior a 0,5. Logo, constatou-se a presença do DE em quatorze análises combinatórias. Desse modo, valores inferiores a 0,5 sugerem ausência da proposição do DE, observadas nas outras setes combinações. Segue abaixo:

Tabela 8 – Probabilidades posteriores da presença/ausência para o diagnóstico constipação nos pacientes oncológicos em quimioterapia antineoplásica baseadas nos conjuntos de indicadores clínicos encontrados na amostra. Natal, 2019

Conj.	Indicadores clínicos						n	DE	
	Cefaléia	Dor abdominal	Dor ao evacuar	Esforço ao evacuar	Fezes líquidas	Ruídos intestinais hipoativos		Pres.	Aus.
2	0	0	0	0	0	1	9	0,00	1,00
3	0	0	0	0	1	0	3	0,00	1,00
4	0	0	0	0	1	1	2	0,00	1,00

5	0	0	0	1	0	0	17	1,00*	0,00
6	0	0	0	1	0	1	38	1,00*	0,00
7	0	0	0	1	1	0	4	1,00*	0,00
8	0	0	0	1	1	1	10	1,00*	0,00
9	0	0	1	1	0	0	19	1,00*	0,00
10	0	0	1	1	0	1	76	1,00*	0,00
11	0	0	1	1	1	0	3	1,00*	0,00
12	0	0	1	1	1	1	6	1,00*	0,00
13	0	1	1	0	0	0	4	0,00	1,00
14	0	1	1	0	0	1	2	0,00	1,00
15	0	1	1	0	1	1	2	0,00	1,00
16	0	1	1	1	0	1	1	1,00*	0,00
17	1	0	0	1	0	1	7	1,00*	0,00
18	1	0	0	1	1	1	1	1,00*	0,00
19	1	0	1	1	0	0	9	1,00*	0,00
20	1	0	1	1	0	1	15	1,00*	0,00
21	1	0	1	1	1	1	2	1,00*	0,00

Fonte: Dados da pesquisa.

*Análises combinatórias indicando a presença do diagnóstico de enfermagem constipação. 0 – ausência; 1 – presença; Conj – conjuntos; DE – diagnóstico de enfermagem.

5 DISCUSSÃO

Em relação à caracterização sociodemográfica, o estudo identificou prevalência do sexo feminino. A predominância nesse grupo (60,2%) mostra-se em concordância com as estimativas oficiais de câncer no Brasil divulgadas pelo INCA, que apontam a prevalência da doença, de modo geral, entre as mulheres. Para o ano de 2019, são esperados 16.790 casos a mais do que na população masculina (BRASIL, 2018).

Atrelado a isso, estudos mostram que o sexo feminino tem forte associação com a constipação intestinal (WOODWARD, 2012; ZAHEDI *et al.*, 2014; LIM *et al.*, 2016). A constipação em mulheres parece ser mais comum por razões como a gravidez e o parto, além de alterações hormonais próprias do sexo feminino, bem como fatores comportamentais, histórias de abuso sexual, físico e emocional, que podem afetar o sistema digestório (COLLETE *et al.*, 2010).

No tocante ao estado civil, mais da metade da amostra relata ter companheiro (53,8%). O diagnóstico de câncer pode desencadear sentimentos de ansiedade, angústia, depressão, pânico e desesperança. Nesse sentido, a família representa um apoio fundamental no processo de enfrentamento da doença, tratamento e suas repercussões. A literatura (BUETTO; ZAGO, 2015; LOPES *et al.*, 2016) aponta que a família é considerada a principal fonte de suporte psicológico, emocional e social. O câncer, dessa forma, acaba por envolver todo o contexto familiar, que, diante do diagnóstico de um membro, ressignificam-se as experiências de vida dos demais, incluindo o cônjuge (NERIS *et al.*, 2018).

Referente à espiritualidade, grande parte dos entrevistados afirmaram serem praticantes de alguma religião (81,3%). Assim, percebe-se que por meio da fé, o paciente encontra significado para a sua doença, uma vez que surgem novas definições no sentido da vida. Para Steinhorn, Din e Johnson (2017), a perda de saúde frequentemente leva a questionamentos acerca do sentido da vida, da benevolência e escolhas feitas no passado, procurando alguma forma de apoio, conforto e esperança.

Dessa forma, a espiritualidade torna-se uma prática importante no que diz respeito ao paciente e seus familiares durante a trajetória de adoecimento. Juntamente com a família, é uma forma de suporte crucial para sucesso no tratamento convencional e na superação da doença, renovando a esperança e trazendo segurança (ANJOS; ZAGO, 2014; NASCIMENTO *et al.*, 2013).

Relativo à renda, a mediana entre os entrevistados não ultrapassou dois salários mínimos. A Liga Norte Riograndense Contra o Câncer (LNRCC), referência no seu campo de atuação no Norte e Nordeste do Brasil, é uma instituição filantrópica de saúde que atende a uma população predominantemente carente, assistidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A amostra representada nesta pesquisa constitui-se, em sua maioria, de pessoas pertencentes a classes financeiramente menos favorecidas, principal demanda na LNRCC e no SUS.

Atrelado a isso, o estudo mostra o baixo nível de escolaridade, com mediana de sete anos de estudo entre os entrevistados. Esse dado destaca a importância da resolutividade concernente ao tratamento oncológico, visto que o reconhecimento da doença pelo indivíduo

depende do seu grau de percepção de sinais e sintomas, do acesso aos serviços médicos e exames diagnósticos e da qualidade das orientações obtidas dos profissionais de saúde.

A escolaridade do indivíduo pode influenciar no processo de assimilação das orientações a cerca da doença, dificultando o curso do tratamento (BARROS *et al.*, 2011). Tratando-se de câncer, além da conscientização, ter acesso ao diagnóstico e ao tratamento significa ter tido encaminhamento para serviços especializados com exames complementares e tratamento efetivo (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

É importante destacar o equilíbrio entre a quantidade de entrevistados oriundo da capital (55%) e interior (44%) do estado, revelando também o perfil atendido na instituição. Arelado a isso, a origem da maior parte da renda da clientela em questão é proveniente de aposentadoria ou benefícios (83,8%). Sabe-se que comumente o indivíduo com câncer precisa abandonar o seu trabalho devido às limitações impostas pelo tratamento (cirurgias, efeitos colaterais como náuseas, fadiga, infecções entre outros) (CLARKE *et al.*, 2016). Salienta-se, desse modo, a importância de se considerar a realidade e o contexto social de cada paciente no seu tratamento no planejamento da assistência.

A idade média dos pacientes foi de 55,6 anos. Salienta-se que com o avançar da idade, o indivíduo tem o risco mais elevado de desenvolver uma neoplasia, na medida em que se encontra mais tempo exposto e vulnerável aos carcinógenos ambientais, substâncias que provocam ou estimulam o surgimento de tumores malignos no organismo. O envelhecimento é um fator de risco dominante para o desenvolvimento de câncer. O número de indivíduos em maior faixa etária com câncer está aumentando, refletindo tanto a demografia do envelhecimento global, quanto os avanços contínuos na detecção precoce e o tratamento do câncer (ROWLAND; BELLIZZI, 2014; SCHONBERG *et al.*, 2010; SCHONBERG *et al.*, 2012; LARKIN *et al.*, 2018).

No Brasil, as mudanças no perfil de morbimortalidade ocorridas nas últimas décadas, em parte relacionadas à redução de doenças infecciosas e parasitárias, aumentaram a expectativa de vida e modificações socioculturais, contribuindo para o envelhecimento da população (BRASIL, 2018).

Em relação ao tempo de diagnóstico de câncer, obteve-se uma mediana de sete meses tendo como o sítio primário mais prevalente, o câncer de mama (43,8%). Esse dado revela a prevalência deste câncer como o que mais acomete as mulheres brasileiras, excetuando-se o câncer de pele não melanoma (BRASIL, 2018).

No Brasil, estimam-se 59.700 casos novos de câncer de mama, para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres. Nos

países de baixa e média renda, o diagnóstico do câncer de mama ocorre em estágios mais avançados da doença, aumentando a morbidade relacionada ao tratamento, comprometendo a qualidade de vida e reduzindo a sobrevida dos pacientes (BRASIL, 2018).

Nesse sentido, fazem-se necessárias as estratégias para a detecção precoce do câncer de mama, que incluem: o diagnóstico precoce (abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas iniciais da doença) e o rastreamento (aplicação de teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer). E, a partir daí, encaminhamento de resultados alterados para investigação diagnóstica e tratamento (BRASIL, 2015).

No tocante ao tipo de tratamento realizado, além da quimioterapia antineoplásica, 61,7% dos pacientes também realizavam tratamento cirúrgico, 22,9% radioterapia e 11,3% hormonioterapia. A cirurgia é utilizada como modalidade de tratamento definitiva, principalmente em tumores em estágio inicial e bem localizados, favorecendo a retirada. A radioterapia é empregada para tumores de difícil ressecção, ou aqueles com risco alto de metástase após cirurgia. O uso de hormonioterapia tem como objetivo impedir a ação dos hormônios que fortalecem o crescimento das células cancerígenas, de forma que bloqueia ou suprime os efeitos do hormônio sobre o órgão alvo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA- SBC, 2016).

Os entrevistados referiram ter metástase à distância (30%), sendo em sua maioria (16,3%), localizada em sítio ósseo, sugerindo a relação com a prevalência do câncer de mama encontrada nessa amostra (que possui altos índices de metástase óssea). Esses dados corroboram com estudos que mostram as metástases de carcinoma como a neoplasia mais frequente no tecido ósseo. Os principais sítios primários das metástases ósseas são: mama, pulmão, próstata, tireoide e rim (CANALE; BEATY, 2016; ANRACT *et al.*, 2017; KIM *et al.*, 2012). Em geral, o acometimento ósseo nessas neoplasias sugere doença disseminada, com outros órgãos provavelmente acometidos.

Em se tratando de comorbidades, sabe-se que estas afetam tanto a sobrevida do paciente com câncer quanto o estágio no momento do diagnóstico. A literatura aponta a hipertensão e o diabetes como fatores de risco mais comuns para o surgimento do câncer (além do tabagismo, alimentação inadequada e sedentarismo). Esses fatores de risco isolados ou em conjunto surgem atualmente como principais disparos para o aparecimento da doença (BRASIL, 2009; JEMAL *et al.*, 2011).

Estudo identificou a associação da diabetes e câncer, com estimativas que revelam que até um em cada cinco pacientes com câncer também tem diabetes. A conexão entre as duas

afecções é complexa e existem variadas linhas de pesquisa que defendem a relação íntima entre esta concomitância (BERTOLAZZI *et al.*, 2015).

Alguns pesquisadores (LIPSCOMBE *et al.*, 2012) afirmam que o diabetes aumenta o risco do desenvolvimento do câncer, especialmente o diabetes tipo 2, já que este costuma ser precedido por picos ora glicêmicos, ora insulínicos, no sangue, que são condições propícias para o desenvolvimento do câncer. Outros estudos afirmam que o tratamento quimioterápico pode elevar os níveis sanguíneos de glicose e, além disso, alguns antieméticos utilizados no combate a efeitos adversos induzem a resistência insulínica. Independente da maneira pela qual o diabetes e o câncer se desenvolvam, e da ordem de diagnóstico, a concomitância de ambas influi no prognóstico do paciente (LEI *et al.*, 2013; LUO *et al.*, 2014).

A hipertensão é um determinante significativo das comorbidades cardiovasculares, devendo ser gerenciada de acordo com as diretrizes atualizadas. O maior acesso ao moderno arsenal quimioterápico e consequente aumento da sobrevivência dos pacientes com câncer teve impacto no desenvolvimento ou agravamento da hipertensão, em especial naqueles em uso de anti-hipertensivos. Desse modo, destaca-se a importância da avaliação dos diferentes fatores de risco para estratificar o perfil de risco cardiovascular de cada paciente (MILAN *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2015).

Em relação à dor, 28,3% dos pacientes faziam uso de algum tipo de opióide para o seu controle. Em se tratando do câncer, o controle da dor objetiva uma maior sensação de conforto facilitando o desempenho das funções cotidianas. É importante considerar que a dor geralmente deve-se a múltiplos fatores e requer mais de uma intervenção, necessitando uma abordagem abrangente (FALLON *et al.*, 2018).

Pacientes com relatos de dor aguda devem ser prontamente reavaliados, com ajuste das doses e investigação sobre outras causas adjacentes. A hospitalização para controle satisfatório do quadro de dor pode ser necessária. A dor persistente relacionada ao câncer requer tratamento com analgésicos regularmente administrados, e episódios de dor irruptiva requerem doses suplementares de medicação. É importante avaliar a dor além da intensidade e entendê-la dentro de um determinado contexto. A utilização de ferramentas estruturadas de avaliação ajuda a compreender o impacto e o sofrimento desencadeados pela dor e, conseqüentemente, a elaboração do plano terapêutico (WIERMANN *et al.*, 2014).

Em relação aos hábitos intestinais e de dieta, 44,2% dos entrevistados afirmaram que após início do tratamento quimioterápico o intervalo entre as evacuações esteve espaçado por mais de três dias. Quando questionados a cerca do formato e consistência das fezes, 56,3% dos pacientes indicavam o tipo 1, por meio da escala de Bristol (LEWIS; HEATON, 1997).

Evacuações diárias não são necessariamente indicativas de normalidade da função intestinal e, mesmo evacuações que ocorrem de forma descontinuada podem vir a ser consideradas funcionalmente adequadas. Isso é consequência da grande variabilidade na função intestinal normalmente observada entre os indivíduos. Por esse motivo é que o diagnóstico da constipação intestinal não pode ser firmado tomando como base unicamente a frequência (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANIZATION, 2010).

Segundo Brasil (2009), a falta de consenso no diagnóstico da constipação intestinal leva ao subtratamento, aumentando e perpetuando a gravidade do problema. O diagnóstico correto deve, portanto, estar fundamentado na avaliação criteriosa de parâmetros que levem em consideração não somente a frequência das evacuações, mas também as características das fezes produzidas e alguns sinais e sintomas de grande relevância (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANIZATION, 2010).

Os tipos das fezes são consequência direta do tempo de permanência das mesmas em contato com a mucosa do intestino grosso, pois quanto maior o tempo, maior se dá a absorção de água. Portanto, no tempo de trânsito intestinal lentificado, as fezes são semelhantes as do tipo 1, mais duras e de difícil eliminação. Já no trânsito mais acelerado, representadas pelo tipo 7, as fezes são completamente líquidas (BRASIL,2009).

Embora a quimioterapia tenha melhorado enormemente a sobrevida global em muitos pacientes com câncer, os efeitos colaterais citotóxicos são um obstáculo significativo que impede a aplicação clínica de terapias benéficas (XUE *et al.*, 2011 ; IWAMOTO, 2013). Entre esses efeitos, estão os gastrointestinais, como náuseas, vômitos, diarreia, ulceração, inchaço e a constipação, se tornando grandes obstáculos que causam atrasos, ajustes e descontinuidade do tratamento, afetando significativamente a qualidade de vida de muitos pacientes com câncer (MCQUADE *et al.*, 2016; PETERSON *et al.*, 2011).

A constipação ocorre em 50-87% dos pacientes com câncer avançado, sendo o terceiro sintoma mais comum em pacientes que recebem quimioterapia citotóxica com uma prevalência global de 16%, com 5% classificados como graves e 11% classificados como moderados (NURGALI *et al.*, 2018). Além disso, a incidência de constipação crônica pós-tratamento e diarreia entre os pacientes com câncer foi estimada em até 49%, com episódios persistindo até 10 anos após a cessação do tratamento (MCQUADE *et al.*, 2016 ; KIM *et al.*, 2012.).

Ainda nesse ínterim, 49,2% dos pacientes afirmaram fazer uso de laxantes, 14,6% de supositórios e 11,3% de lavagem intestinal. Laxantes são medicamentos usualmente prescritos na prática clínica porque agem aumentando a frequência e facilitando as evacuações. Podem

ser classificados em quatro grupos de acordo com as suas características químicas e modo de ação. Os tipos e as doses dos laxantes a serem empregados devem ser individualizados levando-se em conta a função intestinal, a aceitação e a boa resposta do paciente (WERTH *et al.*, 2015).

Recomenda-se o uso destes medicamentos, nas doses mínimas necessárias para a obtenção do efeito desejado, a fim de limitar os possíveis efeitos colaterais dessas drogas. Estudos corroboram com fato de que a constipação intestinal gera grande desconforto e impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos e deve ser mais bem prevenida e controlada (IZZY *et al.*, 2016; *et al.*, 2013). Nesse contexto, à equipe multiprofissional, cabe a tarefa de sempre atentar para diagnosticá-la precoce e adequadamente, instaurando as medidas pertinentes a cada esfera específica de ação como descrito anteriormente.

Em relação aos hábitos alimentares, 67,9% dos entrevistados consumiam frutas, 42,9% verduras e 31,3% possuíam o hábito de ingerir coquetel de frutas laxante e relatavam ingerir uma mediana de 6 copos de água ao dia. As principais recomendações englobam uma ingestão hídrica satisfatória e o consumo de fibras dietéticas oriundas, principalmente, de cereais integrais, leguminosas secas, vegetais e frutas que constituem a primeira linha do tratamento dietoterápico (VAKILI *et al.*, 2015).

A dieta pobre em fibra alimentar constitui o foco de maior interesse, especialmente, por sua importância potencial na prevenção e no tratamento da constipação. A relação entre constipação e hábitos alimentares demonstra que o consumo de maior quantidade de fibra ocasiona trânsito intestinal mais rápido e aumento do peso das fezes, facilitando as evacuações (WALD, 2007; YANG *et al.*, 2012).

Em se tratando de fatores ambientais, Vitor *et al.* (2015) identificaram, em seu estudo, a relação entre o DE constipação e a importância do ambiente em que o paciente está inserido. Contudo, a porcentagem reduzida encontrada no presente estudo (18,3%) de pacientes que afirmaram ter sofrido alguma mudança ambiental recente durante o tratamento, sugere que mudanças no padrão intestinal não estão apenas relacionadas ao ambiente em si, mas sim mudança completa na alimentação e hábitos do paciente. Apesar de a constipação ser uma condição muito frequente em pacientes debilitados, devem-se considerar fatores como dieta e mobilidade física diminuída, podendo interferir, diretamente, na função intestinal.

No que concerne aos fármacos utilizados pela amostra estudada, destacam-se os protetores gástricos (100%), corticosteroides (100%), antieméticos (95,8%) e antialérgicos (40,8%). Relacionado à comorbidades, 36,3% da amostra faziam uso de anti-hipertensivos e 13,8% de antidiabéticos. Os quimioterápicos mais prevalentes foram o Paclitaxel (37,5%),

seguido pela Ciclofosfamida (23,3%). Em estudo recente (WANG *et al.*, 2018), com 33 pacientes em uso de Paclitaxel, 16 apresentaram constipação. Em outra pesquisa (SIDNEY *et al.*, 2017), com pacientes em tratamento oncológico monoterápico semanal com Paclitaxel, 16,6% referiram constipação como reação tardia. Já em outro estudo (HANAI *et al.*, 2016), a diarreia foi a toxicidade gastrointestinal mais comum associada ao Paclitaxel.

A ciclofosfamida, em outro estudo (DECOSTER *et al.*, 2018), é citada como medicação causadora de diarreia. Em bulário específico não há relatos de toxicidade intestinal relacionado à constipação. Ressalta-se que os protocolos de quimioterapia são administrados posteriormente, em sua grande maioria, a antieméticos, corticosteroides e protetores gástricos, medicamentos que podem causar constipação, principalmente a Ondasentrona (WICKHAM, 2017). Sugere-se, dessa forma, que não há uma substância isolada causadora da constipação, uma vez que o paciente em tratamento oncológico perpassa por muitas fases medicamentosas durante todo o percurso terapêutico.

Além de variáveis clínicas e sociodemográficas, foram investigados os indicadores clínicos dentre a clientela. Dentre indicadores clínicos do diagnóstico investigado com frequência acima de 50% identificaram-se sete, a saber: esforço para evacuar (86,7%), redução na frequência das fezes (86,7%), mudança no padrão intestinal (80%), fezes formadas endurecidas (79,2%), ruídos intestinais hipoativos (71,3%), dor ao evacuar (57,9%) e redução no volume das fezes (56,3%).

Dentre essas, destaca-se o indicador clínico esforço para evacuar, o qual exibiu a maior frequência, apresentando-se também como o indicador clínico mais sensível e específico. A ocorrência do esforço é explicada na fisiologia da constipação na medida em que o endurecimento das fezes exige que o corpo realize um esforço maior no momento de expulsão do material fecal (PATIMAH *et al.*, 2017).

A defecação normal e a manutenção da continência é um processo complexo que requer preenchimento retal, consciência do preenchimento retal e a capacidade de impulsionar as fezes e relaxar os músculos do assoalho pélvico de maneira coordenada. As fezes que permanecerem no cólon por mais tempo tornar-se-ão mais secas, podendo levar à impactação caso sejam muito grandes e difíceis de atravessar o canal anal (WGO, 2010). A literatura corrobora com esses achados. Em estudo de revisão asiático (PATIMAH *et al.*, 2017) onde, o "esforço" é percebido como o sintoma central mais frequente e a "manobra manual para facilitar a defecação" é o sintoma central menos relatado em indivíduos com constipação.

É importante destacar neste contexto, que na prática clínica, os profissionais de saúde sempre enfatizam o número de defecações em seus pacientes constipados (GWEE *et al.*,

2013), com menor atenção aos seus sintomas, o que poderia auxiliar melhor o diagnóstico da constipação. Segundo Patimah *et al.* (2017), "esforço", "sensação de evacuação incompleta" e "fezes duras e irregulares" são as queixas mais frequentes nessa ordem entre os pacientes asiáticos. Em pacientes residentes no ocidente, o esforço ao evacuar também é o sintoma mais presente, além de "fezes duras e encaroçadas" e "sensação de evacuação incompleta".

O indicador redução na frequência das fezes, evidenciado em 86,7% dos entrevistados, se apresenta como um preditor importante da evacuação intestinal saudável. Segundo a WGO (2010), habitualmente, define-se a constipação funcional como um transtorno caracterizado por uma dificuldade persistente para evacuar ou uma sensação de evacuação incompleta e/ou movimentos intestinais infrequentes (a cada 3–4 dias ou com menor frequência).

Atrelado a isso, o consenso de Roma (DROSSMAN, 2016) apresenta entre seus critérios gerais para a constipação, a ausência de fezes, ou, fezes de consistência diminuída e como um dos critérios específicos, fezes fragmentadas ou endurecidas.

No tocante ao indicador consistência das fezes, 79,2% dos entrevistados relataram terem tido episódios de fezes endurecidas. Considerado melhor indicador do tempo de trânsito colônico que a frequência das fezes, a consistência fecal pode ser identificado visualmente através da Escala de Bristol (LEWIS; HEATON, 1997). A porcentagem elevada de pacientes que referiram fezes endurecidas corrobora com diversos estudos que mostram fezes endurecidas como sintoma da constipação (CLEMENS *et al.*, 2013 ; COSTILLA; FOXX-ORENSTEIN, 2014; TWYXCROSS *et al.*, 2012).

O indicador clínico redução no volume das fezes (56,3%) também está relacionada a características de consistência fecal. Esse achado corrobora com dados da WGO (2010) que mostra fezes de consistência diminuída como um critério para a constipação. Brasil (2009) caracteriza a constipação como diminuição da frequência nas evacuações, fezes com volume reduzido, endurecidas ou de difícil eliminação. O indicador Mudança no padrão intestinal (80%) obteve padrão semelhante, aos indicadores já citados, visto que pacientes que indicaram redução na frequência ou mudança na consistência fecal, já sinalizam uma mudança em seu padrão intestinal.

O indicador clínico ruídos intestinais hipoativos também se mostrou sensível ao diagnóstico constipação. Existem várias definições divergentes na literatura para estabelecer que um indivíduo possui ruídos hidroaéreos diminuídos. Sabe-se que os ruídos intestinais são sons referentes aos movimentos peristálticos responsáveis pela movimentação do bolo alimentar através do trato gastrointestinal (PORTO, 2013).

Segundo Smeltzer *et al.* (2014), os pacientes constipados podem descrever sensação de flatulência com abdome apresentando timpanismo ou distensão e os ruídos intestinais podem estar hipoativos. No estudo de Vitor *et al.* (2015), o DE constipação esteve presente em 24% dos pacientes, dos quais, dentre as características definidoras, os ruídos intestinais hipoativos foi o mais presente.

O indicador dor ao evacuar (57,9%) teve porcentagem significativa com mais da metade dos entrevistados, além disso, se apresentou como específico ao diagnóstico. A WGO (2010) ao definir a constipação, caracteriza também como uma dolorosa ou difícil eliminação do material fecal, podendo ser uma condição aguda ou crônica. A sensação de dor é algo subjetivo, e no momento da evacuação, é importante considerar que ela pode ser referida tanto por cólicas abdominais quanto por desconforto ano retal no momento de eliminação das fezes.

Segundo a WGO (2010), os pacientes comumente associam a constipação à presença de fezes endurecidas, o esforço ao evacuar, e a dor ao evacuar. Esses dados corroboram com os critérios diagnósticos seguidos pelo Consenso de Roma (DROSSMAN, 2016), o qual baseia a constipação na combinação de esforço ao evacuar, frequência e consistência fecal.

No entanto, é importante destacar que na prática clínica os pacientes com constipação também podem queixar-se de outros sintomas, como distensão abdominal, flatulência e cefaleia, além da dor (KOLOSKI *et al.*, 2013). Curiosamente, a dor ao evacuar é pouco mencionada em associação à constipação funcional nas classificações acima, ao passo que parece ser um sintoma proeminente na constipação (BELLINI *et al.*, 2015).

Além dos indicadores clínicos discutidos acima, apresenta-se a seguir a associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com o diagnóstico de enfermagem constipação.

A associação entre o hábito intestinal e consistência fecal com a constipação pode ser justificada por meio da literatura. O hábito intestinal abarca um conjunto de fatores incluindo a frequência de evacuações e esforço ao evacuar, bem como a consistência fecal (BHARUCHA *et al.*, 2013). Esse conceito corrobora com dados da WGO (2010), que caracteriza constipação como passagens de fezes difíceis, sensação de evacuação incompleta, fezes duras e irregulares e; tempo prolongado ou necessidade de manobras manuais para evacuar. Em conceito mais amplo, a constipação pode ocorrer como um resultado de distúrbios metabólicos, doenças endócrinas, sistêmicas, e certas drogas, mas também pode ter causas primárias, possivelmente associadas com distúrbios neurais da parede do cólon (HE *et al.*, 2000; SERRA *et al.*, 2017).

Quando o conteúdo intestinal fica por tempo prolongado no cólon, a absorção de água e eletrólitos aumenta, o que produz uma diminuição no volume e um endurecimento da massa fecal. Como resultado, o volume de evacuações, a sensação de desejo de defecar e a facilidade de expelir fezes no momento da defecação serão reduzidos. Em alguns casos, a estagnação do conteúdo intestinal pode levar à formação de fecalomas (BHARUCHA *et al.*, 2013). A associação da constipação com o ato de ignorar a vontade de evacuar explica-se de forma semelhante: ocorre a retenção das fezes que ficarão mais tempo no trato intestinal, aumentando a absorção de água neste conteúdo, podendo ocasionar uma evacuação mais laboriosa e material fecal endurecido.

Em relação ao consumo de frutas e coquetéis laxantes, acredita-se que uma dieta com pouca fibra contribua para a constipação e muitos profissionais de saúde recomendam um aumento na ingestão de fibras, juntamente com outras modificações no estilo de vida, como melhor hidratação e exercício físico. No entanto, é importante destacar que a evidência científica pode ser contraditória (MUGIE *et al.*, 2011).

Estudo observacional mostra que o consumo de fibras está associado à melhora da constipação (DUKAS *et al.*, 2003) e outros não (MARKLAND *et al.*, 2013; HO *et al.*, 2012) ou ainda, que a redução na ingestão de fibras é o que melhora a constipação e os sintomas associados (HO *et al.*, 2012). Os resultados de um estudo de observação mostram que uma baixa ingestão de líquidos é um preditor de constipação tanto para mulheres, como para homens (MARKLAND *et al.*, 2013).

Ainda há poucas evidências a cerca da adição de fibras dietéticas (ANDREWS; MORGAN, 2013; FOXX-ORENSTEIN *et al.*, 2008) para pacientes com câncer, ao passo que requer aumento de fluidos orais e exercícios que pode não ser possível dependendo do curso do tratamento. Da mesma forma, sugerir um suplemento de fibra para um paciente anoréxico e levemente desidratado com doença avançada é contraindicado, visto que a fibra pode piorar a saciedade precoce e requer beber muitos líquidos para ser eficaz (LARKIN *et al.*, 2008).

Os resultados de uma meta-análise de cinco estudos que examinaram o efeito da fibra alimentar na constipação concluíram que a ingestão de fibras aumentou significativamente o número de evacuações, mas não melhorou a consistência das fezes (YANG *et al.*, 2012). Esses autores sugeriram que a fibra dietética pode ser eficaz para constipação leve a moderada, mas não severa. Já em pacientes relativamente saudáveis e com bom prognóstico, a fibra caseira se apresenta como uma boa alternativa.

A associação da diabetes com o DE constipação pode ser elucidada por meio de dados da literatura que corroboram com esse achado. Bharucha *et al.* (2013) afirma em seu estudo que a constipação crônica é o sintoma gastrointestinal mais comum no diabetes, e tem sido associado ao baixo teor de fibra alimentar em estudos em humanos. Estudo norte americano (VAKILI *et al.*, 2015), revelou a forte associação entre a ingestão elevada de gordura saturada e a diminuição da frequência do hábito intestinal, ressaltando também a importância de hábitos alimentares saudáveis.

Em pesquisa asiática (YAMADA *et al.*, 2017), fatores como idade, a retinopatia diabética e a neuropatia diabética se mostraram associados para a constipação em pacientes diabéticos. Outro dado importante desse estudo é que os antidiabéticos não influenciaram os sintomas de constipação na população pesquisada. Estudos mais antigos (ENCK *et al.*, 1994; KO *et al.*, 1999) já traziam relatos de associação da constipação com a diabetes, com prevalência maior de constipação em pacientes diabéticos do que em não diabéticos.

A associação direta entre a hipertensão e a constipação não é muito relatada na literatura. Contudo, sabe-se que alguns fatores de risco contribuem para ambos. O excesso de peso corporal serve de base para o desenvolvimento da hipertensão arterial (VERDES *et al.*, 2017). A obesidade também se apresenta como um fator desencadeante para o desenvolvimento da constipação cuja frequência, segundo Aasbrenn *et al.* (2017), é duas vezes maior em pessoas com excesso de peso do que naquelas com IMC normal. Outros pesquisadores também apontam para uma combinação de constipação e obesidade (MISCHUK *et al.*, 2018; WANG *et al.*, 2014). No entanto, ainda permanece desconhecido qual das duas doenças é primária.

Sugere-se desse modo, que a constipação pode desencadear um processo inflamatório intestinal que, por sua vez, acelera o desenvolvimento de aterosclerose e eventos cardiovasculares. Inflamação, com liberação de citocinas por macrófagos ativadas, pode ser causada por proliferação bacteriana excessiva ou anormal (SALMOIRAGO-BLOTCHER *et al.*, 2011). O supercrescimento bacteriano com o movimento de bactérias intestinais do lúmen através da mucosa intestinal e ativação imune tem sido descrito em pacientes com síndrome do intestino irritável (LIN, 2004) e há evidências preliminares de uma associação entre infecções e doença coronariana (SAIKKU *et al.*, 1992; PATEL *et al.*, 1996).

Em relação ao uso de laxantes e supositórios, sua associação com a constipação se explica por meio da busca pelo tratamento e alívio de sintomas. Há pouca pesquisa para apoiar a seleção de laxantes e o aumento da dose para pacientes com câncer, bem como aqueles que recebem cuidados paliativos.

Dessa forma, ao realizar um planejamento a cerca da introdução de laxantes, é importante considerar o prognóstico e a saúde relativa do paciente, se o mesmo já está constipado ou se a constipação é provável. Estratégias de planejamento que podem ajudar o paciente a aderir a um plano laxativo e podem ser úteis nesse processo (WICKHAM, 2017).

Pacientes relativamente saudáveis, que não têm constipação, e não estão tomando analgésicos opióides, podem ser aconselhados a aumentar a fibra alimentar líquidos e exercícios, que podem ser úteis para prevenir ou minimizar a constipação. Por outro lado, essas ações podem ser realmente prejudiciais para pacientes com doença progressiva ou avançada. Da mesma forma, os laxantes e os amaciantes das fezes têm pouco efeito sobre a constipação crônica e, na melhor das hipóteses, devem ser considerados adjuvantes de outros laxantes (HAWLEY; BYEON, 2008).

Além dos indicadores já mencionados, serão citados também outros indicadores relevantes quanto a sua acurácia diagnóstica.

Apesar de ter se apresentado com pouca frequência entre os participantes (14,2%), a cefaleia revelou-se como um indicador clínico específico. A literatura não possui muitos relatos associando este indicador com a constipação, todavia, trata-se de um sintoma inespecífico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALEIA, 2017) e presente em grande parte da população (até mesmo em indivíduos saudáveis). Contudo, estudo (COSTA, 2012) relata a cefaleia como importante efeito colateral de alguns esquemas de quimioterapia para câncer de mama (sítio primário com maior frequência no estudo em questão).

O indicador clínico dor abdominal esteve presente em 3,8% dos entrevistados, mostrando-se específico para a ocorrência do diagnóstico em questão. A dor abdominal pode ser bastante intensa no paciente com constipação, especialmente naqueles pacientes que já apresentam dor relacionada ao câncer, e levar à confusão no diagnóstico da obstrução intestinal maligna (BRASIL, 2009).

Estudo multicêntrico em pacientes com constipação relatou que 76% deles se queixaram de dor abdominal, independente do sexo e do tempo de trânsito intestinal. Neste estudo, 11% relataram dor intensa associada à constipação; a dor era geralmente localizada na área mesogástrica em pacientes com trânsito retal atrasado, enquanto a maioria dos pacientes com trânsito colônico lento apresentava dor epigástrica e no lado esquerdo (BASSOTTI *et al.*, 2011).

A dor abdominal aparece como um importante sinal da síndrome do intestino irritável (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANIZATION, 2010). Bouchoucha *et al.* (2017) revelaram que a dor abdominal é um importante fator de avaliação para identificar a constipa-

ção e a síndrome do intestino irritável. Inclusive, os mesmos autores, em estudo posterior, comparam características clínicas, psicológicas e fisiológicas em pacientes com síndrome do intestino irritável com aqueles em pacientes com constipação de acordo com a intensidade da dor abdominal e revelam que a constipação funcional pode causar mais dor (BOUCHOUCHA *et al.*, 2018).

O indicador clínico fezes líquidas apresentou-se como específico, estando presente em 13,8% dos entrevistados. Quando se fala de constipação e consistência fecal, comumente a associação é a de fezes endurecidas, de difícil passagem. Contudo episódios de fezes líquidas podem ocorrer como consequência da constipação prolongada, a chamada diarreia paradoxal (escape de fezes líquidas) (WALD, 2016; BRASIL, 2009). O mecanismo ocorre por meio da irritação da mucosa retal pela presença do fecaloma levando à produção de grande quantidade de muco pelo tecido epitelial da região, que se assemelha a fezes diarreicas, e pode ser referido pelo paciente ou familiares como tais.

Por fim, relativo à prevalência do diagnóstico de enfermagem constipação, mais da metade da amostra (86%) apresentou esse problema. Corroborando com esse achado, a literatura revela a constipação como uma toxicidade frequente em pacientes oncológicos bem como especificamente aqueles em tratamento quimioterápico (MCMILLAN *et al.*, 2013; FOX *et al.*, 2017; WICKHAN, 2017; NYROP *et al.*, 2018; UYSAL *et al.*, 2018; MUTHU *et al.*, 2019). Essa associação pode ser observada fisiopatologicamente pela literatura e por meio da alta frequência de sinais e sintomas apresentados pela clientela em estudo.

De modo mais detalhado, o cólon tem como principais funções a absorção de água, eletrólitos, algumas vitaminas, secreção de muco para lubrificação das fezes, síntese de vitamina B e K pelas bactérias colônicas, armazenamento de material fecal para ser excretado e eliminação de resíduos. A transferência do material fecal pelo cólon até o reto é a motilidade; e a peristalse é a movimentação da musculatura do cólon que impulsiona o material fecal – este processo é involuntário e diretamente influenciado pela distensão do lúmen pelas fezes. Estas são constituídas de bactérias, água, gases e resíduos não digeridos no delgado. O tamanho delas está diretamente relacionado à velocidade do trânsitointestinal (WALD, 2007).

Os movimentos do cólon normalmente são lentos e de dois tipos, a saber: movimentos de mistura (contrações haustrais) e propulsivos (movimentos de massa). Os primeiros resultam na absorção de água e eletrólitos e os segundos são os responsáveis pela condução das fezes do intestino delgado até o sigmoide, onde elas ficam armazenadas até o momento da evacuação. Quando as contrações propulsivas de alta amplitude ocorrem (uma ou duas vezes

ao dia), forçam uma massa de fezes para o reto, manifestando-se o desejo evacuatório. O sistema nervoso parassimpático aumenta a frequência e a amplitude dos movimentos e o simpático os inibe (WALD, 2007).

Quando se fala de constipação relacionada ao câncer, trata-se de um mecanismo tipicamente multicausal, podendo estar relacionado a efeitos orgânicos, funcionais e medicamentosos (BHARUCHA *et al.*, 2013 ; CLEMENS *et al.*, 2013 ; COSTILLA; FOXX-ORENSTEIN, 2014). Pode estar relacionada à administração de medicamentos (analgésicos opióides bem como outras drogas com propriedades anticolinérgicas) exacerbada, atividade física reduzida, ingestão oral e alimentos diminuídos e diabetes.

Estudo relacionado ao tema apresenta a constipação como o terceiro sintoma mais comum (após dor e anorexia) em pacientes com câncer em doença avançada (MCMILLAN *et al.*, 2013). Em pacientes terminais, a disfunção intestinal pode ocorrer em $\geq 80\%$ dos pacientes e em 90% dos pacientes em uso de opióides (DOWNING *et al.*, 2007; RHONDALI *et al.*,2013). Além disso, drogas que contribuem para uma "carga anticolinérgica" estão fortemente implicadas na constipação em pacientes em cuidados paliativos (CLARK *et al.*, 2010).

A partir deste estudo, e frente à frequência elevada deste DE na clientela oncológica, ressalta-se a necessidade de cuidados direcionados a essa população relativos à constipação, promovendo melhor qualidade de vida e resposta adequada durante o seu tratamento. Através de indicadores clínicos acurados, é possível que intervenções mais eficazes sejam realizadas durante o cuidado. Cabe ao enfermeiro, desta forma, a identificação do diagnóstico, a fim de promover resultados eficazes no planejamento da assistência.

6 CONCLUSÃO

A partir dos objetivos propostos neste estudo, constatou-se a prevalência do diagnóstico de enfermagem constipação e de sete de seus indicadores clínicos (dor ao evacuar, esforço para evacuar, redução na frequência das fezes, mudança no padrão intestinal, fezes formadas endurecidas, ruídos intestinais hipoativos e redução no volume das fezes) na amostra pesquisada.

Os indicadores que apresentaram associação estatística com o diagnóstico em questão foram: esforço ao evacuar, ruídos intestinais hipoativos (indicadores sensíveis); cefaleia, dor abdominal, dor ao evacuar, esforço ao evacuar e fezes líquidas (indicadores específicos). Dentre esses, destacou-se o indicador clínico esforço ao evacuar, com a maior sensibilidade, apresentando-se também como um dos mais específicos (depois do indicador cefaleia).

Dessa forma, conclui-se que o estudo confirma o pressuposto inicial de que a constipação é frequente nos pacientes oncológicos em quimioterapia antineoplásica e que há indicadores clínicos acurados. Assim, destaca-se a importância dos enfermeiros na assistência, por meio da avaliação sistemática dos pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica.

O papel da enfermagem sempre ganha destaque no manejo de sinais e sintomas para pacientes com câncer. O enfermeiro, como profissional que lida diariamente com o paciente, tem a responsabilidade de fornecer orientações aos pacientes sobre o tratamento e as medidas para promover uma maior qualidade de vida.

Neste sentido, os estudos de acurácia fornecem aos enfermeiros o conhecimento sobre quais indicadores clínicos são mais acurados, permitindo melhor inferência ao realizar um planejamento e escolher um diagnóstico de enfermagem. Por meio deste estudo, os resultados identificados apontaram quais indicadores são mais relevantes para o diagnóstico constipação nessa clientela específica. Atrelado a isso, trará benefícios também aos pacientes, visto que intervenções realizadas com mais exatidão facilitam a assistência e otimizam os resultados almejados.

Como dificuldades encontradas para realizar essa pesquisa, cita-se a carência de publicações acerca do DE constipação na clientela estudada, bem como em outras populações. Apesar de ser um diagnóstico extremamente presente na prática clínica, ainda é pouco estudado. Sugere-se, dessa forma, novos estudos relacionados às definições conceituais dos indicadores clínicos do diagnóstico constipação.

Como limitações do estudo, destaca-se o fato de a coleta de dados ter sido realizada em apenas um momento, sugerindo a realização de estudos longitudinais a cerca desta temática possibilitando uma pesquisa mais aprofundada ao longo do tempo dos indicadores clínicos estudados. Além disso, os indicadores clínicos aumento da pressão intra-abdominal, incapacidade para defecar, massa retal palpável e presença de fezes macias e pastosas no reto não puderam ser mensurados devido a limitações de exames diagnósticos disponíveis apropriados.

REFERÊNCIAS

AASBRENN *et al.* Prevalence and predictors of irritable bowel syndrome in patients with morbid obesity: a cross-sectional study. **BMC Obes.** 2017 Jun 29;4:22.

AGRA, G. *et al.* Constipação em pacientes com doença oncológica avançada em uso de opioides. **O Mundo da Saúde**, v.37, n.4, p.472-478, 2013.

ALVES, J.G. Constipação intestinal. **JMB**, v.101, n.2, p.31-37, 2013.

ANDREWS, A.; MORGAN, G. Constipation in palliative care: Treatment options and considerations for individual patient anagement. **International Journal of Palliative Nursing**, v.19, n.6, p. 268-273, 2013.

ANJOS, A.C.Y.; ZAGO, M.M.F. Ressignificação da vida do cuidador do paciente idoso com câncer. **Rev Bras Enferm**, v.67, n.5, p. 752-758, Sep/Out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0752.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2018.

ANRACT, P.; BIAU, D.; BOUDOU-ROUQUETTE, P. Metastatic fractures of long limb bones. **Orthop Traumatol Surg Res**, v.103, n.1S, p. S41-S51, 2017.

ARAÚJO, D.E.T.; SANTOS, A.M.G. Diagnóstico de enfermagem ao paciente com linfoma folicular transformado submetido ao transplante de células tronco hematopoéticas: um estudo de caso. **Biblioteca Virtual em Saúde**, 2010.

BARROS, M.B.A. *et al.* Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.16, n.9, p.3755-3768, 2011.

BELLINI *et al.* Irritable bowel syndrome and chronic constipation: Fact and fiction. **World J Gastroenterol**, v.21, n.40, p.11362-11370, Oct 28. 2015.

BELTRÃO, B. A. **Medidas de acurácia das características definidoras do diagnóstico padrão respiratório ineficaz de crianças e adolescentes cardiopatas congênitos**. 2011. 139 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

BERTOLAZZI *et al.* Prevalence of diabetes in patients with intestinal malignancies in a teaching hospital. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, v.11, n.40, 2015.

BHARUCHA *et al.* American Gastroenterological Association technical review on constipation. **Gastroenterology**, v.144, n.1, p. 218-238, Jan. 2013.

BOERY, R. N. S. O.; GUIMARÕES, E. 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**, v. 18, n. 2, p. 197-202, 2005.

BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. **Terapêutica Oncológica para Enfermeiro e Farmacêuticos**. 4 ed. Editora Atheneu: São Paulo; 2012.

BOURAS, E.P.; TANGALOS, E.G. Chronic constipation in the elderly. **Gastroenterol Clin North Am**, v.38, p.463-480, 2009.

BRAGA, F.C. *et al.* Acurácia dos indicadores clínicos dos diagnósticos de Enfermagem hipertermia e hipotermia em recém-nascidos. **Rev Rene**, v.15, n.5, p. 789-795, 2014.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: MS, 2012, 12 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 192, de 31 de janeiro de 2014. Institui a Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer, composta por instituições de ciência, tecnologia, inovação e produção em saúde, públicas e privadas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 jan. 2014. p. 30.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Constipação intestinal no câncer avançado**. / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009. 36 p.: il. – (Série Cuidados Paliativos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Estimativas 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2018.

BASSOTTI, G. *et al* . Painful constipation: a neglected entity?. **Rev. esp. enferm. dig.**, Madrid , v. 103, n. 1, p. 25-28, enero 2011 . Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082011000100005&lng=es&nrm=iso. Accedido en 10 enero 2019.

BOLINA *et al*. Incontinência urinária autorreferida em idosos e seus fatores associados. **Rev Rene**, v.14, n.2, p.354-363, 2013.

BOUCHOUCHA *et al*. Is-it possible to distinguish irritable bowel syndrome with constipation from functional constipation? **Tech Coloproctol**, v.21, n.2, p.125-132, Feb. 2017.

BOUCHOUCHA *et al*. Painful or Mild-Pain Constipation? A Clinically Useful Alternative to Classification as Irritable Bowel Syndrome with Constipation Versus Functional Constipation. **Dig Dis Sci**, v.63, n.7, p. 1763-1773, Jul. 2018.

BUETTO, L.S; ZAGO, M.M.F. Meanings of quality of life held by patients with colorectal cancer in the context of chemotherapy. **Rev Latino Am Enferm**, v. 23, n.3, p.427-434, may/jun. 2015. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/0104-1169-rlae-0455-2572.pdf>. Cited 2019 Jan 15.

BUZUID, A. C.; MALUF, F. C.; LIMA, C. M. R. **Manual de Oncologia Clínica do Brasil**.11. ed. São Paulo: Dendrix, 2015.

CANALE, S.T.; BEATY, J. **Campbell's operative orthopaedics**. St Louis: Mosby; 2016.

CARVALHO, M.W.A.; NÓBREGA, M.M.L.; CUNHA, A.C.R. Diagnósticos de enfermagem para pacientes com dor oncológica baseados na CIPE. **Rev enferm UFPE on line**, v.9 (supl.1), p.253-260, 2015.

CLARK, K. *et al.* The impact of opioids, anticholinergic medications and disease progression on the prescription of laxatives in hospitalized palliative care patients: a retrospective analysis. **Palliative medicine**, v.24, p.410-418, 2010.

CLARKE *et al.* **Working with cancer: health and employment among cancer survivors.** **Annals of Epidemiology**, v.26, n.7, p.520, July.2016.

CLEMENS, K. E. *et al.* Pharmacological treatment of constipation in palliative care. **Current opinion in supportive and palliative care**, v.7, p.183-191, 2013.

COLLETE, V.L.; ARAÚJO, C.L.; MADRUGA, S.W. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal: um estudo de base populacional em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.26, n.7, p. 1391-402, 2010.

COLLINS, L.M.; LANZA, S.T. **Latent class and latent transition analysis:** with applications in the social, behavioral, and health sciences. New York: Wiley, 2010.

COSTA, Vanessa Indio do Brasil da. **Caracterização de reações adversas ao tratamento quimioterápico de mulheres com câncer de mama.** 2012. 75 f. Dissertação (Saúde Pública e Meio Ambiente) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

COSTILLA Vanessa C, FOXX-ORENSTEIN Amy E. Constipation: understanding mechanisms and management. **Clinics in geriatric medicine**, v. 30, p. 107-115, 2014.

CRUZ, F.R.N. Constipação Intestinal: Abordagem Medicamentosa e não Medicamentosa. **International Journal of Nutrology**, v.7, n.1, p. 15-20, Jan / Abr 2014.

CRUZ, F.S.; ROSSATO, L.G. Cuidados com o Paciente Oncológico em Tratamento Quimioterápico: o Conhecimento dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Cancerologia**, n.61, v.4, p.335-341, 2015.

DECOSTER, L. *et al.* Docetaxel/cyclophosphamide chemotherapy in older patients with breast cancer. **Breast J**, v.24, p. 695–697, 2018.

DROSSMAN, D.A. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV, **Gastroenterology**, v.150, p.1262-1279, 2016.

DOWNING, G. M. *et al.* Development and reliability testing of the Victoria Bowel Performance Scale (BPS). **Journal of pain and symptom management**, v.34, p.513–522, 2007.

DUKAS,L.;WILLETT, W.C.;GIOVANNUCCI, E.L. Association between physical activity, fiber intake, and other lifestyle variables and constipation in a study of women. **Am J Gastroenterol**, v.98, p.1790-1796, 2003.

ENCK, P.; RATHMANN, W.; SPIEKERMANN, M.; *et al.* Prevalence of gastrointestinal symptoms in diabetic patients and non-diabetic subjects. *Z. Gastroenterol*, v.32, p.637–641, 1994.

FALLON *et al.* Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, v.29, n.4, p.166-191, 2018.

FEARON, K. *et al.* **Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus.** www.thelancet.com/oncology. Feb 5, 2011.

FERLAY, J. *et al.* Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, Genève, v. 136, n. 5, p. 359-386, 2015.

FERREIRA, M. C. *et al.* Principais sintomas apresentados por pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia em um hospital de referência em Belém-PA. **Anais do IV Congresso de Educação em Saúde da Amazônia (COESA)**, Universidade Federal do Pará - 30 de novembro a 04 de dezembro de 2015.

FOX, P. *et al.* The assessment and management of **chemotherapy**-related toxicities in patients with **breast**cancer, colorectal cancer, and Hodgkin's and non-Hodgkin's lymphomas: A scoping review. *Eur J Oncol Nurs*, v.26, p.63-82, Feb. 2017.

FOXX-ORENSTEIN, A. E.; MCNALLY, M. A.; ODUNSIWEBATU, T. Update on constipation: one treatment does not fit all. *Cleveland Clinic Journal of medicine*, v.75, p.813–824, 2008.

FREITAS, R. *et al.* Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. *Rev. bras. enferm.* Brasília, v.64, n.3, p. 478-485. Maio/jun. 2011.

GANDELL, D. *et al.* Treatment of constipation in older people. *CMAJ*, v.185, p.663-670, 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOODMAN *et al.* Constipation management in palliative care: a survey of practices in the United Kingdom. *J Pain Symptom Manage*, v.29, p. 238–244, 2005.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica.** 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

GWEE, K.A.; GHOSHAL, U.C.; GONLACHANVIT, S.; CHUA, A.S.B.; MYUNG, S.J.; RAJINDRAJITH, S.; *et al.* Primary Care Management of Chronic Constipation in Asia: the ANMA chronic constipation tool. *J. Neurogastroenterol Motil*, v.19, p.149–60, 2013.

HANAI, A.; ISHIGURO, H.; SOZU, T.; *et al.* **Breast Cancer Res Treat**, v.155, n.99, 2016. Disponível em: <https://doi-org.ez18.periodicos.capes.gov.br/10.1007/s10549-015-3652-4>. Acesso em: 03 Jan 2019.

HAWLEY, P. H.; BYEO, J. J. A comparison of sennosides-based bowel protocols with and without docusate in hospitalized patients with cancer. **Journal of palliative medicine**, v.11, p. 575-581, 2008.

HE, C.L. *et al.* Decreased interstitial cell of cajal volume in patients with slow-transit constipation. **Gastroenterology**, v.118, p.14-21, 2000.

HO, K.-S. *et al.* Stopping or reducing dietary fiber intake reduces constipation and its associated symptoms. **World J Gastroenterol**, v.18, p. 4593-4596, 2012.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2018-2020**. 10. ed. Oxford: Wiley Blackwell, 2018.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IWAMOTO, T. Clinical application of drug delivery systems in cancer chemotherapy: review of the efficacy and side effects of approved drugs. **Biol. Pharm. Bull**, v.36, p.715-718, 2013.

IZZY *et al.* Review of efficacy and safety of laxatives use in geriatrics. **World J Gastrointest Pharmacol Ther**, v.7, n.2, p. 334-342, May.2016.

JEMAL, A. *et al.* Global cancer statistics. **CA Cancer J Clin**, v.61, n.2, p.69-90, Mar-Apr.2011.

KIM, A. R. *et al.* Changes of quality of life in gastric cancer patients after curative resection: a longitudinal cohort study in Korea. **Ann. Surg**, v.256 p.1008–1013, 2012.

KIM, Leandro Duil *et al.* Metástase óssea como primeira manifestação de tumores: contribuição do estudo imuno-histoquímico para o estabelecimento do tumor primário. **Rev. bras. ortop.**, São Paulo, v. 53,n. 4,p. 467-471, ago. 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-36162018000400467&lng=pt&nrm=iso. acessos em 15 jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rboe.2018.05.015>.

KO, G.T. *et al.* Gastrointestinal symptoms in Chinese patients with type 2 diabetes mellitus. **Diabet. Med**, v.16, p.670-674,1999.

KOLOSKI, N.A. *et al.* Impact of persistent constipation on health-related quality of life and mortality in older community-dwelling women. **Am J Gastroenterol**, v.108, p.1152–1158, 2013.

LARKIN, P. J. *et al.* The management of constipation in palliative care: clinical practice recommendations. **Palliative medicine**, v.22, p.796-807, 2008.

LARKIN, *et al.* Diagnosis, assessment and management of constipation in advanced cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. **Annals of Oncology**, v 29, p. 111-125, 2018.

LEI, W. *et al.* **Diabetes Technology & Therapeutics**, v.15, n.5, p.419-427, 2013.

LEWIS, S. J.; HEATON, K. W. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. **Scandinavian Journal of Gastroenterology**, v.32, p. 920-924, 1997.

LIGA CONTRA O CÂNCER. **Sobre a Liga**. Disponível em: <https://www.ligacontraocancer.com.br/a-liga>. Acesso em: 13.out.2016.

LIM, Y.J. *et al.* The Prevalence and Symptoms Characteristic of Functional Constipation Using Rome III Diagnostic Criteria among Tertiary Education Students. **PLoS ONE**, v.11, n.12, 2016.

LIMA, L.C. *et al.* Dietetic management in gastrointestinal complications from antineoplastic chemotherapy. **Nutr Hosp**, v.27, n.1, p.65-75, 2012.

LIN, H.C. Small intestinal bacterial overgrowth: a framework for understanding irritable bowel syndrome. **JAMA**, v.292, n.7, p.852-858, 2004.

LIPSCOMBE, L.L. *et al.* Association between tamoxifen treatment and diabetes. **Wiley Online Library – Câncer**, v.118, n.10, p.2615-2622, 2012. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.26559/abstract>.

LISBOA, I.N.D. *et al.* Prevalent Signs and Symptoms in Patients with Skin Cancer and Nursing Diagnoses. **Asian Pac J Cancer Prev**, v. 17, n.7, p. 3207-3211, 2016.

LOPES, M.; NASCIMENTO, L.C.; ZAGO, M.M.F. Paradoxo da vida entre sobreviventes do câncer de bexiga e tratamentos. **Rev Esc Enferm USP**, v.50, n.2, p.224-231, 2016. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reesp/v50n2/pt_0080-6234-reesp-50-02-0224.pdf. Cited 2019 Jan 15.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T. L. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. **Int J Nurs Knowl**, v.23, n.3, 2012.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Métodos de pesquisa para validação clínica de conceitos diagnósticos. *In: Tracy Heather Herdman; Emília Campos de Carvalho. (Org.). PRONANDA - Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem: Conceitos básicos*. 1. ed. Porto Alegre: Artmed / Panamericana Editora Ltda, 2013, p. 85-130.

LUNNEY, M. *et al.* Accuracy of nurses' diagnoses of psychosocial responses. **Nursing Diagnosis**, v. 8, n. 4, p. 157-166, 1997.

LUNNEY, M. Critical thinking and accuracy of nurse's diagnosis. **International Journal of Nursing Terminologies and classifications**, v. 14, n. 3, p. 96-107, 2003.

LUO, J. *et al.* Diabetes and prognosis in older persons with colorectal cancer. **Br J Cancer**, 2014.

MAC BRYDE, C.M.; BLACKLOW, R.S. **Sinais e sintomas: fisiopatologia aplicada e interpretação clínica** 5. ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1975.

MAGALHÃES, A.M.M.; MATZENBACHER, B.C.M.; PACHECO, C.R.M. Diagnósticos de enfermagem de paciente submetido à transplante de medula óssea alogênico. **Rev Gaúcha Enferm**, v.26, n.1, p.67-75, 2005.

MARKLAND, A.D. *et al.* Whitehead Association of low dietary intake of fiber and liquids with constipation: evidence from the national health and nutrition examination survey. **Am J Gastroenterol**, v.108, p.796-803, 2013.

MASOODI *et al.* Frequency of Celiac Disease in Patients with Increased Intestinal Gas (Flatulence). **Glob J Health Sci**, v.8, n.6, p.147-153, Jun. 2016.

MATOS, F. G. A.; CRUZ, D. D. A. L. M. D. Development of an instrument to evaluate diagnosis accuracy. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, n. esp, p.1088-1097, 2009; 43(n. esp):1088-97.

MCMILLAN, SC. Trajectory of medication-induced constipation in patients with cancer. **Oncol Nurs Forum**, v.40, n.3, p. 92-100, May.2013.

MCQUADE *et al.* Chemotherapy-Induced Constipation and Diarrhea: Pathophysiology, Current and Emerging Treatments. **Front Pharmacol**, v.7, n.414, 2016.

MELO, A. S. **Validação dos diagnósticos de enfermagem disfunção sexual e padrão de sexualidade ineficazes**. Ribeirão Preto: USP, 2004. 189 p. Tese (Doutorado)- Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MENEGHELLI, U; MARTINELLI, A. Princípios de semiótica e de interpretação do exame clínico do abdômen. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, v.37 n.3/4, p. 267-285, 2004.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MILAN *et al.*, 2013. Arterial hypertension and cancer. **Int. J. Cancer**, v.134, p.2269–2277, 2014.

MISCHUK *et al.* Ghrelin level and types of eating behavior when combined with irritable bowel syndrome, arterial hypertension and obesity. **Archives of the Balkan Medical Union**, v.54, n.3, 2018.

MUGIE, S.M.; BENNINGA, M.;DI LORENZO, C. Epidemiology of constipation in children and adults: A systematic review. **Best Pract Res Clin Gastroenterol**, v.25, p. 3-18, 2011.

MUTHU, V. *et al.* Adverse effects observed in lung cancer patients undergoing first-line chemotherapy and effectiveness of supportive care drugs in a resource-limited setting. **Lung India**, v.36, n.1, p.32-37, Jan-Feb. 2019.

NASCIMENTO, L.C. *et al.* Spirituality and religiosity in the perspectives of nurses. **Texto Contexto Enferm**, v.22, n.1, p.52-60, Jan-Mar. 2013. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/07.pdf>. Cited 2019 Jan 15.

NERIS, R. R. *et al.* Experiência do cônjuge diante da mulher com câncer de mama e em quimioterapia: estudo de caso qualitativo. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e20180025, 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400208&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 15 jan. 2019. E pub16-Ago-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0025>.

NUNES, M. M. **Acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem proteção ineficaz em adolescentes com câncer**. 2016. 98f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

NURGALI *et al.* Editorial: Adverse Effects of Cancer Chemotherapy: Anything New to Improve Tolerance and Reduce Sequelae? **Front Pharmacol**, 2018.

NYROP *et al.* Patient-Reported Toxicities During **Chemotherapy** Regimens in Current Clinical Practice for Early Breast Cancer. **Send to Oncologist**, 2018.

OLIVEIRA, Max Moura de *et al.* Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 146-157, Dec. 2015. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000600146&lng=en&nrm=iso. Access on 15 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060013>.

OLIVON E.V. *et al.* Prevalência e fatores associados à constipação intestinal funcional em universitários. **Ciência&Saúde**, v.9, n.3, p.150-155, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1994. vol.2.

PATEL, P. *et al.* Association of *Helicobacter pylori* and *Chlamydia pneumoniae* infections with coronary heart disease and cardiovascular risk factors. **BMJ**, v.311, n.7007, p.711-714, 1996.

PATIMAH *et al.* Frequency patterns of core constipation symptoms among the Asian adults: a systematic review. **BMC Gastroenterology**, v.17, n.115, 2017.

PORTO, C.C.; PORTO. **Exame clínico: bases para a prática médica**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

POLIT, D. F. **Data analysis & statistics for nursing research**. New Jersey: Prentice Hall, 1996.

POTTER, P. A.; PERRY, A.G. **Diagnóstico de Enfermagem**. In: POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. p. 247-260.

PRINCE, A.C. *et al.* Fermentable Carbohydrate Restriction (Low FODMAP Diet) in Clinical Practice Improves Functional Gastrointestinal Symptoms in Patients with Inflammatory Bowel Disease. **Inflamm Bowel Dis**, v.22, n.5, p.1129-1136, 2016.

REAM, E.; RICHARDSON, A. Fatigue: a concept analysis. **Int J Nurs Stud**, v.33, n.5, p.519-529, 1996.

RHONDALI, W. *et al.* Self-reported constipation in patients with advanced cancer: a preliminary report. **Journal of pain and symptom management**, v.45, p.23-32, 2013.

ROWLAND, J.H.; BELLIZZI, K.M. Cancer survivorship issues: Life after treatment and implications for an aging population. **Journal of Clinical Oncology**, v.32 n.24, p.2662-2668, 2014.

SAIKKU, P. *et al.* Chronic *Chlamydia pneumoniae* infection as a risk factor for coronary heart disease in the Helsinki Heart Study. **Ann Intern Med**, v.116, n.4. p.273-278, 1992.

SALMOIRAGO-BLOTCHER, *et al.* Constipation and Risk of Cardiovascular Disease among Postmenopausal Women. **The American Journal of Medicine**, v.124, n.8, August.2011.

SCHONBERG, M.A. *et al.* Breast cancer among the oldest old: Tumor characteristics, treatment choices, and survival. **Journal of Clinical Oncology**, v.28, n.12, p. 2038-2045, 2010.

SCHONBERG, M.A. *et al.* Factors noted to affect breast cancer treatment decisions of women aged 80 and older. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.60, n.3, p. 538-544, 2012.

SERRA *et al.* Guia de prática clínica sobre el manejo de estreñimiento crónico en el paciente adulto. Parte 1: Definición, etiología y manifestaciones clínicas. Gastroenterología y Hepatología (English Edition), v.40, n.3, p.132-141, March. 2017.

SIDNEY *et al.* Estudo de reações adversas ao paclitaxel em pacientes com câncer de mama em um hospital de referência. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**, São Paulo v.8 n.1 37-42 jan./mar. 2017.

SILVA, L. C. A. *et al.* **Intervenções de enfermagem no cuidado com paciente oncológico.** XIV Jornada de Extensão Unijuí, 2013.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner&Suddarth:** Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA-SBC. **Os principais tipos de tratamento de câncer.** Salvador, BA, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA-SBCE. **Tipos de dores de cabeça.** Curitiba, PR, 2017.

SOUSA, R.M. *et al.* Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes onco-hematológicos: mapeamento cruzado. **Esc. Anna Nery**, v. 19, n.1, p. 54-65, 2015.

SOUZA *et al.* Hipertensão e Câncer. **Arq Bras Cardiol**, v.104, n.3, p. 246-252, 2015.

SOUZA, A.S.; MENEZES, M.F.B. Diagnósticos de Enfermagem em Pacientes Neurocirúrgicos Oncológicos: Subsídios para a Informatização do Processo de Enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.55, n.3, p. 303, 2009.

SPILLER, R. C.; THOMPSON, W. G. **Arq.Gastroenterol.**, São Paulo, v. 49, supl.1, p. 39-50, 2012.

STAATS *et al.* Incidence of constipation associated with long-acting opioid therapy: a comparative study. **South Med J**, v.97, p.129-134, 2004.

STEINHORN, D.M.; DIN, J.; JOHNSON, A. Healing, spirituality and integrative medicine. **Annals of Palliative Medicine**, v.6, n.3, p.237-247, 2017.

SWANSON, S.A. *et al.* A Monte Carlo investigation of factors influencing latent class analysis: An application to eating disorder research. **International Journal of Eating Disorders**, v. 45, n.5, p. 677-684, 2012.

TAVARES, J. R.; BISPO, V. R. S.The most common nursing diagnosis among adults/seniors hospitalised with cancer: integrative review. **Ecancer**, v.8, p. 462, 2014.

THORPE, D.M. Management of opioid-induced constipation. **Curr Pain Headache Rep**, v.5, p.237-240, 2001.

TWYXCROSS, R. *et al.* Stimulant laxatives and opioid-induced constipation. **Journal of pain and symptom management**, v.43, p.306–313, 2012.

UYSAL, N. *et al.* Symptoms Experienced and Information Needs of Women Receiving. **Chemotherapy. Asia Pac J OncolNurs**, v.5, n.2, p.178-183, Apr-Jun. 2018.

VAKILI *et al.* Association of High Dietary Saturated Fat Intake and Uncontrolled Diabetes with Constipation: Evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey. **Neurogastroenterol Motil**, v.27, n.10, p.1389-1397, Oct.2015.

VERDES, G. *et al.* Correlation between leptin and ghrelin expression in adipose visceral tissue and clinical-biological features in malignant obesity. **Rom J MorpholEmbriol**, v.58, n.3, p.923-929, 2017.

VITOR, A.F. *et al.* Diagnósticos de enfermagem do domínio eliminação e troca identificados em pacientes em pós-Operatório. **J. res.: fundam. care**, v.7, n.2, p.2453-2463, abr./jun.2015.
WALD, A. Constipation: Advances in Diagnosis and Treatment. **JAMA**, v.315, n.2, p.185-191, 2016.

WALD, A. *et al.* The burden of constipation on quality of life: results of a multinational survey. **Aliment PharmacolTher**, v.26, p.227-236, 2007.

WANG *et al.* The clinical efficacy and safety of paclitaxel combined with avastin for NSCLC patients diagnosed with malignant pleural effusion. **Rev Assoc Med Bras**, v.64, n.3, p.230-233, 2018.

WANG *et al.* Ghrelin and obestatin levels in hypertensive obese patients. **J Int Med Res**, v.42, n.6, p.1202-1208, 2014.

WERTH, B.L.; WILLIAMS, K.A.; PONT, L.G. A longitudinal study of constipation and laxative use in a community-dwelling elderly population. **Arch GerontolGeriatr**, v.60, p.418-424, 2015.

WICKHAM, R.J. Managing Constipation in Adults With Cancer. **J AdvPractOncol**, v.8, n.2, p.149-161, 2017.

WIERMANN *et al.* Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor Relacionada ao Câncer. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, v.10, n.38, out/nov/dez. 2014.

WOODWAR, D. S. Assessment and management of constipation in older people. **Nurs Older People**, v.24, n.5, p.21-26, 2012.

WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANIZATION. **WGO Practice Guidelines: Constipação: uma perspectiva mundial**, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. Geneva, 2013.

XUE, H. *et al.* Nutrition modulation of gastrointestinal toxicity related to cancer chemotherapy from preclinical findings to clinical strategy. **J. Parenter. Enteral Nutr**, v.35, p.74-90, 2011.

YAMADA *et al.* Clinical factors associated with the symptoms of constipation in patients with diabetes mellitus: A multicenter study. **Journal of Gastroenterology and Hepatology**, 2017.

YANG, J. *et al.* Effect of dietary fiber on constipation: a meta analysis. **World J Gastroenterol**, v.18, n.48, p.7378-7383, 2012.

ZAHEDI, M.J. *et al.* The Assessment Prevalence of Functional Constipation and Associated Factors in Adults: A Community-based Study from Kerman, Southeast, Iran (2011-2012). **Govaresh**, v.192, p.95-101, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA ANÁLISE DE ACURÁCIA DOS INDICADORES CLÍNICOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONSTIPAÇÃO.

IDENTIFICAÇÃO	Data:
Nome (iniciais):	Idade (anos):

Sangramento retal 1() Sim 2() Não		
Cefaléia1() Sim 2() Não		
Náusea 1() Sim 2() Não		
Vômito 1() Sim 2() Não		
Alteração do sono devido à constipação intestinal: 1()não 2()raramente 3() freqüentemente4()sempre		
Alteração do apetite devido à constipação intestinal: 1()não 2()raramente 3() freqüentemente4()sempre		
Alteração do humor devido à constipação intestinal: 1()não 2()raramente 3() freqüentemente4()sempre		
Exame Físico:		
Abdome		
Ausculta:		
1.()Borborigmo 2.()Ruídos Intestinais Hiperativos 3.() Ruidos intestinais hipoativos		
Percussão		
1.() Macicez2.()Timpanismo		
Palpação		
1() Abdome flácido 2() Abdome distendido 3() Massa Palpável		
Dieta		
Verduras folhosas:1()não 2()às vezes 3()sempre		
Frutas laxantes: 1()não 2()às vezes 3()sempre		
Coquetel laxante: 1()não 2()às vezes 3()sempre		
Acréscimo de óleos vegetais 1()não 2()às vezes 3()sempre		
Ingestão hídrica: _____ copos de água/dia		
Realiza massagem intestinal? 1() sim 2()não3()irregularmente		
Acorda disposto para atividades diárias:	1 () Sim	2 () Não
Realiza alguma atividade física	1() Sim	2 () Não
Mudança Ambiental Recente:	1() Sim	2 () Não
Ignora a urgência ao evacuar:	1() Sim	2 () Não
Hábitos de higiene:	1() Adequados	2() Inadequados

APENDICE B – PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO

Componentes do diagnóstico de enfermagem constipação

Serão apresentadas a seguir as instruções para a operacionalização da medição dos indicadores do diagnóstico de enfermagem constipação, com base em conceitos da World Gastroenterology Organization (2010), além de literatura médica e de enfermagem, visando fornecer melhores subsídios para a realização desta pesquisa.

Abdome distendido

Define-se como aumento no volume abdominal proveniente do excesso de gases ou líquidos em alça intestinal. Pode estar relacionado a hábitos alimentares, características individuais ou doenças intestinais como a síndrome do intestino irritável e a constipação intestinal (BHARUCHA *et al.*, 2012).

Através da inspeção no exame físico abdominal, é possível detectar a distensão, bem como por meio da percepção do próprio paciente. Assim, como o exame físico se deu de forma pontual, em apenas um único momento, o relato do paciente também foi considerado

para a presença do indicador. Desse modo, quando avaliado abdome distendido através de inspeção abdominal bem como de relato de distensão pelo paciente após início do tratamento quimioterápico, o indicador foi considerado presente.

Anorexia

É a redução ou perda do apetite, que resulta em uma extrema magreza do indivíduo. O diagnóstico da doença requer um peso significativamente baixo (FEARON, *et al.*, 2011).

A gravidade tem por base o índice de massa corporal (IMC). A CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) identifica como pessoa com anorexia, aquela que apresenta um IMC igual ou inferior a 17,5 kg/m². Desse modo, optou-se por considerar presente o indicador quando IMC estava abaixo deste valor, associado à perda de apetite, após início do tratamento quimioterápico.

Apresentações incomuns em idosos (mudança no estado mental, incontinência urinária, quedas inexplicáveis, temperatura corporal elevada).

A mudança no estado mental consiste em um comportamento diferente do habitualmente esperado (BOERY, *et al.*, 2005). A inspeção do estado mental foi realizada por meio das informações fornecidas pelo paciente ou familiar/acompanhante através de alteração do comportamento, reações duradouras, caracterizando uma mudança decorrente da constipação. Desse modo, foi considerado presente o indicador, quando o paciente ou familiar/acompanhante indicasse alguma mudança habitual de comportamento após início do tratamento quimioterápico.

A incontinência urinária é definida como perda involuntária de urina pela uretra. Este problema é um achado relativamente comum, podendo acometer indivíduos de qualquer faixa etária, porém sua incidência aumenta com o decorrer da idade (BOLINA *et al.*, 2013). Optou-se por definir a presença do indicador quando do relato de incontinência após o início do tratamento quimioterápico.

A queda é um evento bastante comum e devastador em idosos. A distribuição das causas difere entre idosos institucionalizados e os não-institucionalizados. As quedas entre os moradores de asilos e casas de repouso são em decorrência de distúrbios de marcha, equilíbrio, vertigem e confusão mental, enquanto que pessoas não institucionalizadas tendem a cair por problemas ambientais, seguidos de fraqueza/distúrbios do equilíbrio e marcha, "síncope de pernas", tontura/vertigem, alteração postural/hipotensão ortostática, lesão do

Sistema Nervoso Central, síncope e outras causa (FREITAS *et al.*, 2011). Assim, foi considerado presente o indicador, se houvesse algum relato de queda após início do tratamento quimioterápico.

A regulação da temperatura do corpo ocorre principalmente por mecanismos de *feedback* neurais, através de centros regulatórios da temperatura localizados no hipotálamo (GUYTON; HALL, 2012). A NANDA-I estabelece, desde 1986, o diagnóstico de enfermagem de hipertermia. Este se refere ao domínio de resposta humana segurança e proteção, sendo definido como temperatura corporal elevada acima dos parâmetros vitais. Optou-se por definir a presença do indicador caso a temperatura corporal estivesse elevada acima de 37,8 graus no momento da entrevista.

Borborismo

Ainda há controvérsia na literatura a cerca da definição de borborismo quando se fala em ruídos intestinais. A WGO (2010) define borborismo como ruídos intestinais audíveis. Já Meneghelli & Martinelli, (2004) definem borborismo como fortes ruídos intestinais. Através do exame físico abdominal, mais precisamente da ausculta é possível detectar o borborismo. Desse modo, foi considerado presente o indicador clínico, quando auscultado ruídos intestinais sem a necessidade de ausculta com o estetoscópio.

Cefaléia

Dor difusa, de leve a moderada intensidade na região do crânio, muitas vezes descrita como a sensação de pressão. Existem mais de uma centena de causas de cefaleia citadas na literatura (SBCE, 2017). Optou-se por identificar esse indicador através das queixas do próprio paciente, na medida em que referisse cefaléia como um incômodo após início do tratamento quimioterápico.

Dor abdominal

Dor abdominal ou desconforto de origem gastrointestinal funcional que surge da estimulação dos nervos viscerais: normalmente é difusa e mal localizada, muitas vezes no abdome inferior ou central. Quando perguntado para demonstrá-la, o paciente pode usar uma mão estendida, colocada sobre a área. Dados que sugerem a origem gastrointestinal da dor abdominal incluem exacerbação ao comer e alívio por defecação (DROSSMAN, 2014). Desse modo, estabeleceu-se presente o indicador, quando o paciente referiu dor localizada em abdome inferior relacionada à dificuldade de evacuação.

Dor ao evacuar

Definido como dor em região reto-anal no momento da evacuação. A WGO (2010), ao definir a constipação, caracteriza também como uma dolorosa ou difícil do material fecal, como uma condição aguda ou crônica. Portanto, optou-se por definir o indicador como presente através do relato e percepção do próprio entrevistado, na medida em que referisse dor no momento da evacuação após início do tratamento.

Esforço para evacuar

Evacuações laboriosas, esforço excessivo para eliminar as fezes. O consenso de Roma estabelece o esforço evacuatório em pelo menos 25% das evacuações há pelo menos três meses como sintoma em um dos critérios para constipação (DROSSMAN, 2014). Assim, optou-se por estabelecer o indicador clínico como presente se o paciente referisse esforço para evacuar após início do tratamento quimioterápico.

Fadiga

Definido como "uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual" (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Sintoma subjetivo, desagradável que incorpora toda sensação do corpo variando de cansaço a exaustão, criando uma condição geral de falta de alívio, que interfere na capacidade do indivíduo realizar suas habilidades normais (REAM; RICHARDSON, 1996).

Desse modo, quando questionado ao entrevistado a cerca de sua disposição para atividades cotidianas após o início do tratamento quimioterápico, se, diminuída, o indicador foi considerado presente.

Fezes formadas endurecidas

Fezes formadas mais endurecidas que o comum. As alterações funcionais do intestino podem ser representadas pela Escala de Bristol (LEWIS; HEATON, 1997), que permite a classificação visual das fezes em sete tipos distintos:

- Tipo 1: Bolinhas, duras, difíceis de passar.
- Tipo 2: Moldadas, mas embolotadas.
- Tipo 3: Moldadas, com rachaduras na superfície.

- Tipo 4: Moldadas, lisas e macias.
- Tipo 5: Pedacos macios com bordas definidas e fáceis de passar
- Tipo 6: Fezes pastosas, amolecidas.
- Tipo 7: Completamente líquidas.

Desse modo, as fezes endurecidas eram estabelecidas quando paciente indicasse o tipo 1 como o tipo mais frequente de evacuação após início do tratamento quimioterápico.

Fezes líquidas

Os tipos das fezes são consequência direta do tempo de permanência das mesmas em contato com a mucosa do intestino grosso, pois quanto maior o tempo, maior se dá a absorção de água (WGO, 2010). Portanto, no tempo de trânsito mais acelerado, as fezes podem apresentar-se completamente líquidas.

Desse modo, o indicador fezes líquidas foi considerado presente quando o paciente indicasse o tipo 7 por meio da escala de Bristol (LEWIS; HEATON, 1997).

Flatulência excessiva

A frequência de flatulência liberada em pessoas saudáveis varia entre 10 a 20 vezes por dia, embora a passagem excessiva de flatos ou seu odor desagradável possa ser desconfortável para os indivíduos, mas raramente pode ser acompanhada de uma doença grave (PRINCE, 2016). Algumas condições podem causar aumento na produção de gás. Por exemplo, em diabéticos ou pacientes com esclerodermia, a redução da mobilidade do intestino delgado leva ao supercrescimento bacteriano e a um aumento na produção de gás. Em outras doenças, como a doença celíaca e a síndrome do intestino curto, a absorção de carboidratos diminui e, portanto, a produção de gás aumenta (MASOODI *et al.*, 2016). Desse modo, a presença do indicador foi definida através do relato do aumento da flatulência pelo entrevistado.

Indigestão

A dispepsia (ou indigestão) é uma dor crônica ou recorrente na parte superior do abdômen, com uma sensação de plenitude e saciedade precoce durante a alimentação. Pode ir acompanhado de distensão abdominal, eructações, náuseas ou acidez estomacal (WGO, 2010). O indicador clínico esteve presente se o entrevistado relatasse episódios de incômodo, empachamento ou indigestão durante ou após suas refeições a partir do tratamento quimioterápico.

Macicez à percussão abdominal

Segundo Porto (2013), pode-se observar os seguintes tipos de sons no abdome: timpanismo, hipertimpanismo, submacicez e macicez. O som timpânico indica a presença de ar dentro de uma víscera oca. Em condições normais, é percebido em quase todo o abdome, porém é mais nítido na área de projeção do fundo do estômago (espaço de Traube). As variações do timbre do som timpânico nas várias regiões abdominais decorrem das diferentes quantidades de ar contido nos segmentos do trato digestivo; quando aumenta a quantidade de ar, tal como acontece na gastrectasia, no meteorismo, na obstrução intestinal, no vólvulo, no pneumoperitônio, fala-se em hipertimpanismo. Menor quantidade de ar ou superposição de uma víscera maciça sobre uma alça intestinal origina o som submaciço. A ausência de ar origina o som maciço, como se observa nas áreas de projeção do fígado, baço e útero gravídico. Ascite, tumores e cistos contendo líquido originam som maciço. Desse modo, foi presente o indicador quando o achado na percussão em quadrante abdominal inferior fosse a ausência de timpanismo e predominância de som maciço.

Massa abdominal palpável

Massa abdominal encontrada à palpação abdominal. Deve-se proceder à palpação superficial e profunda, com objetivo de identificar alteração em vísceras, presença de tumorações, dor, resistência em parede. À palpação superficial do abdome, propriamente dita, investigam-se a sensibilidade, a resistência da parede, a continuidade da parede abdominal, as pulsações e o reflexo cutâneo-abdominal. Quando se encontra uma víscera ou uma massa palpável, o primeiro a ser feito é localizá-la, tendo em conta as regiões abdominais, avaliando sua sensibilidade para que se possam estudar adequadamente suas características semiológicas pela palpação profunda (PORTO, 2013). O indicador clínico esteve presente se palpado massa abdominal em exame físico.

Mudança no padrão intestinal

A mudança no padrão intestinal consiste em um comportamento diferente do habitual concernente ao padrão de evacuações. A inspeção é fornecida pelo paciente sobre alterações significativas a cerca de seu padrão intestinal. Optou-se por incluir no padrão intestinal o número de evacuações por semana, consistência das fezes e esforço evacuatório, visto que são

critérios estabelecidos no Consenso de Roma (DROSSMAN, 2014). Dessa forma, a mudança no padrão intestinal esteve presente, se o paciente afirmasse mudança em qualquer um dos critérios desde o momento em que iniciou o tratamento quimioterápico.

Redução na frequência das fezes

A redução na frequência das fezes ocorre com a diminuição do padrão evacuatório relatada pelo paciente. De acordo com o Consenso de Roma (DROSSMAN, 2014), a redução da frequência de evacuações para menos de três vezes por semana configura como um dos sinais de critério para constipação. Sendo assim, optou-se por considerar o indicador clínico como presente, caso o paciente afirmasse redução na frequência das fezes por menos de três vezes por semana após início do tratamento quimioterápico.

Redução no volume das fezes

A redução no volume das fezes configura diminuição na quantidade de fezes expelida em cada evacuação (WGO, 2010). Como a mensuração da quantidade de fezes não foi possível, a medida da presença do indicador clínica foi realizada através do relato e percepção de cada paciente. Desse modo, foi considerado presente o indicador, se o paciente indicasse a diminuição no volume das fezes nas suas evacuações.

Ruídos intestinais hipoativos e Ruídos intestinais hiperativos

São descritos os sinais acústicos, utilizando-se do estetoscópio, auscultando-se os quatro quadrantes do abdome, especialmente a área central, durante dois a três minutos, com a finalidade de identificar timbre, frequência e intensidade dos movimentos hidroaéreos, além de procurar identificar a existência de sopros (PORTO, 2013).

Em condições patológicas os ruídos hidroaéreos podem estar com intensidade aumentada (exemplo: diarreias, hemorragias digestivas, suboclusão intestinal ou obstrução intestinal) ou diminuída ou ausente (exemplo: íleo paralítico). Os ruídos hidroaéreos podem assumir o tom metálico, nos casos de obstrução de intestino delgado. Segundo Porto (2013), em condições normais, ocorrem um ruído cada 5 a 10 segundos, caracterizados por timbre agudo, de localização variável e de aparecimento imprevisível, decorrentes da movimentação dos líquidos e gases contidos no trato gastrointestinal. Sendo assim, optou-se por definir os ruídos em hipoativos como menos de 5 ruídos a cada 1 minuto e hiperativos com mais de 15 ruídos a cada 1 minuto.

Sangue vermelho vivo nas fezes

Presença de sangue no conteúdo fecal ao evacuar. Segundo a WGO (2010), é considerado como sinal de alarme na constipação, a presença de sangue nas fezes. Contudo, como não foi possível analisar o conteúdo fecal dos entrevistados, utilizou-se o relato e sua percepção. Portanto foi considerado o indicador clínico como presente, quando houve relato de fezes com presença de sangue vermelho vivo em algum episódio evacuatório após início do tratamento quimioterápico.

Sensação de preenchimento retal

Sensação de obstrução retal ou evacuação incompleta. Segundo consenso de Roma (DROSSMAN, 2014), a sensação de preenchimento retal é um dos sinais que preenche critérios para a constipação. Dessa forma, foi estabelecido como presente, o indicador através da percepção do paciente de evacuação insatisfatória.

Sensação de pressão retal

A maioria dos pacientes com desconforto retal, anal e sacral tem alterações no elevador retal. Em grande parte dos indivíduos, há sensibilidade aumentada à palpação dos músculos pélvicos e esta síndrome crônica pode refletir uma hiperalgesia visceral e/ou aumento da tensão do músculo pélvico. (BHARUCHA *et al.*, 2013) A sintomatologia pode variar entre dor "pesada" ou a pressão no reto, às vezes descritas como a sensação de estar sentando sobre uma bola ou com se tivesse uma bola dentro do reto. A dor piora quando a pessoa se senta e melhora quando em pé ou deitada. Desse modo, como não foi realizado exame físico retal, optou-se por definir o indicador clínico como presente através da percepção de cada paciente na região retal com sensação de peso ou pressão.

Sensibilidade abdominal com e sem resistência muscular palpável

Abdome com sensibilidade dolorosa à palpação. Normalmente ocorre da contração dos músculos da parede abdominal, que podem ser voluntários ou involuntários (patológico). A contratura muscular involuntária (defesa da parede abdominal) obedece a um reflexo visceromotor, cujo estímulo se origina no peritônio inflamado (peritonite). A defesa da parede abdominal pode ser localizada ou generalizada (abdome em tábua). Quando localizada, é mais bem reconhecida comparando-se as regiões homólogas pela palpação combinada (PORTO, 2013). Desse modo, a presença dos indicadores clínicos eram definidos através da

sensibilidade do entrevistado à palpação abdominal. A resistência muscular palpável foi considerada presente caso fosse encontrado sinais de inflamação ou peritonite.

Vômito

Ato involuntário que consiste na expulsão oral forçada do conteúdo gástrico provocada por contração enérgica dos músculos abdominais (MAC BRYDE & BLACKLOW, 1975).

Optou-se por definir a presença do indicador clínico através do relato de episódios de vomito após o início do tratamento quimioterápico.

APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: **ACURÁCIA DOS INDICADORES CLÍNICOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONSTIPAÇÃO EM PACIENTES EM TERAPIA ANTINEOPLÁSICA**, que tem como pesquisador responsável a professora Ana Luísa Brandão de Carvalho Lira.

Esta pesquisa pretende analisar as medidas de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Constipação em pacientes em terapia antineoplásica.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é a necessidade de investigar o diagnóstico de enfermagem Constipação em pacientes em terapia antineoplásica devido à relação intrínseca entre o referido diagnóstico e tais indivíduos. A literatura apresenta alta prevalência do DE Constipação nesses pacientes, bem como vários transtornos ocasionados por esse problema na qualidade de vida da clientela e de seus familiares.

Portanto, os enfermeiros, profissionais cujo contato é direto com os pacientes, devem estar cientes da ocorrência desse problema para melhor cuidar. Para isso devem ser realizados estudos, como este, com a finalidade de facilitar a compreensão por parte dos enfermeiros sobre a constipação em pacientes oncológicos. Assim, convido o (a) senhor (a), a participar desta pesquisa, pois com os resultados dela poderemos identificar quais sinais são mais característicos da constipação. Acreditamos, portanto, que este trabalho contribuirá para a melhoria do trabalho da enfermagem com pacientes oncológicos.

Caso você decida participar, precisaremos realizar uma entrevista e exame físico. Na entrevista perguntaremos algumas informações a seu respeito, da evolução da sua doença e sintomas da mesma. Também iremos examiná-lo (a), avaliando seu abdome. Mediremos sua pressão arterial, respiração e pulso. Nessa avaliação, não haverá nenhum desconforto e só farei isso se o (a) senhor (a) concordar. Os valores avaliados serão informados ao (à) senhor (a) e registrados em uma ficha própria. A entrevista e o exame físico podem durar até 40 minutos.

Sua participação é voluntária, o que significa que o (a) senhor (a) poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Os riscos envolvidos com sua participação são mínimos e podem estar relacionados a algum tipo de constrangimento que será minimizado pelo cuidado que teremos ao realizar a pesquisa. O (A) senhor (a) não estará recebendo nenhum benefício diretamente, no entanto, com esta pesquisa, estará cooperando para melhorar a qualidade do cuidado prestado pela enfermagem.

Em caso de algum problema que você possa ter, relacionado com a pesquisa, você terá direito a assistência gratuita que será prestada por Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira, o pesquisador principal.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para a professora Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira, através do telefone (84) 3215-3889 no Departamento de Enfermagem (DENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), localizado no Campus Universitário, n. 3000. Bairro: Lagoa Nova, Natal/RN. Poderá entrar em contato também com o Comitê de Ética em Pesquisa da Liga Nortterriograndense Contra o Câncer - CEP/LNRCC, localizado na Rua Dr. Mário Negócio, 2267. Quintas, Natal/RN, através do telefone: (84) 4009-5494 ou e-mail: cep@liga.org.br.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.

Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Liga Contra o Câncer, telefone 4009-5494 de segunda a sexta das 13:30 as 16:30.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa **ACURÁCIA DOS INDICADORES CLÍNICOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONSTIPAÇÃO EM PACIENTES EM TERAPIA ANTINEOPLÁSICA**, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal, ___ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Impressão datiloscopia do
participante



APÊNDICE D- TERMO AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA USO DE DOCUMENTOS DE PACIENTES

Ilma Sra. Lidivânia Clarice do Nascimento Colombo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da LIGA

O Departamento de Enfermagem da UFRN realizará uma pesquisa sob a orientação do Profa. Ana Luísa Brandão de Carvalho Lira intitulada ACURÁCIA DOS INDICADORES CLÍNICOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONSTIPAÇÃO EM PACIENTES EM TERAPIA ANTINEOPLÁSICA. Para isso, serão realizadas uma entrevista e um exame físico. Na entrevista perguntaremos algumas informações no que diz respeito aos dados socioeconômicos, hábitos de vida e história/evolução da doença. Será realizado também um exame físico, avaliando principalmente seu abdome. Poderá haver aferição de pressão arterial, respiração e pulso. Nessa avaliação, não ocorrerá nenhum desconforto e só será realizado

mediante concordância do paciente. Os valores avaliados serão informados ao paciente e registrados em uma ficha própria. A entrevista e o exame físico podem durar até 40 minutos, com a finalidade de analisar as medidas de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Constipação nesta clientela, identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem Constipação e de seus indicadores clínicos em pacientes oncológicos; verificar a associação entre o diagnóstico de enfermagem Constipação e de seus indicadores clínicos nessa clientela; e determinar a sensibilidade e a especificidade dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Constipação em pacientes oncológicos.

Assim sendo, solicitamos de V.Sa. a valiosa colaboração, no sentido de autorizar o acesso e utilização de (fichas, prontuários ou outro documento de cadastro dos pacientes da LIGA) pelo orientando Isabel Neves Duarte Lisboa.

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados tão somente para realização deste estudo, minimizando o risco de exposição dos pacientes. Serão tomadas as devidas precauções para que não haja danos aos documentos: ou seja, o (s)pesquisador (ES) se compromete manusear os documentos em ambiente reservado e destinado para isso e não retirá-los do local de origem, não fotografar ou fazer cópia de qualquer natureza (citar outros riscos se houver e as formas de minimizá-los). Mesmo com os cuidados tomados pelo (s) (pesquisador ou grupo de pesquisadores) com os pacientes, donos dos documentos cedidos, caso ocorra danos provenientes da pesquisa, os mesmos serão devidamente indenizados pelos pesquisadores.

A pesquisa não trará benefício direto aos pacientes, no entanto, o estudo irá contribuir para melhorar a qualidade do cuidado prestado pela enfermagem.

Os dados serão guardados em local seguro no Departamento de Enfermagem (DENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), localizado no Campus Universitário, n. 3000. Bairro: Lagoa Nova, Natal/RN, sob a responsabilidade do (a)Coordenador(a) da pesquisa e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

A pesquisa não acarretará despesas nem para esta Instituição – Liga Norte Riograndense Contra o Câncer, nem para os sujeitos de pesquisa. No entanto, se surgir alguma despesa não prevista, referente à participação da LIGA ou dos sujeitos, nos comprometemos ressarcir tais despesas, mediante solicitação.


A participação do Centro é voluntária, o que significa que V.Sa. poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso traga nenhum prejuízo ou

*penalidade para a Instituição LIGA ou pacientes donos dos documentos. V.Sa. ficará com uma cópia deste Termo, elaborado em duas laudas, e toda dívida que tiveres a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente ao Profa. **Ana Luísa Brandão de Carvalho Lira**, no Departamento de Enfermagem (DENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), localizado no Campus Universitário, n. 3000. Bairro: Lagoa Nova, Natal/RN.*

Natal, 07 de Novembro de 2017.

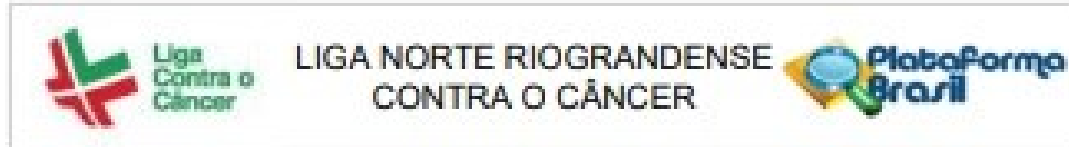
Coordenador (a)/ Orientador (a) do Projeto

APÊNDICE E – ESCALA DE BRISTOL

<p>TIPO 1 Caroços duros separados, como nozes.</p>		<p>1 – Pedacos separados, duros como amendoim</p>
<p>TIPO 2 Na forma de salsicha mas com caroços.</p>		<p>2 – Forma de salsicha, mas segmentada</p>
<p>TIPO 3 Na forma de salsicha ou cobra mas com rachas na superficie.</p>		<p>3 - Forma de salsicha, mas com fendas na superficie</p>
<p>TIPO 4 Como uma salsicha ou cobra, regular e macio.</p>		<p>4 – Forma de salsicha ou cobra, lisa e mole</p>
<p>TIPO 5 Caroços macios com cantos bem demarcados.</p>		<p>5 – Pedacos moles, mas com contorno nítidos</p>
<p>TIPO 6 Caroços macios com cantos rasgados.</p>		<p>6 – Pedacos aerados, contornos esgarçados</p>
<p>TIPO 7 Totalmente liquido.</p>		<p>7 – Aquosa, sem peças sólidas</p>

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação pelo comitê de ética em pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACURÁCIA DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONSTIPAÇÃO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Pesquisador: ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80285917.6.0000.5203

Instituição Proponente: Liga Norte Rio-grandense Contra o Câncer

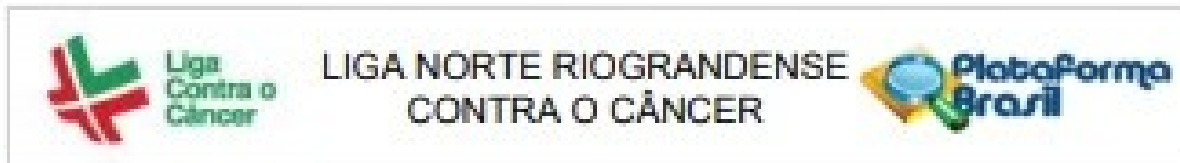
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.417.240

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de acurácia diagnóstica. O estudo tem como objetivo analisar a acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Constipação em pacientes oncológicos. A presença do diagnóstico de enfermagem caracteriza um agrupamento e interpretação de sinais e sintomas identificados em pacientes, buscando a precisão desses diagnósticos para a assistência e ensino, o que torna relevante a validação de tal diagnóstico, para planejamento de uma assistência direcionada necessitando de pesquisas sobre diagnósticos de enfermagem, com destaque na área da oncologia, principalmente ao paciente com constipação. Com isso, o estudo será de acurácia diagnóstica, do tipo transversal. Será desenvolvido na enfermaria de um hospital de referência para tratamento oncológico de Natal-RN. A população será composta por pacientes internados com constipação nesse hospital. A amostra foi determinada por meio da classe latente, em que definiu-se 8 indivíduos para cada um dos 30 indicadores clínico do diagnóstico de enfermagem constipação, totalizando uma amostra de 240 indivíduos. A coleta de dados ocorrerá durante os meses de fevereiro a maio de 2018, em que os pacientes assinarão um termo esclarecido informando sua participação e o sigilo das informações coletadas. Para tal a proposta será encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Liga Norteriograndense contra o Câncer.



Continuação do Protocolo: 2.417.260

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar as medidas de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Constipação em pacientes oncológicos.

Objetivo Secundário: Identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem Constipação e de seus indicadores clínicos em pacientes oncológicos; Verificar a associação entre o diagnóstico de enfermagem Constipação e de seus indicadores clínicos nessa clientela; Determinar a sensibilidade e a especificidade dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Constipação em pacientes oncológicos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A presente pesquisa constituir-se-á de risco mínimo, visto que não se trata de uma pesquisa experimental. Além disso, será assegurado privacidade e sigilo sobre qualquer informação fornecida, bem como será assegurado o direito a qualquer participante de rejeitar ou retirar-se da pesquisa a qualquer momento que julgar necessário. Contribuir para a produção de evidências científicas consistentes, possibilitando aos enfermeiros uma inferência diagnóstica mais fidedigna do DE Constipação no contexto do paciente oncológico, avançando o estado da arte da enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta objetivos bem definidos, adequado desenho metodológico e significativa relevância social e científica, pois contribuirá para o melhor tratamento em pacientes com câncer de mama triponegativo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou todos os termos obrigatórios devidamente assinados e carimbados.

Recomendações:

Informações ao pesquisador: segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa, e resolução nº466/2012 do CNS, o pesquisador responsável deverá:

1. Entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do TCLE na íntegra, por ele assinada;
2. Desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado;
3. Apresentar ao CEP/LNROC eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa;
4. Apresentar ao CEP/LNROC relatório parcial (a cada 6 meses) e final após conclusão da pesquisa.



Continuação do Parecer: 2.417.260

Informações ao pesquisador: segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa, e resolução nº466/2012 do CNS, o pesquisador responsável deverá:

1. Desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado;
2. Apresentar ao CEP/LNRCC eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa;
3. Apresentar ao CEP/LNRCC relatório parcial (a cada 6 meses) e final após conclusão da pesquisa (Res. 446/12 - CNS, item XI.2d);
4. Descontinuar o estudo somente após análise e manifestação, por parte do Sistema CEP/CONEP/CNS/MS que o aprovou, das razões dessa descontinuidade, a não ser em casos de justificada urgência em benefício de seus participantes (Res. 446/12 - CNS, item III.2u);
5. Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa (Res. 446/12 - CNS, item XI.2f);
6. Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto (Res. 446/12 - CNS, item XI.2g);
7. Justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou não publicação dos resultados (Res. 446/12 - CNS, item XI.2h).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

É recomendado que seja especificado o local da coleta de dados (conforme consta no termo de concessão) e que especifique se serão pacientes de ambulatório. Com relação ao cronograma, é conveniente que este se apresente na forma mês/ano.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1025713.pdf	22/11/2017 11:18:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoIsabelLisboa.doc	22/11/2017 11:16:45	ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito
Outros	Termodeautorizaparautilizadeprotua	22/11/2017	ANA LUISA	Aceito



Liga
Contra o
Câncer

LIGA NORTE RIOGRANDENSE
CONTRA O CÂNCER



Continuação do Parecer: 2.417.240

Outros	rics.pdf	11:09:32	BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito
Outros	Termodeconfidencialidade.pdf	22/11/2017 11:08:53	ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito
Outros	Declaraçãodenaocínio.pdf	22/11/2017 11:08:10	ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito
Outros	Termodeconcessão.pdf	22/11/2017 11:07:26	ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito
Outros	Declaraçãodeconcordânciaodoorientador.pdf	22/11/2017 11:06:54	ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito
Outros	Cartadepresentação.pdf	22/11/2017 11:06:06	ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/11/2017 11:05:34	ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	22/11/2017 11:05:14	ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NATAL, 05 de Dezembro de 2017

Assinado por:

Yasmin Guerreiro Nagashima
(Coordenador)