**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

Daniele Alcalá Pompeo

**Validação do diagnóstico de enfermagem Náusea no período pós-operatório
imediato**

**RIBEIRÃO PRETO
2012**

Daniele Alcalá Pompeo

Validação do diagnóstico de enfermagem Náusea no período pós-operatório imediato

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de pesquisa: Fundamentos teóricos e filosóficos do cuidar

Orientador: Profa. Dra. Lídia Aparecida Rossi

RIBEIRÃO PRETO

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Pompeo, Daniele Alcalá

Validação do diagnóstico de enfermagem Náusea no período pós-operatório imediato. Ribeirão Preto, 2012.

164 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem.

Orientador: Rossi, Lídia Aparecida.

1. Náusea e vômito pós-operatório. 2. Náusea. 3. Vômito. 4. Cuidados pós-operatórios. 5. Enfermagem.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Pompeo, Daniele Alcalá

Título: Validação do diagnóstico de enfermagem Náusea no período pós-operatório imediato

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em : _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.(a) Dr.(a)	Instituição:
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a)	Instituição:
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a)	Instituição:
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a)	Instituição:
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a)	Instituição:
Julgamento: _____	Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*A minha orientadora, meu exemplo profissional, **Profa. Dra. Lúdia Aparecida Rossi**, por me ensinar, dentre tantas coisas, o valor do conhecimento. A informação está em todo lugar, mas o conhecimento é para sempre, proporcionando-nos alcançar os nossos sonhos e torná-los realidade. Obrigada por sua paciência e amizade, por compartilhar comigo toda sua sabedoria e principalmente por acreditar na minha capacidade de ser uma agente de transformação, por meio do ensino e da pesquisa em enfermagem.*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*A **Deus**, por me permitir vivenciar e concluir mais uma etapa profissional.*

*Ao meu filho querido, **Lucca**, por preencher a minha vida de alegria e o meu coração de felicidade. Com você, a vida é diferente, é encantada, cheia de luz e esperança.*

*Ao meu esposo e companheiro, **Eduardo**, por ter me dado o melhor presente da vida, a família. Sem o seu carinho, a sua amizade e o seu incentivo, a concretização deste sonho não se tornaria realidade.*

*A minha querida mãe, **Sônia**, que me ensinou o valor do trabalho e do saber pelo exemplo, que sorri com as minhas vitórias e que me dá forças para vencer os desafios da vida.*

*Ao meu amado pai, **Roberto**, pelos constantes ensinamentos sobre a vida, sempre de forma pacienciosa. Ao pensar em você, pai, sempre vejo um amigo que está ao meu lado, torcendo, incentivando e auxiliando em tudo. Obrigada pela companhia nas viagens a Ribeirão Preto, que se tornaram mais agradáveis e prazerosas.*

*A minha valiosa irmã, **Melina**, verdadeiramente amiga e companheira. Obrigada por estar sempre disposta e presente em todos os momentos importantes da minha vida.*

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. **Emília Campos de Carvalho**, pelas valiosas contribuições ao longo do trabalho. Por me valorizar como profissional e me oportunizar a participação em aulas e eventos científicos na área de processo de enfermagem. Agradeço-a ainda pela amizade, que para mim, significa algo muito valioso.

À Profa. Dra. **Maria Célia Barcelos Dalri**, sempre carinhosa e amiga. Obrigada pelas enriquecedoras contribuições nas fases de refinamento dos instrumentos de coleta de dados e exame de qualificação.

Às Profas. Dras. **Luciana Kusumota** e **Carla Regina de Souza Teixeira**, pelas contribuições dispensadas à pesquisa, por compartilharem conhecimentos e me oportunizarem a participação na Disciplina Semiologia e Semiotécnica. Além disso, agradeço-as pela sincera amizade.

À Profa. Dra. **Maria Helena Pinto**, que me introduziu na pesquisa ainda na graduação em enfermagem, e que até os dias atuais acredita na minha capacidade profissional. Obrigada pela confiança e pela amizade.

À Profa. Dra. **Rosana A. Spadoti Dantas**, pelas contribuições na análise estatística e por compartilhar seu conhecimento comigo em todos os momentos de que precisei. Obrigada ainda pela amizade, a qual sinto orgulho de cultivar.

Ao Prof. Dr. **Vanderlei José Haas**, que pacientemente me auxiliou na etapa de análise estatística. Sua forma de explicar torna as coisas mais simples. Obrigada.

AGRADECIMENTOS

A todos os **enfermeiros expertos** que abdicaram do seu tempo para colaborar com
a minha pesquisa.

Aos **pacientes** que aceitaram participar da pesquisa e que puderam dividir comigo
algumas experiências vivenciadas, antes e depois da cirurgia.

À amiga **Graziella Oller**, pelas palavras de incentivo, por me escutar nos momentos
difíceis e por ser verdadeiramente uma amiga.

A todos os **amigos** e **colegas** que sempre estão presentes. A amizade é
indispensável à vida. Amigos são cores, cada qual com seu matiz e um jeito sempre
muito marcante.

À enfermeira **Gabriela Dias de Lima**, pelo auxílio na coleta dos dados.

Ao **Hospital de Base de São José do Rio Preto** e à equipe de enfermagem do
Centro Cirúrgico por permitir a coleta dos dados.

À **Capes**, que desempenha papel fundamental na expansão e consolidação da pós-
graduação stricto sensu.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto** da Universidade de São Paulo,
instituição de que me orgulho e que levo como referência de ensino e pesquisa na
área da enfermagem.

RESUMO

POMPEO, D.A. **Validação do diagnóstico de enfermagem Náusea no período pós-operatório imediato.** 2012. 164 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Este estudo teve como objetivos analisar o conceito náusea em pacientes no período pós-operatório imediato; avaliar a validade de conteúdo e clínica do diagnóstico de enfermagem Náusea no período pós-operatório imediato, considerando-se o modelo de Fehring; identificar a incidência do referido diagnóstico em pacientes no período pós-operatório imediato; verificar possíveis associações entre os antecedentes de náusea obtidos na análise de conceito e os identificados nos pacientes com náusea no pós-operatório imediato e verificar a frequência de ocorrência das características definidoras principais e secundárias do diagnóstico Náusea. A pesquisa foi desenvolvida em três etapas: análise de conceito, validação de conteúdo e validação clínica. A análise de conceito seguiu as oito fases propostas por Walker a Avant: selecionar o conceito, definir o objetivo da análise, identificar a utilização do conceito, definir atributos definidores, desenvolver casos-modelos, desenvolver outros casos, identificar antecedentes e consequentes e verificar as referências empíricas. Essa etapa foi fundamental para a realização das etapas posteriores (validação de conteúdo e validação clínica), permitindo a construção de definições operacionais e a elaboração de instrumentos de coleta de dados mais direcionados ao cenário do paciente com náusea no período pós-operatório. Participaram da validação de conteúdo 52 expertos que responderam a um instrumento que continha dados de identificação profissional e de validação do diagnóstico de enfermagem Náusea (enunciado, definição, posição que ocupa na estrutura taxonômica e características definidoras, descritas em uma escala tipo Likert). A maioria dos expertos considerou o domínio 12 (Conforto), a classe 1 (conforto físico) e o enunciado (náusea) adequados ao diagnóstico. Foram sugeridas modificações na definição atual do referido diagnóstico de enfermagem. Quatro características definidoras foram consideradas principais (relato de náusea, salivação aumentada, aversão à comida e sensação de vômito) e oito foram denominadas secundárias (deglutição aumentada, gosto amargo na boca, palidez, taquicardia, diaforese, sensação de calor e frio, alterações da pressão arterial e dilatação pupilar). Na etapa de validação clínica, 106 pacientes foram incluídos na amostra. Para a coleta de dados, foram utilizados o questionário de avaliação pré, intra e pós-operatória e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. A náusea foi avaliada em duas etapas: 1) análise das manifestações objetivas (dois enfermeiros simultaneamente) e 2) subjetivas (um enfermeiro). A incidência de náusea foi de 21,70% e, na maioria das vezes, de moderada intensidade. Os antecedentes associados à presença de náuseas no pós-operatório foram: sexo, idade, tipo de anestesia, presença de dor, movimentação e alimentação pós-operatória e odores nocivos. Na etapa 1, a característica definidora denominada principal foi relato de náusea, e as manifestações secundárias foram sensação de vômito, palidez e deglutição aumentada. O índice de concordância variou de 86,95% a 100,00%. Na etapa 2, as características consideradas principais foram relato de náusea e sensação de vômito, e as características definidoras secundárias identificadas foram salivação aumentada e sensação de calor e frio. Os escores totais do diagnóstico de enfermagem Náusea foram de 0,79 e 0,73 para as validações de conteúdo e clínica respectivamente, considerado válido para a Taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association - International* (NANDA-I). Concluiu-se que o relato de náusea, sensação de vômito, palidez, salivação aumentada, deglutição aumentada e sensação de calor e frio são fortes indicativos do diagnóstico de enfermagem Náusea.

Descritores: Náusea e vômito pós-operatório. Náusea. Vômito. Cuidados pós-operatórios. Enfermagem.

ABSTRACT

POMPEO, D.A. **Validation of the nursing diagnosis Nausea in the immediate postoperative period.** 2012. 164 f. Doctoral Dissertation - University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2012.

The aims of this study were to analyze the nausea concept in patients during the immediate postoperative period; to assess the content and clinical validity of the nursing diagnosis nausea in the immediate postoperative period, considering Fehring's model; to identify the incidence of this diagnosis in patients during the immediate postoperative period; to check for possible associations between the nausea antecedents obtained in the concept analysis and those identified in patients with immediate postoperative nausea and to verify the frequency of the primary and secondary defining characteristics of the Nausea diagnosis. The research was developed in three phases: concept analysis, content validation and clinical validation. The concept analysis followed the eight phases proposed by Walker and Avant: select the concept, define the aim of the analysis, identify the use of the concept, define defining attributes, develop model cases, develop other cases, identify antecedents and consequences and check empirical references. This phase was fundamental to accomplish further phases (content validation and clinical validation), permitting the construction of operational definitions and the elaboration of data collection instruments that were better directed at the context of postoperative nausea patients. Fifty-two specialists participated in the content validation, who answered an instrument with professional identification data and the validation of the nursing diagnosis nausea (wording, definition, position in taxonomic structure and defining characteristics, described on a Likert scale). Most experts considered domain 12 (Comfort), class 1 (physical comfort) and the wording (nausea) adequate for the diagnosis. Modifications were suggested in the current definition of the referred nursing diagnosis. Four defining characteristics were considered primary (reported nausea, increased salivation, aversion toward food and gagging sensation), while eight were called secondary (increased swallowing, sour taste in the mouth, pallor, tachycardia, excessive sweating, feeling hot and cold, blood pressure alterations and pupil dilation). In the clinical validation phase, 106 patients were included in the sample. For data collection the pre, intra and post-operative assessment questionnaire and the Hospital Anxiety and Depression Scale were used. Nausea was assessed in two phases: 1) analysis of objective manifestations (two nurses simultaneously) and 2) subjective (one nurse). The incidence level of nausea corresponded to 21.70%, in most cases of moderate intensity. The following antecedents were associated with the presence of nausea and vomiting: gender, age, anesthesia type, presence of pain, postoperative movements and meals and harmful smells. In phase 1, the defining characteristic that was considered primary was reported nausea and the secondary manifestations were gagging sensation, pallor and increased swallowing. Agreement levels ranged between 86.95% and 100.00%. In phase 2, reported nausea and gagging sensation were considered primary characteristics, while increased salivation and feeling hot and cold were identified as secondary defining characteristics. The total scores of the nursing diagnosis Nausea corresponded to 0.79 and 0.73 for the content and clinical validations, respectively, which are considered valid for the Taxonomy of the North American Nursing Diagnosis Association - International (NANDA-I). In conclusion, reported nausea, gagging sensation, pallor, increased salivation, increased swallowing and feeling hot and cold are strong signs of the nursing diagnosis Nausea.

Descriptors: Postoperative nausea and vomiting. Nausea. Vomiting. Postoperative care. Nursing.

RESUMEN

POMPEO, D.A. **Validación del diagnóstico de enfermería Náusea en el periodo postoperatorio inmediato.** 2012. 164 f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Las finalidades de este estudio fueron analizar el concepto náusea en pacientes en el período postoperatorio inmediato; evaluar la validez de contenido y clínica del diagnóstico de enfermería náusea en el período postoperatorio inmediato, considerándose el modelo de Fehring; identificar la incidencia del referido diagnóstico en pacientes en el período postoperatorio inmediato; verificar posibles asociaciones entre los antecedentes de náusea obtenidos en el análisis de concepto y aquellos identificados en los pacientes con náusea en el postoperatorio inmediato y verificar la frecuencia de ocurrencia de las características definidoras principales y secundarias del diagnóstico Náusea. La investigación fue desarrollada en tres etapas: análisis de concepto, validación de contenido y validación clínica. El análisis de concepto siguió las ocho fases propuestas por Walker y Avant: seleccionar el concepto, definir el objetivo del análisis, identificar la utilización del concepto, definir atributos definidores, desarrollar casos modelos, desarrollar otros casos, identificar antecedentes y consecuentes y verificar las referencias empíricas. Esta etapa fue fundamental para llevar a cabo las etapas posteriores (validación de contenido y validación clínica), permitiendo la construcción de definiciones operacionales y la elaboración de instrumentos de recolecta de datos más dirigidos al escenario del paciente con náusea en el periodo postoperatorio. Participaron de la validación de contenido 52 expertos, que respondieron a un instrumento con datos de identificación profesional y de validación del diagnóstico de enfermería náusea (enunciado, definición, posición en la estructura taxonómica y características definidoras, descritas en una escala tipo Likert). La mayoría de los expertos consideró el dominio 12 (Conforto), la clase 1 (conforto físico) y el enunciado (náusea) adecuados al diagnóstico. Fueron sugeridas modificaciones en la definición actual del referido diagnóstico de enfermería. Cuatro características definidoras fueron consideradas principales (relato de náusea, salivación aumentada, aversión a la comida y sensación de vómito) y ocho fueron denominadas secundarias (deglución aumentada, gusto amargo en la boca, palidez, taquicardia, diaforesis, sensación de calor y frío, alteraciones de la presión arterial y dilatación pupilar). En la etapa de validación clínica, 106 pacientes fueron incluidos en la muestra. Para la recolecta de datos fueron utilizados el cuestionario de evaluación pre, intra y postoperatoria y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. La náusea fue evaluada en dos etapas: 1) análisis de las manifestaciones objetivas (dos enfermeros simultáneamente) y 2) subjetivas (un enfermero). La incidencia de náusea correspondió al 21,70% y, en la mayoría de los casos, de moderada intensidad. Los antecedentes asociados a la presencia de náuseas en el postoperatorio fueron: sexo, edad, tipo de anestesia, presencia de dolor, movimiento y alimentación postoperatoria y olores nocivos. En la etapa 1, la característica definidora denominada principal fue relato de náusea y las manifestaciones secundarias fueron sensación de vómito, palidez y deglución aumentada. El índice de concordancia varió entre 86,95% y 100,00%. En la etapa 2, las características consideradas principales fueron relato de náusea y sensación de vómito, y las características definidoras secundarias identificadas fueron salivación aumentada y sensación de calor y frío. Los scores totales del diagnóstico de enfermería Náusea correspondieron a 0,79 y 0,73 para las validaciones de contenido y clínica respectivamente, considerado válido para la Taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association - International (NANDA-I). En conclusión, el relato de náusea, sensación de vómito, palidez, salivación aumentada, deglución aumentada y sensación de calor y frío son fuertes indicativos del diagnóstico de enfermería Náusea.

Descriptor: Náusea y vómito postoperatorio. Náusea. Vómito. Cuidados postoperatorios. Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.	Fatores relacionados às náuseas no período pós-operatório, identificados no estudo de Pompeo (2007).....	19
Figura 2.	Evolução da Taxonomia da NANDA, do ano 2001-2002 a 2009-2011	21
Figura 3.	Organograma representativo do domínio 12 da Taxonomia da NANDA- I (2010).....	22
Figura 4.	Diagnóstico de enfermagem Náusea publicado na Taxonomia I NANDA (1998, p. 122-123)	24
Figura 5.	Critérios estabelecidos para a seleção de expertos, de acordo com Fehring (1994)	34
Figura 6.	Fluxograma de coleta de dados da etapa validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Náusea.....	43
Figura 7.	Fluxograma da coleta de dados da etapa validação clínica do diagnóstico de enfermagem Náusea.....	48
Figura 8.	Escala Visual Analógica para avaliação de náuseas no período pós-operatório.....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Caracterização dos expertos participantes da etapa validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Náusea, São José do Rio Preto - SP, 2011	71
Tabela 2.	Distribuição dos profissionais, segundo a pontuação obtida nos critérios para seleção de expertos de Fehring (1994), São José do Rio Preto - SP, 2011	72
Tabela 3.	Titulação e critérios necessários para a classificação dos expertos, São José do Rio Preto - SP, 2011	73
Tabela 4.	Opinião dos expertos sobre a localização do diagnóstico de enfermagem Náusea no domínio 12 – Conforto, São José do Rio Preto - SP, 2011.....	73
Tabela 5.	Opinião dos expertos sobre a localização do diagnóstico de enfermagem Náusea na classe 1 – Conforto Físico, São José do Rio Preto - SP, 2011.....	74
Tabela 6.	Opinião dos expertos sobre o enunciado do diagnóstico de enfermagem Náusea, São José do Rio Preto - SP, 2011.....	75
Tabela 7.	Opinião dos expertos sobre a definição do diagnóstico de enfermagem Náusea, São José do Rio Preto - SP, 2011	75
Tabela 8.	Características definidoras do diagnóstico de enfermagem Náusea, segundo a pontuação obtida na validação de conteúdo, São José do Rio Preto - SP, 2011	76
Tabela 9	Caracterização dos pacientes, segundo sexo, idade e anos de estudo, São José do Rio Preto – SP, 2011	79
Tabela 10	Distribuição dos pacientes, segundo a presença, número de episódios, intensidade e tempo de ocorrência de náuseas no pós-operatório, São José do Rio Preto – SP, 2011	81
Tabela 11	Distribuição dos fatores antecedentes de náusea (coletados antes da cirurgia) relacionados à presença ou ausência da náusea no pós-operatório, São José do Rio Preto – SP, 2011 ...	82
Tabela 12	Distribuição dos fatores antecedentes de náusea (coletados após a cirurgia) relacionados à presença ou ausência da náusea no pós-operatório, São José do Rio Preto – SP, 2011 ...	83

Tabela 13	Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Náusea, segundo a frequência de ocorrência nos pacientes entre a avaliadora 1 (A1) e a avaliadora 2 (A2). São José do Rio Preto – SP, 2011	85
Tabela 14	Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Náusea, de acordo com o índice de concordância e discordância obtidos entre a avaliadora 1 (A1) e a avaliadora 2 (A2) e o coeficiente de confiabilidade dos pacientes com náusea. São José do Rio Preto – SP, 2011.....	86
Tabela 15	Características definidoras do diagnóstico de enfermagem Náusea, segundo a presença ou ausência da náusea no pós-operatório, São José do Rio Preto – SP, 2011	87
Tabela 16	Média ponderada obtida a partir da pontuação atribuída pelos pacientes às características definidoras do diagnóstico de enfermagem Náusea no pós-operatório imediato. São José do Rio Preto – SP, 2011	89
Tabela 17	Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Náusea, segundo os escores obtidos nas validações de conteúdo e validação clínica (etapas 1 e 2), São José do Rio Preto – SP, 2011	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASA	<i>American Society of Anesthesiologists</i>
BPM	Batimentos por minuto
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CCC	Classificação de Cuidados Clínicos
CDV	Validação Clínica de Diagnósticos (<i>Clinical Diagnostic Validation</i>)
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DC	Definição conceitual
DCV	Validação de Conteúdo Diagnóstico (<i>Diagnostic Content Validation</i>)
DDV	Validação Diferencial de Diagnósticos (<i>Differential Diagnostic Validation</i>)
DO	Definição operacional
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
HAD-S	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
IC	Intervalo de Confiança
IMC	Índice de Massa Corporal
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line</i>
MEEM	Miniexame do Estado Mental
mmHg	Milímetros de mercúrio
NANDA-I	<i>North American Nursing Diagnosis Association International</i>
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
NVPO	Náuseas e vômitos no pós-operatório
R	Coeficiente de confiabilidade
RR	Risco Relativo
SNC	Sistema Nervoso Central
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SRA	Sala de Recuperação Anestésica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1.	INTRODUÇÃO	16
1.1	Náuseas e vômitos no período pós-operatório	16
1.2	Diagnóstico de enfermagem Náusea	19
1.3	Validação de diagnósticos de enfermagem	25
2.	OBJETIVOS	28
2.1	Objetivo geral	28
2.2	Objetivos específicos	28
3.	REFERENCIAL METODOLÓGICO	29
3.1	O modelo de análise de conceito de Walker e Avant	30
3.2	O modelo de validação de diagnósticos de enfermagem de Fehring ..	31
4.	PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	38
4.1	Análise de conceito	38
4.2	Validação de conteúdo	40
4.2.1	População e amostra	40
4.2.2	Instrumento de coleta de dados	41
4.2.3	Procedimento para a coleta dos dados	42
4.2.4	Análise dos dados	43
4.3	Validação clínica	44
4.3.1	Local e sujeitos da pesquisa	44
4.3.2	Instrumento de coleta de dados	45
4.3.3	Procedimento de coleta de dados	47
4.3.4	Análise dos dados	49
4.4	Aspectos éticos	50

5.	RESULTADOS	52
5.1	Análise de conceito	52
5.1.1	Identificação da utilização do conceito	52
5.1.2	Definição dos atributos definidores	54
5.1.3	Desenvolvimento de casos-modelo	57
5.1.4	Desenvolvimento de outros casos	59
5.1.5	Antecedentes e consequentes	60
5.1.5.1	Antecedentes	60
5.1.5.2	Consequentes	65
5.1.6	Referências empíricas	67
5.2	Validação de conteúdo	69
5.2.1	Caracterização dos expertos	70
5.2.2	Validação da estrutura taxonômica	73
5.2.3	Validação dos componentes do diagnóstico de enfermagem (enunciado, definição e características definidoras)	75
5.3	Validação clínica	78
5.3.1	Caracterização dos sujeitos da pesquisa e incidência de náusea	79
5.3.2	Fatores antecedentes de náusea	81
5.3.3	Características definidoras fisiológicas	84
5.3.4	Características definidoras cognitivas e afetivas	89
5.3.5	Comparação entre validação de conteúdo e validação clínica	90
6.	DISCUSSÃO	91
6.1	Validação de conteúdo	91
6.2	Validação clínica	101
7.	CONCLUSÕES	118
7.1	Análise de conceito	118
7.2	Validação de conteúdo	119
7.3	Validação clínica	119
7.4	Sugestão para o diagnóstico de enfermagem Náusea	121
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
	REFERÊNCIAS	124
	APÊNDICES	141
	ANEXOS	159

1 INTRODUÇÃO

1.1 NÁUSEAS E VÔMITOS NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO

O período pós-operatório é a fase final da experiência cirúrgica, tendo início no momento em que o paciente deixa a sala de operações até o retorno às suas atividades normais. Essa fase é didaticamente dividida em três etapas: 1 - imediata que corresponde às primeiras 12 ou 24 horas após o término da cirurgia; 2 - mediata que se inicia após as primeiras 24 horas e se desenvolve por um período variável até o dia da alta hospitalar; 3 - tardia que sucede a anterior e se estende por um a dois meses, até a completa cicatrização das lesões (MORAES; PENICHE, 2003)¹.

O período pós-operatório imediato é considerado o mais crítico, pois, nesse momento, o paciente pode apresentar diversas complicações advindas das agressões impostas pelo procedimento cirúrgico e das drogas anestésicas recebidas durante a cirurgia. Por isso, durante as primeiras quatro a seis horas, permanece em local próximo ao Centro Cirúrgico que possui equipamento de alta tecnologia e pessoal qualificado e treinado para atender a estas complicações, denominado Sala de Recuperação Anestésica (SRA).

Os cuidados de que o doente necessita, durante o período pós-operatório, constituem um desafio, devido às alterações fisiológicas complexas que ocorrem nessa fase. Para avaliar o estado do cliente no pós-operatório, o profissional de enfermagem se baseia nas informações obtidas durante o período pré-operatório, assim como em seu conhecimento do tipo de cirurgia, da anestesia e das ocorrências durante o período intraoperatório (POMPEO, 2007).

Zeitzi; McCutcheon e Albrecht (2004) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a frequência e o tipo das complicações pós-operatórias em cirurgias gerais. Os autores verificaram que as complicações mais frequentes foram as náuseas e os

¹ Referências Bibliográficas de acordo com:
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023.

vômitos (37,5%), seguidos de outros eventos clínicos (17%), tais como: tonturas, problemas urinários, neurovasculares, respiratórios e gástricos.

As náuseas e vômitos no período pós-operatório (NVPO) são uma das principais complicações ocorridas na sala de recuperação anestésica, geralmente associadas ao procedimento anestésico cirúrgico, tendo uma incidência de aproximadamente 25% (ABRAHAM, 2008; CEKMEN et al., 2007; COLOMA et al., 2002; DEANE-VALENTINE, 2005; GAN, 2006; GOLEMBIEWSKI; O'BRIEN, 2002; McCracken; Houston; Lefebvre, 2008; RÜSCH et al., 2010).

A incidência de NVPO pode variar de acordo com os fatores de risco, ou seja, pacientes com baixo risco apresentam incidência de NVPO de 20% a 30% e, pacientes com alto risco têm uma incidência de 70% a 80%. População de baixo risco é entendida como aquela que apresenta até dois fatores de risco para NVPO e população de alto risco como aquela que possui três ou mais fatores de risco (LEWTHWAITE, 2009).

Os sintomas de náuseas e vômitos podem levar o paciente a apresentar desconfortos, desidratação, alteração no balanço eletrolítico, taquicardia, hipertensão, interrupção da alimentação oral, sangramento da ferida operatória, deiscências das linhas de sutura, demora do retorno às funções normais, atraso na alta tanto da SRA como hospitalar (GOLEMBIEWSKI; O'BRIEN, 2002; LIU et al., 2008), aumento das chances de aspiração pulmonar, principalmente em pacientes cujos reflexos da via aérea ainda estão parcialmente deprimidos por anestésicos residuais (POMPEO, 2007; SHIAO; DIBBLE, 2006), além de serem citados frequentemente na literatura como um grande problema para os pacientes.

Eberhart et al. (2002) avaliaram 220 pacientes e estratificaram nove aspectos negativos (81 possíveis), para a unidade de recuperação anestésica, que deveriam ser evitados. Náuseas e vômitos no pós-operatório foram os sintomas que um maior número de pacientes desejaria evitar (49%), seguido de outros, como a dor (27%) e a ausência de sedação (13%). Os autores concluíram que os pacientes estariam dispostos a aceitar outras complicações e mesmos custos pessoais adicionais para atenuar ou prevenir náuseas e vômitos no período pós-operatório. Rimaitis; Svitojute; Macas, (2010) acrescentam que a maioria dos pacientes admitiu ter mais medo de sentir náuseas e vômitos do que sentir dor.

Os termos náusea e vômito são frequentemente utilizados juntos, embora cada fenômeno deva ser avaliado separadamente, uma vez que algumas intervenções são mais eficazes contra náuseas e outras contra vômitos. A náusea é definida como uma sensação subjetiva e desagradável associada à vontade de vomitar, acompanhada de palidez ou rubor, taquicardia, impulso do vômito (BECKER, 2010; GOLEMBIEWSKI; O'BRIEN, 2002; LAGES et al., 2005), aumento da salivação e transpiração (GAN, 2006). O vômito ou emese é caracterizado pela contração da musculatura abdominal, abaixamento do diafragma, relaxamento da cárdia gástrica, resultando em expulsão do conteúdo do estômago em direção à boca (BECKER, 2010; GOLEMBIEWSKI; O'BRIEN, 2002). Náusea e vômito no pós-operatório são definidos como um episódio de náusea ou vômito que ocorre nas 24 horas após o recebimento de anestesia (GOLEMBIEWSKI; O'BRIEN, 2002).

Assumiu-se, ao longo do tempo, que prever o aparecimento de NVPO era difícil pelo grande número de fatores que poderiam levar ao aparecimento desta complicação. Foi a partir da década de 90, do século XX, que surgiram os primeiros estudos sobre os fatores de risco para NVPO e, atualmente, com os avanços da Prática Baseada em Evidências já se encontram na literatura diretrizes baseadas em evidências científicas fortes, não só abordando aspectos relacionados aos fatores de risco, mas também aos cuidados farmacológicos e não farmacológicos para esse “pequeno grande problema”.

Na literatura, constata-se diversos estudos abordando os fatores de risco de náuseas e vômitos, com o objetivo de prever os pacientes com maior risco de complicações (APFEL et al., 1999; ASPAN'S, 2006; BECKER, 2010; CHOI et al., 2005; GAN et al., 2003; GAN, 2006; JUNGER et al., 2001; LEWTHWAITE, 2009; SINCLAIR; CHUNG; MEZEI, 1999).

No mesmo sentido, Pompeo (2007) realizou uma revisão integrativa da literatura, cujo objetivo foi identificar os fatores relacionados (causas, fatores que podem levar ao aparecimento de um dado problema) e características definidoras (manifestações, sinais e sintomas) do diagnóstico de enfermagem náusea, da Taxonomia II da NANDA-I (*North American Nursing Diagnosis Association International*).

A autora encontrou resultados similares aos estudos supracitados, no entanto diferentes dos descritos na Taxonomia da NANDA-I. Os fatores relacionados

(FR), identificados na literatura, foram classificados em três categorias, conforme demonstrado na Figura 1.

Figura 1 - Fatores relacionados às náuseas no período pós-operatório, identificados no estudo de Pompeo (2007)

Estudos têm sugerido que os enfermeiros não possuem conhecimentos específicos suficientes para identificar fatores de risco para NVPO, como também para realizar intervenções baseadas em evidências, em pacientes que apresentam essas complicações (JOLLEY, 2000; LEWTHWAITE, 2009).

Dessa forma, acredita-se que os cuidados de enfermagem em SRA devem resultar de um método sistemático de pensamento e raciocínio clínico, por meio do processo de enfermagem, essencial à profissão e à qualidade da assistência ao paciente.

O processo de enfermagem pode proporcionar o direcionamento das ações, promover uma assistência individualizada ao pós-operado e estimular os enfermeiros no aperfeiçoamento de seus conhecimentos.

1.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NÁUSEA

O enfermeiro como profissional, através dos tempos, tem procurado historicamente definir o espaço no qual está inserido. O processo de enfermagem

consiste em uma metodologia de trabalho que muito tem contribuído para o delineamento do corpo de conhecimentos da profissão e denominação dos fenômenos da prática clínica, sendo constituído por cinco fases sequenciais e inter-relacionadas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação.

O diagnóstico de enfermagem corresponde à segunda etapa do processo de enfermagem e representa a condição clínica do paciente, ou seja, o enfermeiro a partir da análise e interpretação dos dados coletados, obtém conclusões em relação às necessidades de saúde reais ou de risco do paciente.

É definido pela NANDA-I (2010) como um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde, processos vitais reais ou potenciais, constituindo a base para seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados.

A NANDA-I é uma associação que organiza a padronização da linguagem de um sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem e atualiza a sua publicação a cada dois anos. Em 1989, foi publicada a Taxonomia I (um), organizada em nove categorias denominadas Padrões de Respostas Humanas (trocar, comunicar, relacionar, valorizar, escolher, mover, perceber, conhecer, sentir).

A classificação organizada em Padrões de Respostas Humanas foi bastante criticada, já que havia muita dificuldade para classificar novos diagnósticos que eram aceitos. Assim, em 2001, foi publicada a Taxonomia II, organizada em eixos, domínios, classes e diagnósticos de enfermagem, permitindo termos mais familiares com a enfermagem tradicional e contemporânea e que talvez sejam mais efetivos para a comunicação com outros profissionais, com o próprio cliente e com instâncias de planejamento dos serviços de saúde (BRAGA; CRUZ, 2003).

Desde 2001, essa Taxonomia vem sendo atualizada em função do aumento do número de pesquisas relacionadas à fase do diagnóstico de enfermagem, como evidenciado na Figura 2.

NANDA-I	DOMÍNIOS	CLASSES	DIAG ENFER	EIXOS
2001-2002	13	46	155	07
2003-2004	13	46	167	07
2005-2006	13	47	172	07
2007-2008	13	47	187	07
2009-2011	13	47	206	07

Figura 2 - Evolução da Taxonomia da NANDA, do ano 2001-2002 a 2009-2011

Anteriormente a 2002, a NANDA era considerada uma “Organização Norte-Americana” e após essa data, ficou conhecida como “Organização Internacional” (NANDA-I), devido à utilização dessa Taxonomia em diversos países.

A Taxonomia II, publicada em 2010, é composta por sete eixos, 13 domínios, 47 classes e 206 diagnósticos de enfermagem.

Um eixo é definido como uma dimensão da resposta humana que é considerada no processo diagnóstico. Os eixos são representados nos diagnósticos de enfermagem nomeados/codificados por valores e, em alguns casos, eles são denominados explicitamente, em outros, o eixo é implícito (NANDA-I, 2010). Os eixos são:

- Eixo 1 – O conceito diagnóstico;
- Eixo 2 – Sujeito do diagnóstico (indivíduo, família, comunidade);
- Eixo 3 – Julgamento (limita ou especifica o significado do conceito diagnóstico: aumentado, prejudicado, eficaz, ineficaz, entre outros);
- Eixo 4 – Localização (vesical, auditiva, cerebral);
- Eixo 5 – Idade (bebê, criança, adulto);
- Eixo 6 – Tempo (crônico, grave, intermitente);
- Eixo 7 – Situação do diagnóstico (risco, real, de bem estar, de promoção da saúde).

Os domínios, de acordo com a Taxonomia II da NANDA-I (2010), representam uma esfera de atividade, estudo ou interesse, são eles: domínio 1

(promoção da saúde); domínio 2 (nutrição); domínio 3 (eliminação); domínio 4 (atividade/repouso); domínio 5 (percepção/cognição); domínio 6 (autopercepção); domínio 7 (relacionamento de papel); domínio 8 (sexualidade); domínio 9 (enfrentamento/tolerância ao estresse); domínio 10 (princípios de vida); domínio 11 (segurança/proteção); domínio 12 (conforto); domínio 13 (crescimento/desenvolvimento).

As classes envolvem a subdivisão de um grupo maior, uma divisão de pessoas ou coisas por qualidade, grau ou categoria. Por exemplo, o domínio 12 – Conforto (“sensação de bem-estar ou tranquilidade mental, física ou social”) (NANDA-I, 2010, p. 400) apresenta três classes, conforme Figura 3:

Figura 3 - Organograma representativo do domínio 12 da Taxonomia da NANDA-I, (2010)

1) Conforto físico: definido como “sensação de bem-estar ou tranquilidade e/ ou estar livre da dor” (NANDA-I, 2010, p. 400). Contém cinco diagnósticos de enfermagem aprovados (Dor aguda, Dor crônica, Náusea, Disposição para aumento do conforto e Conforto prejudicado).

2) Conforto ambiental: definido como “sensação de bem-estar ou tranquilidade no/com o próprio ambiente” (NANDA-I, 2010, p. 400). Contém dois diagnósticos aprovados (Disposição para aumento do conforto e Conforto prejudicado).

3) Conforto social: definido como “sensação de bem-estar ou tranquilidade com a situação social” Contém dois diagnósticos aprovados (Isolamento social e Conforto prejudicado).

Os diagnósticos de enfermagem têm sido apresentados pela Taxonomia II da NANDA-I (2010, p.437), considerando-se os seguintes componentes:

Enunciado Diagnóstico: estabelece um nome ao diagnóstico. É um termo ou expressão concisa que representa um padrão de indícios relacionados. Pode incluir modificadores.

Definição: oferece uma descrição clara e precisa do diagnóstico, delinea o seu significado, evitando interpretações indevidas.

Características definidoras: Indícios/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem real, de bem-estar ou de promoção da saúde.

Fatores relacionados: fatores que parecem mostrar algum tipo de relação padronizada com o diagnóstico de enfermagem. Apenas diagnósticos de enfermagem reais possuem fatores relacionados.

Fatores de risco: fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, família ou comunidade a um evento insalubre.

Para um diagnóstico de enfermagem ser incluído na Taxonomia da NANDA-I ou passar por processo de revisão, necessita ser baseado em pesquisas, tais como análises de conceito, validação de conteúdo, validação de construto e critérios relativos, validação por consenso e estudos sobre precisão diagnóstica (NANDA-I, 2010).

O diagnóstico de enfermagem Náusea foi criado em 1998 e pertence ao Padrão de Resposta Humana "Sentir". Foi revisado em 2002 e as suas alterações foram publicadas na Taxonomia II da NANDA-I (2005). É um diagnóstico do tipo real e possui os seguintes eixos: eixo 1 - conceito diagnóstico (náusea), eixo 2 - sujeito do diagnóstico (indivíduo), eixo 7 - situação do diagnóstico (diagnóstico real). Pertence ao domínio 12 - Conforto e à classe 1 - Conforto físico.

Observam-se, na Figura 4, os elementos do diagnóstico de enfermagem Náusea na publicação da NANDA (1998).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NÁUSEA (NANDA, 1998)	
Título	Náusea
Definição	Uma sensação desagradável, semelhante a uma onda, na parte de trás da garganta, epigástrico ou através do abdômen, que pode ou não levar ao vômito.
Fatores Relacionados	Quimioterapia; anestesia pós-cirúrgica; irritação do sistema gastrointestinal; estimulação de mecanismos neurofarmacológicos.
Características Definidoras	Normalmente precede o vômito, mas pode ser experimentada após vomitar ou quando o vômito não ocorre; acompanhada de palidez, pele fria e pegajosa, salivação aumentada, taquicardia, estase gástrica e diarreia; acompanhada de movimentos de deglutição causados pela musculatura esquelética; relata náusea ou estar doente do estômago.

Figura 4 - Diagnóstico de enfermagem Náusea publicado na Taxonomia I da NANDA (1998, p. 122-123)

De acordo com a Taxonomia II da NANDA-I (2010, p. 377), náusea é uma “sensação subjetiva desagradável, semelhante a uma onda, na parte de trás da garganta, no epigástrico ou no abdome, que pode levar ao impulso ou necessidade de vomitar”.

Analisando-se as definições do termo náusea, publicadas na NANDA-I em 1998 e 2002-2010, nota-se que não existiram quaisquer alterações em seu conceito, destacando apenas modificações de diagramação e arranjos de palavras.

Os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem Náusea descritos na Taxonomia II da NANDA-I (2010, p.377) estão agrupados em três categorias:

- Referentes ao tratamento: distensão gástrica, fármacos, irritação gástrica;
- Biofísicos: cinetose, distensão da cápsula do fígado, distensão da cápsula esplênica, distensão gástrica, distúrbios bioquímicos, doença menière, doença esofágica, doença pancreática, dor, irritação gástrica, labirintite, meningite, pressão intracraniana aumentada, toxinas, tumores intra-abdominais, tumores localizados e gravidez;
- Situacionais: ansiedade, dor, estímulo visual desagradável, fatores psicológicos, medo, odores nocivos, sabor nocivo.

As características definidoras apresentadas na Taxonomia II da NANDA-I (2010, p.377) são: “aversão à comida; deglutição aumentada; gosto amargo na boca; relato de náusea; salivação aumentada e sensação de vômito”.

O domínio 12 sofreu modificações na Taxonomia 2009-2011, já que foi acrescido um novo diagnóstico de enfermagem às classes 1, 2 e 3 (conforto físico, conforto ambiental e conforto social respectivamente): Conforto prejudicado, definido como “falta percebida de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psíquica, ambiental e social” (NANDA-I, 2010, p. 374).

Os diagnósticos de enfermagem propostos pela NANDA-I são conhecidos e aplicados mundialmente na prática clínica de enfermagem, porém não são definitivos, já que pesquisas em populações específicas podem permitir seu aprimoramento e tornar sua estrutura conceitual mais fidedigna (MELO, 2004).

Cada diagnóstico de enfermagem apresentado na Taxonomia da NANDA-I (2010) passou por um processo de validação que pode se dar por vários métodos de pesquisa, como a busca de evidências na literatura, opiniões de especialistas e a comprovação dos elementos que compõem o diagnóstico de enfermagem no cenário prático.

1.3 VALIDAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

O conceito validar significa legitimar, o que implica em reconhecer como autêntico, verdadeiro, legal, legítimo (HOUAISS, 2010). É um estado ideal e que pode ser seguido, expressa verdade, realidade, autenticidade, fato, veracidade e valor. Desse modo, validar um diagnóstico de enfermagem significa torná-lo legítimo para aquela situação clínica e para todos os profissionais de enfermagem. Em outras palavras, os diagnósticos devem representar a realidade clínica e, para isso, devem ser sempre revisados e nunca chegarão a ser finalizados (MELO, 2004).

Os estudos sobre validação de diagnósticos de enfermagem despertaram interesse na década de 1990 e, até o presente, nota-se uma contribuição crescente dos enfermeiros em aperfeiçoar e padronizar a Taxonomia da NANDA-I.

Na literatura, encontraram-se diversos estudos de validação de diagnósticos de enfermagem como, por exemplo, os de Déficit de volume de líquidos (PONTES, 1996); Dor (CORREA, 1997); Excesso de volume de líquidos (GUIMARÃES; BARROS; GUTIERREZ, 2000); Débito cardíaco diminuído (MARTINS; ALITI; RABELO, 2010; OLIVA, 2000); Ansiedade (OLIVEIRA, 2001); Comunicação verbal prejudicada (SANTANA; SAWADA, 2002); Mobilidade física prejudicada (BACHION; ARAÚJO; SANTANA, 2002); Disfunção sexual e Padrões de sexualidade ineficazes (MELO, 2004); Ansiedade e Medo (BERGAMASCO et al., 2004; SURIANO et al., 2011); Amamentação ineficaz (ABRÃO; GUTIERREZ, MARIN, 2005); Proteção ineficaz pelos anexos oculares (SALOTTI, 2005); Troca de gases prejudicada, Desobstrução ineficaz de vias aéreas e Padrão respiratório ineficaz (ZEITOUN, 2005); Perfusão tissular periférica ineficaz (SILVA et al., 2006); Estilo de vida sedentário (GORIS; CLIMENTS, 2006), Conhecimento deficiente (GALDEANO, 2007), Angústia espiritual (CHAVES, E.C.L., 2008), Intolerância à atividade (SOUZA et al., 2011), Desesperança (GURKOVÁ; ZIAKOVÁ; CAP, 2011).

Considera-se a “*Conference NANDA International*”, realizada a cada dois anos, um veículo importante de divulgação sobre a validação de diagnósticos de enfermagem. Em novembro de 2008, nos EUA, em maio de 2010 na Espanha e em maio de 2012 nos EUA, foram publicados diversos estudos envolvendo esta temática, tais como: validação dos diagnósticos Risco de trauma vascular (ARREGUY-SENA; CARVALHO, 2008), Distúrbio de identidade pessoal (FERREIRA; JUVENALE, 2008), Memória prejudicada (CHAVES, E., 2008), Mobilidade física prejudicada (CHIANCA, 2008), Comunicação verbal prejudicada (CARVALHO; FAVRETO, 2008), Espiritualidade prejudicada (CHAVES; CARVALHO, 2010), Risco de quedas (CYRILLO et al., 2010), Dor aguda (MAZONI; CARVALHO et al., 2010), Memória prejudicada e Confusão crônica (SOUZA, 2012), Desobstrução ineficaz de vias aéreas (SANTOS, 2012), Medo (MAZALOVA, 2012), dentre outros. Muitos estudos tiveram como foco a análise e a reflexão sobre os estudos de validação de diagnósticos, tais como os de Santos (2008), Wieteck, Mosebach e Berger (2008) e Juchem et al. (2010).

Tang (2006) publicou um estudo, cujo objetivo foi validar o diagnóstico de enfermagem Náusea em pacientes oncológicos e encontrou características definidoras semelhantes às descritas na Taxonomia da NANDA-I. De acordo com a

revisão integrativa de Pompeo (2007), a categoria diagnóstica náusea está voltada, principalmente, às necessidades do paciente oncológico. Sendo assim, a autora recomenda a realização de estudos de validação envolvendo o referido diagnóstico, visando à inclusão de novos fatores relacionados e características definidoras.

Assim, acredita-se que a validação do diagnóstico de enfermagem Náusea irá contribuir para aperfeiçoar e legitimar os elementos que fazem parte da Taxonomia da NANDA-I, bem como possibilitar aos profissionais que atuam em centro cirúrgico e recuperação anestésica, o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente nos três períodos da experiência cirúrgica, visando à minimização das complicações no pós-operatório e a uma reabilitação tranquila.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Validar o diagnóstico de enfermagem Náusea da Taxonomia II da NANDA-I (2010) em pacientes adultos no período pós-operatório imediato.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Analisar o conceito de náusea em pacientes no período pós-operatório imediato, considerando-se os conceitos de Walker e Avant (2005).
- ✓ Avaliar a validade de conteúdo e clínica do diagnóstico de enfermagem Náusea no período pós-operatório imediato, considerando-se o modelo de Fehring (1987).
- ✓ Identificar a incidência do diagnóstico de enfermagem Náusea em pacientes no período pós-operatório imediato.
- ✓ Verificar possíveis associações entre os antecedentes de náusea obtidos na análise de conceito e os identificados nos pacientes com náusea no pós-operatório imediato.
- ✓ Verificar a frequência de ocorrência das características definidoras principais e secundárias do diagnóstico de enfermagem Náusea por meio da validação clínica.

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

A validação de diagnósticos de enfermagem é recomendada para todos os seus componentes, ou seja, título, definição, características definidoras, fatores relacionados e mesmo a própria estrutura taxonômica, como tem sido feito em outras classificações (CARVALHO; ROSSI, 2002).

A maioria das pesquisas, realizadas até o momento, focou apenas a validação das características definidoras contidas em um diagnóstico da Taxonomia da NANDA-I. A análise de todos os componentes fornece subsídios para a compreensão não somente do diagnóstico de enfermagem estudado mas também da esfera de atividade em que se encontra inserido.

Encontram-se na literatura diferentes formas de se estudar a validade de um diagnóstico de enfermagem, como a validade de conceito, validade relacionada a critérios e a validade de conteúdo (CARVALHO et al., 2008). Dentre os possíveis referenciais para validação de diagnósticos de enfermagem, os mais citados na literatura são os propostos por Gordon e Sweeney (1979) que descrevem o Modelo Retrospectivo, Modelo Clínico e Modelo de Validação por Enfermeiras; por Fehring (1987) que propõe os métodos de Validação de Conteúdo Diagnóstico (DCV), Validação Clínica de Diagnóstico (CDV) e Validação Diferencial de Diagnósticos (DDV); por Hoskins (1989) que sugere a Análise de Conceito, Validação por Especialista e Validação Clínica e, por Walker e Avant (2005) que propõem a análise de conceito baseada em etapas.

Os modelos propostos por Gordon e Sweeney (1979) não fornecem detalhes metodológicos essenciais. O grande mérito desses modelos foi o de ter aberto o caminho para os estudos de validação, servindo como ponto de partida para outros modelos mais aprimorados (GARCIA, 1998).

Para este estudo, foram adotados os modelos descritos por Walker e Avant (2005) para a análise de conceito e por Fehring (1987) para validação de conteúdo e clínica do diagnóstico de enfermagem Náusea.

3.1 O MODELO DE ANÁLISE DE CONCEITO DE WALKER E AVANT

A análise de conceito é um método utilizado para especificar o que está compreendido em um conceito existente, por isso, é uma importante ferramenta de investigação, já que irá favorecer o conhecimento em várias disciplinas (CHAVES, E.C.L., 2008; RODGERS, 2000).

A palavra conceito deriva do latim *conceptus* e significa "representação de um objeto pelo pensamento, por meio de suas características gerais"; a ação de formular uma ideia por meio de palavras; definição e caracterização (FERREIRA, 1999).

Os conceitos são essenciais para a construção do conhecimento. Um dos principais requisitos da palavra conceito é que ela seja capaz de expressar por meio de seu significado o que ocorre na realidade, isto é, as palavras utilizadas para designar um conceito devem significar ideias semelhantes para diferentes pessoas; devem refletir o mesmo conceito para diferentes pessoas (MOTA; CRUZ; PIMENTA, 2005).

A análise de conceito é realizada para identificar os atributos particulares e característicos de um conceito, permitindo o desenvolvimento de um modelo para explicar por que se espera que certas características estejam presentes, quando ocorre um determinado fenômeno (GARCIA, 1998; HOSKINS, 1989). Para isso, Walker e Avant (2005) recomendam oito etapas: seleção do conceito, definição do objetivo da análise do conceito, identificação da utilização do conceito, determinação dos atributos definidores, desenvolvimento de casos-modelo, desenvolvimento de outros casos, identificação dos antecedentes e consequentes e determinação das referências empíricas.

Diversos conceitos têm sido explorados de forma crescente pelo referido método na área da enfermagem, como o de febre (THOMPSON, 2005), processo de luto (BRUNELLI, 2005), fadiga (MOTA; CRUZ; PIMENTA, 2005), compaixão (SCHANTZ, 2007), solidão (ELSADR; NOUREDDINE; KELLEY, 2009), contaminação (GREEN; POLK, 2009), vergonha (MCFALL; JOHNSON, 2009), similaridade (FALAN, 2010) e incontinência urinária (THOMAZINI, 2011). Esses estudos apontam que a análise de conceito é um método efetivo para a clarificação

de um fenômeno e, conseqüentemente, proporciona o uso consistente do conceito na prática, ensino e pesquisa, possibilitando a elaboração de formulações teóricas, difusão e partilha do conhecimento com a enfermagem e outras áreas da saúde.

Considera-se a análise de conceito uma etapa fundamental a ser realizada anteriormente à validação de diagnósticos de enfermagem, já que, se realizada com o rigor metodológico necessário, pode auxiliar os enfermeiros na clarificação do objeto de estudo, proporcionando maior conhecimento sobre os atributos que o definem e o diferenciam, principalmente quando o construto selecionado é de natureza subjetiva, como a náusea.

3.2 O MODELO DE VALIDAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE FEHRING

O modelo de validação de diagnósticos de enfermagem, descrito por Fehring (1987), foi baseado nos conceitos de Gordon e Sweeney (1979). O autor parte do princípio de que os estudos de validação devem possuir três características imprescindíveis: evidência, validade e confiabilidade.

A evidência é caracterizada como algo confiável, testemunho ou fato para provar ou desaprovar alguma conclusão (CLOSS; CHEATER, 1999). A utilização de evidências fortes reduz a incerteza clínica do enfermeiro na condução da sua prática clínica (THOMPSON et al., 2004).

A validade é o grau em que o instrumento mede o que supostamente deve medir, possibilitando inferir o quanto os resultados representam ou não a verdade (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). A validade de um diagnóstico de enfermagem refere-se ao grau em que ele realmente representa o verdadeiro problema do paciente e não o problema inferido pelos enfermeiros (GARCIA, 1998).

Já a confiabilidade refere-se à consistência com que o instrumento mede o atributo, ou seja, quanto menor a variação produzida pelo instrumento, maior a sua confiabilidade (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Uma medida confiável é reproduzível. Assim, um instrumento de coleta de dados que não seja confiável poderá não gerar informações válidas. A confiabilidade de um diagnóstico de

enfermagem pode ser entendida como uma medida de concordância de conclusões diagnósticas de dois ou mais enfermeiros, quando avaliam um mesmo paciente (confiabilidade entre avaliadores), ou o quão um enfermeiro é capaz de utilizar um determinado diagnóstico de enfermagem para descrever a mesma condição em vários pacientes (confiabilidade intra-avaliador) (GARCIA, 1998).

Fehring (1987) propôs três modelos de validação de diagnóstico de enfermagem:

1. Validação de Conteúdo Diagnóstico (*Diagnostic Content Validation* – DCV);
2. Validação Clínica de Diagnóstico (*Clinical Diagnostic Validation* – CDV);
3. Validação Diferencial de Diagnósticos (*Differential Diagnostic Validation* – DDV).

A Validação de Conteúdo Diagnóstico está baseada na obtenção de opiniões de enfermeiros expertos ou juízes acerca do grau com que cada característica definidora é indicativa de um determinado diagnóstico de enfermagem. O autor recomenda a realização de uma revisão de literatura anteriormente à utilização do método, com objetivo de fornecer suporte teórico para o entendimento do diagnóstico estudado e seus componentes como, também, de inserir características definidoras “falsas”, para verificar se os enfermeiros não respondem à pesquisa de forma aleatória (FEHRING, 1987).

Pompeo; Rossi; Galvão (2009) sugerem que, anteriormente à etapa de Validação de Conteúdo do Diagnóstico de enfermagem, o pesquisador deve conduzir uma revisão integrativa da literatura.

A revisão integrativa é um método que sumariza as pesquisas realizadas sobre um determinado assunto de forma sistemática. Permite incluir literatura teórica e empírica, bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa) (WHITTEMORE; KNAFL, 2005), além de seguir padrões de rigor metodológico, os quais possibilitarão ao leitor identificar as características dos estudos analisados e oferecer subsídios para o avanço da enfermagem.

Esse método tem como principal finalidade reunir e sintetizar os estudos realizados sobre um determinado assunto, construindo uma conclusão a partir dos resultados evidenciados em cada estudo que investiguem problemas idênticos ou similares, contribuindo, dessa forma, para a construção de uma taxonomia de diagnósticos de enfermagem que seja útil para a prática de enfermagem (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

As revisões de literatura e revisões integrativas possuem características e objetivos diferentes. Os artigos de revisão de literatura são amplos, apropriados para descrever e discutir o desenvolvimento de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual, além de não conter informações sobre a metodologia para a busca de referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos (ROTHER, 2007).

O Modelo DCV permeia seis passos distintos (FEHRING, 1987):

1. Enfermeiros expertos atribuem valores aos componentes do diagnóstico que estão sendo testados, por meio de uma escala que varia de 1 a 5 (1: não indicativo do diagnóstico; 2: muito pouco característico; 3: de algum modo característico; 4: consideravelmente característico; 5: muito característico);
2. Utilização da Técnica Delphi para obtenção de um consenso das respostas dos enfermeiros expertos. Esse passo é opcional; no entanto, esta técnica é considerada um excelente método para se obter o consenso de grupo a respeito de um determinado fenômeno. A técnica Delphi é usada em especial, quando há falta de acordo ou conhecimentos incompletos da natureza ou dos componentes de uma situação (FARO, 1997). As autoras consideram que não há um número ideal de juízes, sendo que a composição do grupo varia de acordo com o fenômeno em estudo e os critérios definidos pelo pesquisador, para a seleção destes especialistas;
3. Cálculo da média ponderada de cada componente avaliado, considerando-se os seguintes pesos: um: 0; dois: 0,25; três: 0,50; quatro: 0,75; cinco: 1;
4. Descarte dos componentes com média ponderada menor do que 0,50. Esse passo é realizado apenas em estudos com amostras amplas de enfermeiros expertos, considerada uma dificuldade nos estudos de validação de diagnósticos, ou quando muitos estudos repetidos corroborem os achados;
5. Definição dos componentes a partir da média ponderada:
 - Maior ou igual a 0,80: indicadores principais;
 - Menor que 0,80 e maior do que 0,50: indicadores secundários.
6. Obtenção do escore total DCV por meio da soma dos escores individuais e divisão pelo número total de componentes do diagnóstico, devendo ser excluídos aqueles com média ponderada menor ou igual a 0,50.

Fehring (1994) aponta critérios para que um enfermeiro seja considerado experto em diagnóstico de enfermagem. Cada critério descrito apresenta uma pontuação, sendo que, para ser considerado experto, necessita obter o mínimo de cinco pontos, conforme Figura 5. Fehring (1994) considera ainda que quanto maior a pontuação, maior será a força de evidência da avaliação.

CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO
Titulação de mestre em enfermagem	04
Titulação de mestre em enfermagem com dissertação direcionada a conteúdo relevante do diagnóstico de enfermagem em estudo	01
Publicação de artigo sobre diagnóstico de enfermagem em periódicos de referência	02
Artigo publicado sobre diagnósticos de enfermagem e com conteúdo relevante à área	02
Titulação de doutor na área de diagnóstico de enfermagem	02
Experiência clínica de, pelo menos, um ano na área do diagnóstico em estudo	01
Certificado (especialização) de prática clínica relevante na área do diagnóstico em estudo	02

Figura 5 - Critérios estabelecidos para a seleção de expertos, de acordo com Fehring (1994)

Em relação ao tamanho da amostra, o autor recomenda que seja ampla, variando de 50 a 100 expertos e que contemplem variadas regiões geográficas (FEHRING, 1994).

A Validação Clínica de Diagnóstico está baseada na obtenção de evidências da existência de um determinado diagnóstico, a partir de uma situação clínica real. Para isso, Fehring (1987) propôs dois modelos em que o pesquisador deverá optar de acordo com o tipo do diagnóstico a ser investigado. São eles: diagnósticos de enfermagem de natureza cognitivo/afetiva e diagnósticos de natureza fisiológica.

Anteriormente à validação e independentemente do modelo a ser utilizado, o pesquisador deve descrever claramente todos os componentes do diagnóstico a ser testado, a partir da definição operacional das variáveis (FEHRING, 1987), com o objetivo de torná-las mais claras, objetivas e, acima de tudo, mensuráveis (HOSKINS, 1997).

Definição operacional pode ser entendida como o ato de definir o mais abrangente possível a variável, ou seja, a variável deve ser definida em termos de operações concretas e comportamentos físicos por meio dos quais se expressa e se traduz (PASQUALI, 1999), dando-lhe um significado prático.

As definições operacionais são componentes essenciais das pesquisas de diagnóstico de enfermagem, porque elas preenchem uma lacuna entre a observação e a investigação científica. Descrevem o que será mensurado e como pode ser feita essa mensuração, além de aumentar a confiabilidade e validade dos dados relacionados aos diagnósticos de enfermagem; facilitar a replicação da pesquisa; aumentar a habilidade do pesquisador em relacionar os resultados a estudos anteriores. Possibilitam, ainda, a indicação dos critérios para a avaliação das intervenções de enfermagem, ao se proceder à evolução do paciente (BOERY; GUIMARÃES; BARROS, 2005; GRANT; KINNEY; GUZZETTA, 1990).

Após a etapa da construção das definições operacionais, o pesquisador inicia a validação clínica, conforme modelos descritos por Fehring (1987), apresentados a seguir:

a) Diagnósticos de enfermagem de natureza cognitiva ou afetiva (Modelo de Validação Clínica Focado no Paciente): o pesquisador utiliza uma abordagem direta com o paciente por meio de entrevista e/ ou questionário. Exemplo: Conhecimento deficiente, Padrões de sexualidade alterados e Angústia espiritual. Anteriormente à coleta dos dados, o pesquisador deve submeter o instrumento a ser utilizado na abordagem com o paciente a um processo de validação, a fim de torná-lo confiável. Em seguida, elabora-se uma lista dos componentes do diagnóstico a ser testado e solicita-se aos pacientes que indiquem o quanto aquela variável representa o seu estado atual, por meio de uma escala de 1 a 5 (1: muito característico em mim; 2: consideravelmente característico; 3: de algum modo característico; 4: muito pouco característico; 5: não é nada característico em mim. De acordo com o Modelo DCV, calcula-se a média ponderada dos valores atribuídos

pelos pacientes para cada componente analisado, classificando-os em: 1 - muitíssimo característico em mim; 0,75 - muito característico em mim; 0,50 - de algum modo característico em mim; 0,25 - pouco característico em mim; 0 - nada característico em mim. As evidências clínicas com peso maior ou igual a 0,80 são classificadas como principais, aquelas com peso entre 0,51 e 0,79 são consideradas secundárias e, as com média menor ou igual a 0,50, são denominadas irrelevantes.

b) Diagnósticos de enfermagem de natureza fisiológica: dois enfermeiros expertos realizam as observações clínicas. Exemplo: Integridade da pele prejudicada, Padrão respiratório ineficaz e Excesso de volume de líquidos. Para a validação do diagnóstico, Fehring (1987) recomenda que dois enfermeiros clínicos peritos avaliem pacientes de forma individual com o objetivo de verificar presença ou ausência das variáveis em estudo de um dado diagnóstico. Após a fase de coleta dos dados, calcula-se a taxa de confiabilidade entre observadores para cada variável investigada, por meio da fórmula:

$$R = \frac{A}{A + D} \times \frac{F1 \div N + F2 \div N}{2}$$

Considerando-se:

A: número de concordâncias entre os dois observadores;

D: Número de discordâncias entre os dois observadores;

F1: Frequência das variáveis identificadas pelo primeiro observador;

F2: Frequência das variáveis identificadas pelo segundo observador;

N: Número de pacientes observados;

R: Coeficiente de confiabilidade entre os dois observadores.

Os passos subsequentes são os mesmos recomendados no Modelo DCV.

Fehring (1987) destaca que, dependendo do tipo diagnóstico que se pretende validar, pode-se usar uma combinação das duas abordagens, o que é recomendável quando o diagnóstico envolve tanto indicadores objetivos quanto

subjetivos, como, por exemplo, nos diagnósticos de enfermagem Dor aguda e Náusea.

O Modelo de Validação Diferencial de Diagnósticos é utilizado para validação de diagnósticos de enfermagem que estão de, alguma forma, relacionados como, por exemplo, ansiedade e medo, ou para identificar diferentes níveis de intensidade de um determinado diagnóstico (FEHRING, 1987) (exemplo: dor leve, moderada e intensa).

4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo não experimental, descritivo, cuja finalidade é observar, descrever e documentar os aspectos da situação (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Os delineamentos de pesquisa não experimentais são utilizados em estudos em que o pesquisador deseja construir o quadro de um fenômeno ou explorar acontecimentos, pessoas ou situações à medida que eles ocorrem naturalmente (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A pesquisa foi realizada em três etapas: Análise de Conceito, Validação de Conteúdo e Validação Clínica.

4.1 ANÁLISE DE CONCEITO

A análise de conceito foi realizada de acordo com o referencial teórico de Walker e Avant (2005) que compreende oito fases:

- Selecionar o conceito: o construto selecionado para o estudo foi “náusea”, relacionada ao período pós-operatório imediato. Da escolha do conceito dependerão as outras fases, por isso, é recomendado que seja um conceito associado ao cotidiano do pesquisador e que não seja comum, primitivo, trazendo assim contribuições significativas para o desenvolvimento do conhecimento sobre o fenômeno.
- Definir o objetivo da análise de conceito: a análise de conceito tem diferentes objetivos: esclarecer o significado de um conceito, desenvolver uma definição operacional e modificar uma teoria já existente (MOTA; CRUZ; PIMENTA, 2005). Nessa fase, é essencial responder a uma questão: Por que estou fazendo esta análise? O objetivo dessa análise foi elucidar o significado de náusea e construir definições operacionais, com vistas a aperfeiçoar o diagnóstico de enfermagem Náusea da Taxonomia da NANDA-I.
- Identificar a utilização do conceito: esta fase consiste na realização de revisão de literatura, com o objetivo de abarcar uma ampla variedade do uso do

conceito selecionado. Para identificar como o conceito náusea tem sido empregado e interpretado na literatura, utilizou-se a revisão integrativa de Pompeo (2007), realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE), por meio do sistema PubMed, disponível no site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e Cochrane - Revisões Sistemáticas.

- Determinar atributos definidores: atributos definidores são características que identificam a ocorrência do conceito (WALKER; AVANT, 2005). Os autores apontam que esta etapa corresponde ao “coração” da análise do conceito. Os atributos definidores foram identificados por meio das publicações selecionadas na fase anterior e, posteriormente, buscou-se definir cada atributo para melhor compreensão (definição conceitual e definição operacional) (WALKER; AVANT, 2005).
- Desenvolver casos-modelo: um caso-modelo é construído para ilustrar o conceito analisado por meio de um exemplo (GREEN; POLK, 2009). Este pode ser originado da vida real, da literatura ou ainda construído pelo pesquisador, mas deve conter todos os atributos definidores do conceito.
- Desenvolver outros casos (casos-limítrofes, casos-relacionados, casos-contrários e casos-inventados): o primeiro consiste em casos que contêm alguns dos atributos do conceito, mas não possui todos; o segundo envolve conceitos que são semelhantes ao conceito estudado, mas não contém os atributos críticos necessários para se tornar um caso-modelo; o terceiro exemplifica claramente o que não representa o conceito e, o quarto, o caso-inventado, utiliza ideias do conceito, mas não presente na vivência e experiência do pesquisador (GREEN; POLK, 2009; WALKER; AVANT, 2005). Para ilustrar os atributos definidores, construiu-se um caso-modelo, baseado no contexto da enfermagem perioperatória e, em seguida um caso-contrário e um caso-relacionado para que as características do fenômeno fossem facilmente detectadas pelo leitor.
- Identificar antecedentes e consequentes: antecedentes são eventos que precedem à ocorrência do evento e consequentes são os acontecimentos ou incidentes que ocorrem como resultado do episódio do conceito (GREEN; POLK,

2009; WALKER; AVANT, 2005), podendo ou não coincidir com os atributos definidores (MOTA; CRUZ; PIMENTA; 2005).

- Definir referências empíricas: nesta fase são listadas as características observáveis que demonstram a ocorrência do conceito (MOTA; CRUZ; PIMENTA; 2005). O pesquisador deve buscar instrumentos que mensuram o conceito e determinam a sua existência (WALKER; AVANT, 2005). A construção dos antecedentes (fatores que precedem a ocorrência do evento), consequentes (incidentes que ocorrem como resultado do conceito) e referências empíricas (características observáveis que demonstram a ocorrência do conceito) também foram estabelecidas, tendo como base a busca na literatura.

4.2 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

4.2.1 População e amostra

Nesta fase, a população foi composta por expertos sobre o diagnóstico de enfermagem estudado. A validação de conteúdo não necessita de cálculo amostral, no entanto, o modelo proposto por Fehring (1987) recomenda a necessidade de 50 a 100 enfermeiros.

A amostra foi constituída por 52 enfermeiros de nacionalidade brasileira que possuíam no mínimo titulação acadêmica de mestrado, que trabalhavam com os diagnósticos de enfermagem da Taxonomia da NANDA-I e com o cuidado ao paciente no período pós-operatório na assistência, ensino ou pesquisa. Foram excluídos os sujeitos que apresentaram pontuação inferior a cinco nos critérios estabelecidos por Fehring (1994), em relação à seleção de expertos (Figura 5).

A seleção dos sujeitos foi feita por meio de busca ativa de profissionais expertos das áreas supracitadas, na Plataforma Lattes, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (Currículo Lattes e Diretório de Grupos de Pesquisa) e por meio de amostragem tipo bola de neve que consiste na

seleção dos sujeitos, por meio de indicação ou recomendação de sujeitos anteriores (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2.2 Instrumento de coleta de dados

Foi elaborado um instrumento de coleta de dados, composto de duas partes: a primeira refere-se aos dados de identificação e experiência profissional, e a segunda está relacionada à validação do diagnóstico de enfermagem Náusea (enunciado, definição, posição que ocupa na estrutura e características definidoras com suas respectivas definições operacionais, descritas em uma escala tipo Likert). O experto atribui um valor para cada característica definidora do diagnóstico Náusea em uma escala de 1 a 5, em que o número 1 representa a categoria “nada pertinente” e o número 5 “muitíssimo pertinente”. A avaliação do enunciado, da definição e da estrutura taxonômica foi realizada com base em três julgamentos: “concordo”, “concordo parcialmente” e “não concordo” (APÊNDICE A).

Para a construção dos itens associados à validação do diagnóstico Náusea foram utilizados os critérios recomendados por Pasquali (1999): comportamental, de objetividade ou de desejabilidade ou preferência, simplicidade, clareza, relevância, precisão, variedade, modalidade, tipicidade, credibilidade, amplitude e equilíbrio.

Após a elaboração do questionário, foi realizada validação de aparência e de conteúdo por cinco enfermeiros doutores e expertos nas temáticas “diagnóstico de enfermagem e enfermagem perioperatória” por meio de um instrumento adaptado de Galdeano (2007) (APÊNDICE B). Foram obtidos índices elevados de concordância em relação à forma, à abrangência e à aparência do instrumento.

Foram propostas pequenas sugestões para melhorar a clareza e objetividade do instrumento, sendo acatadas em sua totalidade.

4.2.3 Procedimento para coleta de dados

A coleta de dados teve início com um contato telefônico ou envio de mensagem por correio eletrônico para os enfermeiros expertos. Nesse momento, os expertos foram informados sobre a pesquisa e convidados a participar. Mediante resposta positiva, o sujeito manifestava interesse em responder à pesquisa de forma impressa ou digital. Na primeira, era solicitado ao enfermeiro seu endereço para postagem do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), questionário e envelope selado para posterior resposta. A segunda forma foi a mais utilizada pelos sujeitos e consistia no envio do TCLE e do questionário, previamente elaborados no programa Microsoft Word, por meio de correio eletrônico. O questionário era devolvido com as respostas preenchidas, e o TCLE era digitalizado pelo experto e enviado à pesquisadora por e-mail. Durante este primeiro contato, foi solicitada a indicação de outros enfermeiros com perfil de experto. O período de coleta de dados teve duração de quatro meses (março a junho de 2011) e foi realizado pela própria pesquisadora. A Figura 6 apresenta um fluxograma ilustrando os procedimentos realizados na coleta de dados com os expertos em diagnóstico de enfermagem.

Figura 6 - Fluxograma de coleta de dados da etapa validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Náusea

4.2.4 Análise dos dados

Os questionários devolvidos pelos expertos foram analisados e, de acordo com Fehring (1987), cada variável estudada recebeu um peso (1: muitíssimo pertinente; 0,75: muito pertinente; 0,50: de algum modo pertinente; 0,25: pouco pertinente; 0: nada pertinente). Em seguida, foram calculadas as médias ponderadas e subsequente classificação dos elementos: média ponderada maior ou igual a 0,80: principais; médias entre 0,50 e 0,79: secundárias e média menor que 0,50: irrelevantes.

Por fim, foi calculado o DCV total, a partir da somatória das médias ponderadas, dividido pelo número total de características definidoras.

4.3 VALIDAÇÃO CLÍNICA

4.3.1 Local e sujeitos da pesquisa

Esta etapa foi desenvolvida em Unidades de Internação e Sala de Recuperação Anestésica de um hospital público de grande porte na cidade de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, que conta com 25 salas cirúrgicas e 25 leitos para recuperação anestésica. O centro cirúrgico do referido hospital realiza cerca de duas mil cirurgias por mês de pequena, média e alta complexidade, e os pacientes submetidos a procedimentos de grande porte, tais como cirurgias cardíacas, neurológicas, transplantes ou cirurgias em que o paciente necessitará de ventilação mecânica no pós-operatório, são encaminhados à Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Os demais pacientes, ao término da cirurgia, são transferidos para a SRA e permanecem neste local por um período de 2 a 6 horas. Constitui-se rotina, na Unidade de Centro Cirúrgico, a administração de medicações antieméticas no intraoperatório, o que pode contribuir para a redução dos sintomas de NVPO na SRA.

A amostra foi constituída por 106 indivíduos adultos, em períodos pré e pós-operatórios. Os sujeitos foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ser do sexo masculino ou feminino, maiores de 18 anos, estar em pré e pós-operatório imediato de cirurgias ginecológicas, otorrinolaringológicas, ortopédicas, gastrintestinais e laparoscópicas, sob anestesia geral e/ou regional (raquianestesia e anestesia peridural) e internados na sala de recuperação anestésica e/ou unidades cirúrgicas pós-operatórias.

Foram excluídos pacientes inconscientes, desorientados e com comprometimentos cognitivos no período pré-operatório, avaliados por meio do Miniexame do Estado Mental (MEEM) (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975)

(ANEXO A). Utilizou-se neste estudo o MEEM adaptado por Brucki et al. (2003), já que as alterações propostas visaram a facilitar a compreensão dos sujeitos e a aplicação em ambientes hospitalares e consultórios. Diversos fatores podem influenciar nos resultados do MEEM, tais como idade, nível socioeconômico e escolaridade. Dessa forma, excluíram-se os pacientes que apresentaram valores inferiores aos níveis de corte, descritos por Porto (2008), de acordo com a escolaridade:

- Analfabetos = pontuação mínima 14
- Ensino Fundamental incompleto (4 anos) = pontuação mínima 18
- Ensino Fundamental incompleto (4 a 7 anos) = pontuação mínima 20
- Ensino Fundamental completo (8 anos) = pontuação mínima 21
- Ensino Médio completo (11 anos) = pontuação mínima 23
- Universitário completo = pontuação mínima 26

Os pacientes avaliados foram distribuídos em dois grupos: Grupo A – com diagnóstico de NVPO (identificado pela pesquisadora e enfermeiro/ n=23) e grupo B – sem diagnóstico de NVPO (n=83).

4.3.2 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta dos dados, foi elaborado um questionário, composto por três partes, descritas a seguir (APÊNDICE D):

- Parte I: constituída pelos dados de identificação (nome, sexo, idade, etnia, procedência, estado civil, escolaridade, profissão, diagnóstico médico pré-operatório, doenças prévias e medicamentos em uso);
- Parte II: relacionada aos fatores de risco para desenvolver NVPO, considerando-se os fatores relacionados descritos na Taxonomia da NANDA-I (2010) e os encontrados na revisão integrativa de Pompeo (2007), como: tabagismo, história prévia de NVPO, cinetose, ansiedade, tipo de cirurgia, administração de anestésicos voláteis e de opioides nos períodos intra e pós-operatórios, dor e estímulo visual desagradável, dentre outros. A ansiedade pré-operatória foi

mensurada por meio da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale* – HAD-S) (ANEXO B). A referida escala é de fácil manuseio e rápida execução, podendo ser realizada pelo próprio paciente ou pelo entrevistador. Além disso, foram encontrados na literatura estudos que demonstraram a validade e confiabilidade do uso desta escala em pacientes no período pré-operatório (FILHO et al., 2006; MARCOLINO et al., 2007). Possui 14 itens, sendo sete para avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). Cada item contempla quatro respostas de 0 a 3, totalizando uma pontuação máxima de 21 pontos. Os resultados sobre os níveis de ansiedade e depressão foram obtidos da seguinte forma:

- ✓ HADS-A: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade maior ou igual a 9;
- ✓ HADS-D: sem depressão de 0 a 8, com depressão maior ou igual a 9 (ZIGMOND; SNAITH, 1983).

▪ Parte III: contém informações sobre as características definidoras descritas na NANDA-I (2010) e as encontradas na revisão de literatura, tais como: aversão à comida, deglutição aumentada, relato de náusea, gosto amargo na boca, salivação aumentada, sensação de vômito, palidez, variações na pressão arterial sistêmica, diaforese, sensação de calor e frio e dilatação pupilar. A característica dilatação pupilar pode estar associada a diversas situações de saúde e doença, já que é o diâmetro da pupila resulta do funcionamento equilibrado dos dois sistemas neurovegetativos, o simpático e o parassimpático, além de tornar-se progressivamente menor com o aumento da idade (PORTO, 2008). Além disso, diversas medicações administradas no paciente durante o intraoperatório podem alterar o diâmetro pupilar. Dessa forma, optou-se por não inserir esta característica definidora na validação clínica. Adicionalmente, esse parâmetro seria difícil de ser avaliado com a necessária precisão na vigência de náusea quando comparado a outros que são rotineiramente monitorados e facilmente observáveis no pós-operatório imediato. A parte III contempla as características definidoras fisiológicas, avaliadas com possibilidade de respostas “sim” ou “não” e as cognitivo-afetivas, com cinco possibilidades de resposta, que variam de 1 a 5 (muitíssimo característico ou verdadeiro para mim, muito característico para mim, de algum modo característico

ou verdadeiro para mim, pouco característico ou verdadeiro para mim, não é característico ou verdadeiro para mim, respectivamente).

Após a elaboração do questionário, foi realizada a validação de aparência e conteúdo com cinco enfermeiros expertos em diagnóstico de enfermagem e período pós-operatório (APÊNDICE E). Foram sugeridas mudanças em relação à aparência e disposição dos itens, as quais foram acatadas em sua totalidade.

4.3.3 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados teve início com uma consulta ao mapa cirúrgico, documento que contém a programação de cirurgias para o dia seguinte, para constatação de um provável participante. Em seguida, era realizada uma visita ao paciente, que se encontrava em pré-operatório, para convidá-lo e esclarecê-lo sobre a pesquisa. Após aceite, solicitava-se a assinatura do TCLE (APÊNDICE F) e iniciava-se a coleta dos dados da parte I e de alguns itens da parte II do instrumento.

Os dados relacionados ao período intraoperatório foram coletados na primeira hora de pós-operatório na SRA. Na SRA, o paciente foi acompanhado por todo o período que esteve internado, mais duas horas após a alta desta unidade (paciente encaminhado para a enfermaria). Os pacientes foram avaliados em intervalos de 30 minutos ou quando apresentavam sinais e sintomas de NVPO ou qualquer outra queixa. Para se verificar um diagnóstico de enfermagem em um ambiente clínico, é necessária a presença de, pelo menos, dois enfermeiros competentes diagnosticadores para observarem o mesmo paciente (HOSKINS, 1989). Assim, um enfermeiro, com experiência nas áreas de diagnóstico de enfermagem e enfermagem cirúrgica foi convidado para coletar os dados da parte III do instrumento simultaneamente com a pesquisadora.

A avaliação do paciente foi realizada em duas etapas:

Etapa 1 - avaliação das características definidoras de ordem fisiológica: a pesquisadora e a especialista utilizaram a técnica de observação direta, para verificar a presença ou ausência das manifestações (grupos A e B);

Etapa 2 - julgamento das características de ordem cognitivo/afetiva: utilizada a técnica de entrevista, questionando os pacientes em relação à pertinência das manifestações da náusea, por meio de uma escala tipo Likert, com pontuação variando de 1 a 5 (grupo A).

A condução da entrevista, coleta de dados subjetivos, foi realizada pela pesquisadora principal. Os dados objetivos foram coletados por cada uma das pesquisadoras de forma independente, assim como o registro de todas as informações.

A coleta dos dados teve duração de quatro meses (15/08/2011 a 15/12/2011).

Apresenta-se, a seguir, a Figura 7 que demonstra os passos utilizados para a coleta dos dados.

Figura 7 - Fluxograma da coleta de dados da etapa validação clínica do diagnóstico de enfermagem Náusea

4.3.4 Análise dos dados

Os dados dos pacientes foram digitados em banco de dados do *Microsoft Office Excel 2007* e analisados no programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS®)* versão 19 for Windows IBM Company Copyright 2010. Os resultados foram avaliados por meio de estatística descritiva, utilizando-se frequências e tabelas de contingência para as variáveis nominais e medidas de tendência central para as variáveis quantitativas (média, mediana, desvio-padrão e valores mínimo e máximo).

Para as variáveis categóricas, foram empregados os testes estatísticos comparativos qui-quadrado ou exato de Fisher, caso os requisitos para utilizar qui-quadrado não forem satisfeitos (não ter frequência esperada menor do que cinco em 25% das caselas).

O teste qui-quadrado (χ^2) é adequado para comparação das frequências ou proporções em dois ou mais grupos que receberam diferentes tratamentos ou têm diferentes exposições. O resultado do qui-quadrado será zero quando não houver diferença entre a frequência observada e a frequência esperada. Caso exista uma relação de dependência ou associação, as frequências observadas irão variar com relação às frequências esperadas, e o valor da estatística do qui-quadrado será significativo. Um dos requisitos necessários para que se possam tirar conclusões válidas quanto ao teste qui-quadrado é que 80% das frequências esperadas devem exceder a 5, e todas as frequências esperadas devem exceder a 1 (MOTTA; OLIVEIRA FILHO, 2009).

O teste exato de Fisher é utilizado na análise de dados categóricos do mesmo modo que o qui-quadrado. No entanto, apresenta alguns requisitos relacionados às frequências esperadas que são uma consequência do número de observações disponíveis para a realização da análise (MOTTA; OLIVEIRA FILHO, 2009).

Os resultados foram considerados significantes quando $\alpha < 0,05$.

Para mensurar a força de associação entre os antecedentes e a náusea e a náusea e as características definidoras, foi utilizado o risco relativo (RR). O risco relativo é utilizado para medir a associação da variável desfecho com a variável de

exposição. É a razão da incidência em indivíduos com o fator de risco e a incidência em indivíduos sem o fator de risco. O RR igual a 1 indica a não existência de associação entre a exposição e o desfecho; o RR maior do que 1 implica risco aumentado de desfecho (doença) entre os expostos; o RR menor do que 1 sugere menor incidência do desfecho entre os expostos (fator de proteção). Quanto maior for o RR, maior será a associação entre a exposição e o desfecho (MOTTA; OLIVEIRA FILHO, 2009). O RR foi mensurado em todas as variáveis, independentemente do resultado obtido nos testes de associação (qui-quadrado e exato de Fisher), já que a literatura e a vivência clínica apontam que as variáveis estudadas são relevantes fatores de risco para a presença de náusea.

Nas características definidoras de natureza fisiológica, empregaram-se a análise de concordância e discordância sobre a presença ou ausência dessas características e a frequência de ocorrência na população estudada.

Após, foi calculado o coeficiente de confiabilidade entre avaliadores, por meio da fórmula estabelecida por Fehring.

Para avaliar a relevância das características definidoras de natureza cognitivo/afetiva foi empregado o cálculo de média ponderada.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, conforme determinado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos (Parecer favorável nº 0456/2011 – ANEXO C). Foi elaborado um TCLE, com informações sobre os objetivos da pesquisa, participação dos sujeitos, garantia do sigilo e direito de exclusão em qualquer momento, sem que haja quaisquer prejuízos. A coleta de dados teve início após a assinatura do TCLE pelo sujeito, autorizando sua participação na pesquisa. Ressalta-se que o TCLE foi elaborado em duas vias, ficando uma com o pesquisador e uma com o sujeito, com o nome e telefone do responsável pela pesquisa.

Os pacientes que recebem anestesia geral ou sedação podem apresentar supressão temporária da consciência, implicando incompetência também temporária do paciente em avaliar cognitivamente a situação a qual está sendo submetido, dificultando a tomada de decisões. Assim, na etapa de validação clínica, o paciente foi informado sobre os objetivos do estudo no período pré-operatório, e, após assinatura do TCLE, foi realizada a coleta nos períodos pré e pós-operatório imediato.

Ressalta-se que todos os cuidados médicos e de enfermagem foram realizados por profissionais capacitados da própria instituição no momento que o paciente apresentou náuseas e vômitos. Qualquer outra alteração detectada pela pesquisadora, durante a coleta dos dados, foi informada à equipe de saúde local.

5 RESULTADOS

5.1 ANÁLISE DE CONCEITO

Considerou-se pertinente apresentar neste item os resultados e a discussão em conjunto, para facilitar o entendimento das etapas posteriores da pesquisa, já que os dados obtidos na análise de conceito foram fundamentais para a realização das validações de conteúdo e clínica.

A análise de conceito foi construída tendo como base oito etapas sequenciais. A primeira etapa consistiu na seleção do conceito (náusea), e, na segunda, o pesquisador relatou o objetivo desta análise que, nesse caso, foi o esclarecimento deste fenômeno na área da enfermagem e a construção de definições operacionais.

5.1.1 Identificação da utilização do conceito

A palavra náusea é derivada do grego “*NAUSIA*”, que significa “a dança do navio”. Encontram-se alguns termos utilizados como sinônimos de náuseas, como: enjoo e ânsia de vômito.

O construto “náusea” tem sido empregado em diversas áreas da saúde, como na medicina, enfermagem, farmácia, nutrição e psicologia, mas o maior número de publicações se encontra na medicina, mais especificamente nas áreas de ginecologia e obstetrícia, oncologia, anestesiologia e cirurgia.

Não foram encontradas mudanças significativas na essência da definição de náusea nos diversos campos onde é empregada, exceto na psicologia e literatura.

No campo da psicologia náusea deriva do termo “*La Nausée*”, que foi um romance publicado em 1938, escrito em forma de diário, em que o autor narra as experiências vividas por Antoine Roquentin, historiador que morava no interior da

França. Nesse diário, Roquentin descreve uma série de acontecimentos que estavam ocorrendo em sua vida sem que ele os compreendesse. A Náusea ou *La Nausée* expressa mudanças na relação do autor com o mundo e com os objetos. Essas mudanças se expressam através de uma metamorfose horrível de todas as sensações, como ilustrado no exemplo a seguir:

“[...] Em diferentes ocasiões, caminhando na rua, jogando pedras ao mar, sentado em um café, subitamente, Antoine era tomado por aquela irritante experiência, uma espécie de enjoo adocicado, uma leve tontura, uma náusea, sem que conseguisse facilmente dela se livrar e sem perceber o que o levava a essa emoção. Era uma experimentação psicofísica, corpo e consciência envolvidos no acontecimento [...]” (Schneider, 2006, p.55) .

Na literatura, a palavra náusea significa algo ruim e enfado que precisa ser desfeito, como ilustrado nas estrofes do poema “A flor e a náusea” de Carlos Drummond de Andrade, em que narra o nascimento de uma flor feia e sem atrativos, representando a emergência de algo novo para romper a náusea, o tédio, o vazio, conforme ilustrado a seguir.

[...] Uma flor nasceu na rua!
Passem de longe, bondes, ônibus, rio de aço do tráfego.
Uma flor ainda desbotada ilude a polícia, rompe o asfalto.
Façam completo silêncio, paralise os negócios, garanto que uma
flor nasceu.
Sua cor não se percebe.
Suas pétalas não se abrem.
Seu nome não está nos livros.
É feia. Mas é realmente uma flor.
Sento-me no chão da capital do país às cinco horas da tarde
e lentamente passo a mão nessa forma insegura.
Do lado das montanhas, nuvens macias avolumam-se.
Pequenos pontos brancos movem-se no mar, galinhas em pânico.
É feia. Mas é uma flor. Furou o asfalto, o tédio, o nojo e o ódio.
Carlos Drummond de Andrade

Em suma, o conceito náusea tem um significado ruim, expressando sofrimento, desconforto e mal-estar em todas as áreas do conhecimento; no entanto,

nas ciências humanas, a náusea representa um desconforto emocional e nas áreas médicas o enfoque principal é o sintoma físico.

Os descritores de saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) conceituam náusea como uma sensação desagradável no estômago, geralmente acompanhada pelo impulso de vomitar, apresentando a palavra enjojo como sinônimo.

No contexto do pós-operatório imediato, o conceito expressa uma sensação subjetiva e desagradável, semelhante a uma onda na parte de trás da garganta, no epigástrio ou no abdome que pode levar à vontade de vomitar (GARRET et al., 2003; NANDA-I, 2010; SHIAO; DIBBLE, 2006). Náusea é uma resposta não observável e subjetiva relatada pelos pacientes (NUNLEY; WAKIM; GUINN, 2008). Náusea é definida como uma sensação subjetiva e desagradável associada com consciência do vômito (DEANE-VALENTINE, 2005). Tais definições sugerem que a náusea é uma sensação subjetiva e desagradável. O termo “subjetivo” refere-se àquilo que pertence ao sujeito; significa relativo ao sujeito; existente no sujeito; passado exclusivamente no espírito de uma pessoa; aquilo que é sentido por experiência íntima (BUENO, 1976). Assim como a dor, a náusea também é uma sensação subjetiva, não podendo ser avaliada desconsiderando-se o sujeito, pois cada um pode experimentá-la de variadas formas.

Portanto, após análise e reflexão dos conceitos de náusea provenientes de várias disciplinas e do cenário pós-operatório, considera-se que a definição apresentada pela NANDA-I (2010) é adequada e deve ser inserida no instrumento para avaliação dos expertos sem modificações.

5.1.2 Definição dos atributos definidores

Atributos definidores são características ou qualidades que separam um conceito de outros conceitos. Por meio da revisão e síntese da literatura, foram encontrados 12 atributos definidores que permitem identificar a náusea, os quais são apresentados a seguir com suas respectivas definições conceituais (DC) e definições operacionais (DO):

1. Relato de náusea:

DC: Relato do paciente de estar com enjoo no estômago, vontade de vomitar, sensação de mal-estar, algo desagradável na região epigástrica, com repercussão geral.

DO: Paciente verbaliza sensação de mal-estar, enjoo, náusea e/ou vontade de vomitar.

2. Salivação aumentada:

DC: Produção de saliva em quantidade excessiva.

DO: Paciente verbaliza excesso de saliva na boca e/ou enfermeiro observa deglutição salivar em grande quantidade, ou ainda, se o paciente estiver com o nível de consciência reduzido ou com o reflexo de deglutição prejudicado, o enfermeiro poderá constatar saliva em excesso escorrendo pelo canto da boca do paciente.

3. Aversão à comida:

DC: repulsão por comida; a situação de comer é inaceitável.

DO: Paciente verbaliza não conseguir comer e/ou assume comportamentos de aversão à comida, tais como: vira o rosto para o lado contrário da comida, meneia a cabeça em sinal negativo, apresenta expressão facial de nojo pela comida.

4. Deglutição aumentada:

DC: É o ato reflexo de engolir (passagem da boca ao estômago) mais do que o habitual.

DO: O paciente relata e/ou o enfermeiro observa engolimento/deglutição de saliva de forma abundante. A deglutição poderá ser observada inspecionando-se a região anterior do pescoço, em que o enfermeiro verificará uma elevação, como se fosse uma onda passando no sentido faringe-esôfago.

5. Gosto amargo na boca:

DC: Impressão produzida na língua que não é doce.

DO: Paciente verbaliza sentir um gosto amargo e desagradável na boca e/ou expressa tal sensação franzindo a testa, aproximando as sobrancelhas e mantendo expressão facial de nojo.

6. Sensação de vômito:

DC: Impressão de expulsão súbita, pela boca, do conteúdo do estômago

DO: Paciente relata desejo de vomitar e/ou enfermeiro observa espasmos do trato gastrointestinal superior em direção à boca. Neste momento, o paciente poderá inclinar-se para frente e levar a mão à boca.

7. Palidez:

DC: É caracterizada pela diminuição acentuada de fluxo sanguíneo no leito cutâneo. Sem cor, descorado.

DO: Paciente pálido, descorado. Atenuação ou desaparecimento da cor da pele rósea (etnia branca) e esbranquiçada ou amarelada (etnia negra), podendo ser observada, principalmente na face e nas regiões palmoplantares.

8. Taquicardia:

DC: Aceleração do ritmo cardíaco a mais que 100 bpm.

DO: Paciente apresenta um aumento da frequência cardíaca (acima de 100bpm). A frequência cardíaca pode ser obtida por meio da ausculta do coração (focos pulmonar, aórtico, tricúspide e mitral), utilizando-se um estetoscópio, preferencialmente com a terminação campânula, ideal para sons suaves e de baixa frequência. A palpação do pulso periférico fornece o ritmo e a velocidade dos batimentos cardíacos, assim, a frequência cardíaca poderá ser mensurada por meio da palpação de artérias, sendo a mais utilizada a artéria radial, localizada na face flexora do punho, lateralmente ao osso rádio. Outras opções são as artérias braquiais, femorais, carótídeas, poplíteas e dorsais do pé.

9. Diaforese:

DC: Eliminação abundante de suor. Transpiração. É fisiológica durante o esforço físico e em dias muito quentes.

DO: Paciente apresenta eliminação abundante de suor. O enfermeiro poderá detectar a diaforese por meio da inspeção, em que a pele ficará com aspecto liso e úmido. Nas náuseas o paciente fica coberto de um suor frio.

10. Sensação de calor e frio:

DC: Impressão de experimentar variação da temperatura do corpo em quente e frio ao mesmo tempo.

DO: Paciente verbaliza sensação de calor e frio ou o enfermeiro observa o paciente assumindo posição de frio (encolhimento), com ereção dos pelos e arrepiamento da pele, associado a comportamentos de sensação de calor (retirada de cobertas, uso de ventiladores).

11. Alterações da pressão arterial:

DC: Modificação da pressão arterial sistêmica.

DO: Paciente apresenta níveis pressóricos alterados para mais ou para menos do valor habitual ou do valor obtido no período pré-operatório. A mensuração da pressão arterial deve ser realizada, preferencialmente, nos membros superiores e utilizando-se um esfigmomanômetro e o estetoscópio biauricular ou apenas o esfigmomanômetro digital.

12. Dilatação pupilar:

DC: Aumento fisiológico ou artificial da pupila.

DO: Paciente apresenta pupilas dilatadas, com diâmetro maior que 4 milímetros, podendo ser unilateral ou bilateral. Para avaliação das pupilas, o enfermeiro deverá utilizar a semiotécnica inspeção, e o paciente deverá estar com os olhos abertos.

A identificação dos atributos definidores e suas definições operacionais foram fundamentais para a construção do instrumento de coleta de dados da etapa validação de conteúdo, em que os expertos manifestam suas opiniões em relação ao grau com que cada característica ou atributo é indicativo do diagnóstico de enfermagem Náusea.

5.1.3 Desenvolvimento de casos-modelo

A apresentação de casos-modelo permite a visualização dos atributos que definem o conceito estudado. Em seguida, é apresentada uma discussão do caso clínico.

Caso-modelo:

“Maria de Lourdes Silva (fictício); sexo feminino, 28 anos, deu entrada na SRA às 13:00 horas após ser submetida à cirurgia de colecistectomia videolaparoscópica, sob anestesia geral, com duração de 80 minutos e sem intercorrências. Após 60 minutos na SRA, a paciente se encontrava respirando espontaneamente, saturando 95%, quando chamou a enfermeira Joana e relatou estar sentindo náusea e sensação de vômito. A enfermeira observou os sinais vitais no monitor e detectou aumento na pressão arterial sistêmica (Pressão Arterial Sistêmica: 148 X 98mmHg) e elevação na frequência cardíaca (125 batimentos por minuto). Maria apresentava fácies pálida, pupilas midriáticas (6 milímetros), deglutia com frequência devido à grande quantidade de saliva na boca. Retirou os cobertores, referindo calor e solicitou uma toalha para limpar o rosto e braços cobertos de suor. Ao sentir o cheiro da dieta do paciente que se encontrava ao lado, Maria realizou expressão de nojo e aversão à comida, relatando que sua boca estava com gosto amargo. Após avaliar a paciente e detectar essas alterações, a enfermeira Joana fez o diagnóstico de enfermagem Náusea e iniciou as intervenções de enfermagem: solicitou que a paciente respirasse lenta e profundamente, colocou toalhas frescas sob a testa e iniciou técnica de acupressão no ponto P6 (Neiguan). Após cerca de 5 minutos, Maria apresentava fácies rosada e relatava alívio da náusea”.

Discussão do caso-modelo:

O caso-modelo envolveu os 12 atributos definidores de náusea (relato de náusea e de sensação de vômito, alteração da pressão arterial, taquicardia, palidez, dilatação pupilar, excesso de salivação, deglutição aumentada, sensação de calor e frio, diaforese, aversão à comida e gosto amargo na boca).

A náusea ocorre por estimulação do centro do vômito por meio de complexa interação e manipulação de neurotransmissores e receptores no Sistema Nervoso Central (SNC), cérebro e trato gastrointestinal. O centro do vômito está localizado no SNC, na medula, próximo ao núcleo trato solitário e área posterior do cérebro. Sua estimulação pode ocorrer através do nervo aferente vagal (exemplo: manipulação dos olhos, orofaringe e trato gastrointestinal), pelo córtex cerebral

(exemplo: emoções, visão e olfato), aparelho vestibular (exemplo: movimentação, manipulação do ouvido médio e labirinto), ativação da zona quimiorreceptora do gatilho e sistema endócrino (exemplo: gravidez, mudanças hormonais) (NUNLEY; WAKIM; GUINN, 2008).

O caso clínico elucidou tanto atributos subjetivos como objetivos, que em conjunto deram subsídios para a elaboração do diagnóstico de enfermagem Náusea pela enfermeira Joana. O atributo subjetivo “relato de náusea” foi fundamental para que a enfermeira percebesse as outras manifestações da náusea. No entanto, em pacientes com rebaixamento do nível de consciência, o enfermeiro deve perceber a presença da náusea por meio de sinais clínicos objetivos.

5.1.4 Desenvolvimento de outros casos

Como exemplo de outros casos, apresenta-se um caso-contrário que representa o oposto do conceito e um caso-relacionado que ilustra conceitos semelhantes, mas não contém atributos críticos, seguidos de discussões.

Caso-contrário:

“João José da Costa (fictício), 62 anos, submetido à cirurgia de colecistectomia videolaparoscópica há cinco dias, sem intercorrências. Os registros do enfermeiro Eduardo evidenciaram que o paciente recebeu alta para o domicílio após quatro horas de internação na SRA. Durante sua permanência, apresentou-se corado, os sinais vitais mantiveram-se estáveis e sem alterações, aceitou a dieta oferecida e relatou bem-estar físico e psicológico. Deambulou sem auxílio, relatando sentir-se bem.”

Discussão do caso-contrário:

O caso clínico denominado contrário não apresenta qualquer atributo definidor do conceito náusea, portanto não é representativo do fenômeno. O

paciente João José da Costa realizou uma cirurgia e durante o pós-operatório não relatou quaisquer sintomas de desconforto, bem como o enfermeiro Eduardo não detectou nenhuma alteração durante a sua avaliação.

Caso-relacionado:

“Homem de meia-idade, submetido à cirurgia de herniorrafia inguinal sob raquianestesia, foi encaminhado à enfermaria. Apresenta-se eupneico, com pulso de 78 batimentos por minuto e pressão arterial de 100 x 60 mmHg, incisão cirúrgica em região inguinal esquerda com curativo limpo e seco. Paciente refere mal-estar e tontura, apresentando palidez e sudorese em decorrência de tentar levantar-se da cama sozinho para ir ao banheiro.”

Discussão do caso-relacionado:

O caso-relacionado apresenta alguns atributos do conceito, mas não os mais importantes, como o relato de náusea, a salivação em excesso, a palidez e a sensação do vômito. Trata-se de um paciente com hipotensão postural, que manifesta alguns sinais e sintomas semelhantes aos do conceito estudado, mas que não o representam.

5.1.5 Antecedentes e consequentes

5.1.5.1 Antecedentes

Foram identificados diversos antecedentes relacionados à náusea no período pós-operatório imediato, a saber: sexo feminino, idade, história de náuseas e vômitos em cirurgias anteriores, cinetose, indivíduos não fumantes, obesidade, administração de opioides nos períodos intra e pós-operatórios, duração do

procedimento anestésico-cirúrgico, tipo de anestesia, tipo de cirurgia, administração de anestésicos voláteis e óxido nitroso, aumento da movimentação e dor.

Os fatores hormonais contribuem para a ocorrência de náusea em decorrência das flutuações nas concentrações hormonais, durante o ciclo menstrual (progesterona e gonadotrofina) (HARMON et al., 2000), principalmente durante a fase folicular, na qual ocorre aumento da secreção do hormônio estradiol, e a fase luteal em que aumenta a concentração de progesterona. As mudanças ocorridas nas concentrações de progesterona e/ou estradiol podem sensibilizar a zona quimiorreceptora do gatilho e/ou o centro do vômito (SENER et al., 2005). Por isso, diversos autores apontam que o sexo feminino e a idade têm relação com uma maior incidência de náusea no período pós-operatório (ASPAN, 2006; CHOI et al., 2005; COHEN et al., 1994; GAN et al., 2006; STADLER et al., 2003).

A incidência de náusea é baixa em crianças de até um ano de idade, sofrendo um aumento gradativo até a adolescência. Encontra-se um pico em pacientes de 25 a 50 anos, e aqueles com mais de 70 anos sofrem uma queda significativa nas taxas de NVPO (SCHMIDT; BAGATINI, 1997). Alguns autores concluíram que não há diferença na incidência de náusea entre homens e mulheres até a fase da puberdade ou depois da oitava década de vida (LARSSON; LUNDBERG, 1995; SINCLAIR; CHUNG; MEZEI, 1999), e que o sexo feminino apresenta de duas a três vezes mais náusea que o sexo masculino, tendendo, ainda, a ser mais intensa que a dos homens (THOMPSON, 1999).

Os pacientes que relatam em sua história clínica já terem apresentado náuseas após procedimentos cirúrgicos prévios e/ou referem a presença de sintomas eméticos quando em movimentos (viagens de carro, ônibus e avião, brinquedos de diversão) apresentam maiores chances de vivenciarem esse sintoma no pós-operatório imediato. Tem-se a hipótese de que esses indivíduos apresentam um arco reflexo exacerbado para náusea e vômito (ANDRADE; CECCONI, 1994) ou, ainda, distúrbios no aparelho vestibular (GOLEMBIEWSKI; O'BRIEN, 2002).

A administração de opioides, durante a anestesia e analgesia, tem induzido o sintoma de náusea em pacientes com cinetose, sugerindo que o opioide pode aumentar a sensibilidade do sistema vestibular (THOMPSON, 1999). Esses pacientes também podem apresentar uma exacerbação nos níveis de ansiedade e medo, levando ao aumento das catecolaminas, as quais estimulam os receptores

alfa da zona quimiorreceptora do gatilho, levando o paciente a apresentar náusea. Outro tipo de hipótese seria a mudança no padrão respiratório, causada pela liberação de catecolaminas, que fará com que o paciente tenha uma deglutição excessiva de ar, causando uma distensão do trato gastrointestinal e resultando em sintomas de náusea (THOMPSON, 1999).

Entre os fumantes, as taxas de náuseas e vômitos no pós-operatório diminuem em 34%, quando comparadas com indivíduos não fumantes (SINCLAIR; CHUNG; MEZEI, 1999). Na literatura, há vários mecanismos postulados no que se refere ao efeito do cigarro sobre as náuseas, como, por exemplo, a possibilidade de o tabaco conter algum tipo de componente antiemético e/ou a nicotina possuir uma tolerância para substâncias emetogênicas, porém ambas permanecem desconhecidas (CHIMBIRA; SWEENEY, 2000).

Outra possível etiologia seria um dos componentes químicos do cigarro possuir um efeito antiemético. Em adição, o consumo crônico do cigarro eleva os níveis da enzima citocromo P450 no fígado e o aumento dessa enzima induz, nos fumantes, a decomposição dos agentes anestésicos mais rapidamente do que nos não fumantes, resultando em menores taxas de náuseas (CHOI et al., 2005; WHALEN et al., 2006).

A enzima citocromo P450 ainda tem sido importante na regulação da concentração do hormônio progesterona que atua nas mudanças de humor, estresse, gravidez e ciclo menstrual. Fatores exógenos, tais como drogas e componentes químicos podem interferir nesse sistema (CHIMBIRA; SWEENEY, 2000). Não somente as drogas, mas também fatores dietéticos e nutricionais podem influenciar o citocromo P450. Assim, pode ser possível que os pacientes fiquem mais suscetíveis em função das mudanças ocorridas na dietoterapia, antes da cirurgia (CHIMBIRA; SWEENEY, 2000).

Em indivíduos obesos, o tecido adiposo armazena drogas anestésicas em grande quantidade, as quais voltam à corrente circulatória, mesmo após terem sua administração interrompida. Como consequência o paciente ficará mais exposto à ação emética dessas drogas. Outros fatores também podem ser responsáveis pela relação obesidade e náusea, tais como: maior resíduo gástrico, aumento da incidência de refluxo gastroesofágico e a dificuldade respiratória, levando o paciente

a apresentar distensão gástrica, consequente à presença de fornecimento do oxigênio através da máscara (POMPEO, 2007).

A duração prolongada da anestesia e cirurgia foi descrita como relacionada à náusea por diversas razões, tais como: experiência do cirurgião (LAGES et al., 2005), exposição prolongada aos agentes anestésicos potencialmente emetizantes (ANDRADE; CECCONI, 1994; SCHMIDT; BAGATINI, 1997; SINCLAIR; CHUNG; MEZEI, 1999), aumento da probabilidade de dor (MATTILA et al., 2005) e um maior tempo para eliminar os anestésicos do organismo (THOMPSON, 1999).

A anestesia geral foi incluída como fator de risco para as NVPOs. Essa incidência aumentada pode estar relacionada à entubação traqueal, em que um estímulo proveniente das fibras autonômicas da faringe é enviado ao centro do vômito (ANDRADE; CECCONI, 2004) ou à presença dos agentes anestésicos inalatórios (RÜSCH et al., 2010).

Diversos tipos de procedimentos cirúrgicos foram associados à maior incidência de NVPO, tais como: cirurgias otorrinolaringológicas, oftalmológicas, laparoscopias, cirurgias ginecológicas, plásticas, abdominais, neurocirurgias, cirurgias de ombro, mama, bucomaxilo, laparotomia e ortopédica.

Em cirurgias otorrinolaringológicas, o paciente engole secreções sanguinolentas, estimulando o trato gastrointestinal. Os procedimentos envolvendo o ouvido médio também são responsáveis pelo aumento da náusea por estimularem o aparelho vestibular e, consequentemente, o centro do vômito (THOMPSON, 1999).

Nos procedimentos oftalmológicos, ocorre a estimulação do reflexo vagal oculo-cardíaco, em resposta ao trigêmeo, pela manipulação do músculo dos olhos (APFEL; KRANKE; EBERHART, 2004; SINCLAIR; CHUNG; MEZEI, 1999), ou como resultado de uma imagem visual distorcida, secundária à correção aguda do alinhamento dos eixos visuais (CANGIANI et al., 2006).

Nas laparoscopias, o mecanismo de ação sugerido é a distensão abdominal secundária ao dióxido de carbono usado para a visualização das cavidades corporais (THOMPSON, 1999). O pneumoperitônio tem como objetivo a obtenção do campo cirúrgico, permitindo a visualização da cavidade abdominal e o manuseio do instrumental específico. As autoras descobriram, no estudo realizado sobre as complicações mais frequentes em pacientes em pós-operatório de

videolaparoscopias, que as náuseas e vômitos foram as mais encontradas (MARCELINO; PENICHE, 2002).

Nas cirurgias abdominais, há estimulação dos nervos sensoriais por meio de estruturas intra-abdominais, os quais conduzirão a informação ao sistema nervoso central (LARSSON; LUNDBERG, 1995).

Nas cirurgias ginecológicas e ortopédicas, o aumento do sintoma de náusea está relacionado à administração de opioides no intraoperatório para o controle da dor pós-operatória e à necessidade da anestesia geral (KONTRIMAVICIUTE; BAUBLYS; IVASKEVICIUS, 2005; SINCLAIR; CHUNG; MEZEI, 1999).

Em neurocirurgias, a náusea é decorrente do aumento da pressão intracraniana (VENDER; SPIESS, 1995) e, nas cirurgias de tireoide e paratireoide, ocorre estimulação vagal durante a manipulação cirúrgica do pescoço. Além disso, as mudanças nos níveis de hormônios tireoidianos circulantes na corrente sanguínea podem ter um papel importante na produção das náuseas e vômitos (SONNER et al., 1997).

A administração de anestésicos voláteis (isoflurano, enflurano, sevoflurano), incluindo o óxido nitroso no período intraoperatório, é um fator relacionado às náuseas no pós-operatório. O óxido nitroso chega ao ouvido médio, estimulando o aparelho vestibular, causando distensão intestinal, induzindo a ativação do sistema dopaminérgico medular e aumentando os opioides endógenos no líquido cefalorraquidiano (LAGES et al., 2005).

Outro mecanismo da ação emética do óxido nitroso ocorreria por liberação de catecolaminas endógenas, disfunção vestibular por aumento da pressão no ouvido médio e distensão do estômago e intestino (ANDRADE; CECCONI, 1994; SCHMIDT; BAGATINI, 1997).

Muitos autores apontaram o propofol, administrado através da via endovenosa durante a anestesia geral, como associado à baixa incidência de NVPO quando comparado à anestesia geral inalatória, sugerindo que a droga poderia apresentar propriedades antieméticas (CHOI et al., 2005; JUNGER et al., 2001; SINCLAIR; CHUNG; MEZEI, 1999; SONNER et al., 1997). Porém, Apfel et al. (2002) concluem, em seu estudo, que a diferença entre o propofol e os anestésicos voláteis

está, principalmente, no efeito emetogênico dos anestésicos voláteis e não nas propriedades antieméticas do propofol.

A administração de opioides está associada às náuseas por exercer ação direta na zona quimiorreceptora do gatilho, retardar o esvaziamento gástrico e interferir no sistema vestibular (APFEL et al., 2002; JAFFE et al., 2000; SCHMIDT; BAGATINI, 1997; THOMPSON, 1999).

O uso da morfina está associado à depressão do centro do vômito e à estimulação da zona quimiorreceptora do gatilho, diminuindo a motilidade do trato gastrointestinal e estimulando o nervo vestibular, tendo como consequências as náuseas e vômitos. A utilização de outros opioides, tais como meperidina e fentanil, também causa os mesmos efeitos (THOMPSON, 1999).

Os opioides também são responsáveis pela sensibilização do sistema vestibular aos fenômenos eméticos induzidos pelos movimentos (ANDRADE; CECCONI, 1994; JAFFE et al., 2000), principalmente nos casos de analgesia controlada pelo paciente (CHOI et al., 2005).

O estímulo álgico promove náusea e vômito, provavelmente por meio da estimulação vagal e ativação simpática, com liberação de catecolaminas endógenas (CANGIANI et al., 2006).

Os movimentos súbitos, mudanças de posição e até mesmo o transporte do paciente da mesa cirúrgica para a cama da recuperação anestésica e desta para a enfermaria podem precipitar o aparecimento das náuseas e vômitos (THOMPSON, 1999). O movimento estimula os receptores do labirinto vestibular do ouvido interno e os impulsos são transmitidos, principalmente, por meio de núcleos vestibulares para o cerebelo, zona quimiorreceptora do gatilho e centro do vômito, provocando as náuseas e vômitos (GUYTON; HALL, 2006).

5.1.5.2 Consequentes

As consequências da náusea demonstram prejuízos ao paciente de ordem biológica, emocional ou psicológica e social. As consequências relacionadas às necessidades biológicas identificadas na literatura foram: desidratação (DEANE-

VALENTINE, 2005; FERRERA-LOVE; SEKERES; BIRCHER, 1996; GAN, 2006; GARRET et al., 2003; GOLEMBIEWSKI; O'BRIEN, 2002), distúrbio eletrolítico (DEANE-VALENTINE, 2005; FERRERA-LOVE; SEKERES; BIRCHER, 1996; GAN, 2006; GARRET et al., 2003; GOLEMBIEWSKI; O'BRIEN, 2002), pneumonia aspirativa (ASPAN, 2006; CHOI et al., 2005; DEANE-VALENTINE, 2005; FERRERA-LOVE; SEKERES; BIRCHER, 1996; GARRET et al., 2003; SHIAO; DIBBLE, 2006), inapetência (GARRET et al., 2003), deiscência de sutura (ASPAN, 2006; CHOI et al., 2005; FERRERA-LOVE; SEKERES; BIRCHER, 1996; GAN, 2006; GARRET et al., 2003), dor no local da incisão cirúrgica (CHOI et al., 2005), ruptura esofágica (CHOI et al., 2005; GAN, 2006), desconforto (GAN et al., 2003; LEWTHWAITE, 2009), retorno lento às habilidades funcionais nas 24 horas após a cirurgia (ASPAN, 2006; GOLEMBIEWSKI; O'BRIEN, 2002), hipertensão venosa e sangramento (GAN, 2006).

A maioria dos estudos considera a náusea e o vômito como uma só complicação. Esses eventos teoricamente são diferentes, mas na prática ocorrem, na maioria das vezes, juntos, sendo difícil e confusa a sua separação. Assim, considera-se que a desidratação, inapetência, desconforto e retorno lento às habilidades funcionais sejam consequentes que ocorram na presença da náusea, independentemente do vômito. As demais consequências (distúrbio eletrolítico, pneumonia aspirativa, deiscência de sutura, dor no local da incisão, ruptura esofágica, hipertensão venosa e sangramento) ocorrem na náusea, acompanhada de vômito. Ressalta-se que o vômito é um consequente da náusea.

As consequências relacionadas às necessidades psicológicas identificadas foram a ansiedade (GARRET et al., 2003) e a preocupação (GAN et al., 2003).

A ansiedade pode contribuir para uma futura antecipação da náusea em procedimentos cirúrgicos posteriores (GARRET et al., 2003).

Diversas consequências de ordem social foram encontradas na literatura, como: atraso na alta hospitalar (ASPAN, 2006; DEANE-VALENTINE, 2005; FERRERA-LOVE; SEKERES; BIRCHER, 1996; GAN et al., 2003; GOLEMBIEWSKI; O'BRIEN, 2002; LEWTHWAITE, 2009; ROBERTS et al., 2005), antecipação da admissão hospitalar em cirurgias ambulatoriais (ASPAN, 2006; GAN et al., 2003; GOLEMBIEWSKI; O'BRIEN, 2002; LEWTHWAITE, 2009), aumento dos gastos e

custos hospitalares (ASPAN, 2006; CHOI et al., 2005; DEANE-VALENTINE, 2005; EBERHART et al., 2002; FERRERA-LOVE; SEKERES; BIRCHER, 1996; GAN, 2006; GAN et al., 2003; GARRET et al., 2003; GOLEMBIEWSKI; O'BRIEN, 2002; SENER et al., 2005;), aumento do tempo de recuperação (CHOI et al., 2005; GAN, 2006; GAN et al., 2003; GARRET et al., 2003; LEWTHWAITE, 2009; SENER et al., 2005), insatisfação com o serviço de saúde (CHOI et al., 2005; GAN et al., 2003; GARRET et al., 2003; LEWTHWAITE, 2009) e absenteísmo no trabalho (ASPAN, 2006; FERRERA-LOVE; SEKERES; BIRCHER, 1996).

A presença de náuseas pode retardar a transferência dos pacientes da SRA para a clínica de origem ou, ainda, prolongar o tempo de permanência hospitalar, tendo consequências na elevação dos gastos hospitalares, aumento do uso de medicações antieméticas, afetando dessa forma o fluxo de cirurgias e a reabilitação precoce do paciente.

5.1.6 Referências empíricas

A determinação das referências empíricas pode auxiliar a construção de instrumentos para mensuração do conceito (WALKER; AVANT, 2005), ou seja, o pesquisador vai identificar na literatura quais as formas de se avaliar a presença de náusea.

A avaliação da náusea, no período pós-operatório, é geralmente realizada por meio da comunicação verbal com o paciente durante a coleta de dados. Os dados coletados são categorizados em subjetivos, enunciados pelo próprio paciente durante a anamnese, e dados objetivos, obtidos pelo profissional da equipe de saúde ao observar o paciente durante o exame físico, por intermédio da inspeção, palpação, percussão e ausculta, além de estudos laboratoriais e prontuário do paciente (JARVIS, 2002).

Durante a entrevista, a mensuração da náusea tem ocorrido por meio de escalas de descrição verbal ou autorrelato, como a Escala Visual Analógica de 0 a 10 centímetros (AGARWAL et al., 2002; APFEL et al., 1998; BOOGAERTS et al., 2000; COLOMA et al., 2002; HABIB et al., 2006; HARMON et al., 2000; HARTSELL;

LONG; KIRSCH, 2005; SADIGHHA, NURAI, 2008; STADLER et al., 2003; WHALEN et al., 2006; YU-YONG et al., 2008;), Escala Numérica de Três Pontos (CHIMBIRA; SWEENEY, 2000), Escala Numérica de Quatro Pontos (HARMON et al., 1999; RÜSCH et al., 2005; SCHULTZ et al., 2003; SONNER et al., 1997; TURGUT et al., 2007) e Escala Descritiva Verbal de 0 a 4 pontos (CEKMEN et al., 2007).

A Escala Visual Analógica tem sido utilizada para mensurar uma variedade de respostas, subjetivas ou sentidas pelo indivíduo, como a dor. Consiste de uma linha reta de 10 centímetros de comprimento, em que a extremidade do lado esquerdo corresponde à ausência do sintoma e o extremo direito representa a experiência do sintoma em sua forma mais intensa. Os pacientes são indagados quanto à presença e intensidade do sintoma e convidados a marcar na linha qual valor representa o nível percebido do seu sintoma (BOOGAERTS et al., 2000), como representado na Figura 8.

0 Ausência de náusea										10 Pior náusea sentida
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------

Figura 8. Escala Visual Analógica para avaliação de náuseas no período pós-operatório.

A escala numérica de três pontos foi a menos utilizada, já que a avaliação da náusea era feita considerando-se apenas a sua intensidade: leve, moderada e intensa. Já na escala de quatro pontos, a náusea foi classificada como: sem náusea (zero), náusea leve (um), náusea moderada (dois) e náusea intensa (três).

A Escala Descritiva Verbal de 0 a 4 pontos é usada para mensurar a severidade das náuseas e vômitos. O número “zero” corresponde à ausência dos sintomas, o número “1” náusea leve, “2” náusea moderada, “3” vômito frequente (até 4 vezes) e “4” a vômito intenso (episódios contínuos) (CEKMEN et al., 2007).

A aplicação de instrumentos de autorrelato facilita a comunicação com o paciente, permite comparações e auxilia na escolha das intervenções. São os de primeira escolha para adultos com capacidade de compreensão e verbalização. Contudo, no período pós-operatório, muitas vezes, o enfermeiro se depara com

algumas barreiras que dificultam a utilização das escalas, como rebaixamento do nível de consciência e comunicação verbal prejudicada.

A *Nursing Outcomes Classification* (NOC) apresenta indicadores associados ao diagnóstico de enfermagem Náusea, como a falta de desejo de comer, desidratação, baixo nível de conforto, secreção de saliva em excesso, alteração do paladar, intolerância a odores, azia, dor epigástrica, débito urinário diminuído, indisposição, letargia, intolerância ao movimento, atividade física prejudicada, afastamento de relacionamentos interpessoais, desempenho de papel comprometido, interferência em atividades sociais, de lazer e recreação, ansiedade, depressão e estresse emocional (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2008).

Outras manifestações a serem mensuradas durante o exame físico do paciente são: palidez, diaforese, deglutição aumentada, taquicardia, alterações na pressão arterial e dilatação pupilar.

Ressalta-se que a análise de conceito foi fundamental para a realização das etapas posteriores (validação de conteúdo e validação clínica), pois permitiu a construção de definições operacionais e a elaboração de instrumentos de coleta de dados mais direcionados ao cenário do paciente com náusea, no período pós-operatório.

Os resultados desta etapa da pesquisa, a análise de conceito, foram divulgados em dois eventos científicos na área da Enfermagem:

1. NANDA *International Latin American Symposium* – ANEXO D; (POMPEO; ROSSI, 2011a).
2. XI Conferência Ibero-americana de Educação em Enfermagem – ANEXO E (POMPEO; ROSSI, 2011b).

5.2 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

A validação de conteúdo proposta por Fehring (1987) está baseada na verificação junto aos expertos da pertinência de características definidoras a um diagnóstico de enfermagem. Neste estudo, além da verificação dessas características definidoras, foi realizada uma análise da inserção do diagnóstico de

enfermagem Náusea na estrutura taxonômica da NANDA-I (2010), bem como a adequação do seu título e definição.

As informações oriundas do instrumento de coleta de dados respondido pelos expertos foram inseridas em uma planilha do *Microsoft Office Excel* e analisadas no programa Minitab versão 15. Foi utilizada estatística descritiva (distribuição de frequências), para análise quantitativa da pertinência do diagnóstico na estrutura taxonômica da NANDA-I, adequação do enunciado e definição do diagnóstico. Para avaliar o quão indicativa é uma característica definidora e o seu respectivo diagnóstico, foi utilizada a escala de média ponderada dos escores, proposta por Fehring (1986). As médias ponderadas foram obtidas pela somatória dos pesos assinalados para cada resposta (1 nada pertinente: 0; 2 muito pouco pertinente: 0,25; 3 de algum modo pertinente: 0,5; 4 muito pertinente: 0,75 e 5 muitíssimo pertinente: 1), divididos pelo número total de respostas.

As características definidoras com peso maior que 0,80 representaram as evidências principais do diagnóstico de enfermagem Náusea; aquelas com peso entre 0,50 e 0,79 foram consideradas evidências secundárias ou que não garantem a existência do diagnóstico e as que apresentaram valor menor que 0,50 não foram relevantes à categoria diagnóstica Náusea.

Em seguida, foi calculado o escore total do diagnóstico por meio da somatória dos escores individuais divididos pelo número total de características definidoras, desconsiderando-se aquelas que apresentaram escores menores ou iguais a 0,50.

A apresentação dos resultados da validação de conteúdo foi dividida em três partes: caracterização dos expertos, validação da estrutura taxonômica, validação dos componentes do diagnóstico (título, definição e características definidoras).

5.2.1 Caracterização dos expertos

Foram enviados 80 convites para participação como experto, na etapa validação de conteúdo da categoria diagnóstica Náusea. Do total de convidados, 21

não responderam ao convite, quatro recusaram por não se considerarem experts no tema da pesquisa, dois foram excluídos por não atingirem a pontuação mínima para ser um expert e um não aceitou a participação por falta de tempo. Dessa forma, a amostra foi constituída por 52 enfermeiros experts.

A maioria dos experts participantes era do sexo feminino (96,15%), com idade média de 44,02 anos e tempo de atuação na profissão de, no mínimo, três anos e no máximo 45 anos. A Tabela 1 representa os dados de caracterização dos experts que participaram da validação de conteúdo.

Tabela 1- Caracterização dos experts participantes da etapa validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Náusea, São José do Rio Preto - SP, 2011

Dados dos experts	Média	Mediana	DP	Valor máx.	Valor mín.
Idade	44,02	45,00	10,49	68,00	26,00
Tempo de exercício na profissão	20,92	21,00	10,50	45,00	3,00

A maioria dos sujeitos cursou doutorado (75%), seguida de 17,31% com doutoramento em andamento e 7,69% com titulação de mestre. Em relação à atividade profissional, 42,31% exerciam as funções de ensino, pesquisa e assistência, 42,31%, ensino e pesquisa, 3,85%, pesquisa e assistência, 5,77%, ensino e assistência, 3,85%, ensino e 1,92% exercia apenas pesquisa. As áreas de atuação dos profissionais participantes foram: diagnóstico de enfermagem (40,38%), enfermagem perioperatória e diagnóstico de enfermagem (30,77%), enfermagem perioperatória (25%) e outras (3,84%).

Dos 52 experts que participaram da pesquisa, 41 (78,85%) afirmaram identificar diagnósticos de enfermagem em sua prática e utilizar a Taxonomia da NANDA-I. Quatro experts (7,69%) referiram usar a NANDA-I em conjunto com a Taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e sete (13,46%) afirmaram não identificar diagnósticos de enfermagem.

Com base nas informações, em relação à frequência de identificação do diagnóstico Náusea na prática clínica, obteve-se: sempre (19,23%), frequentemente (48,07%), poucas (28,85%) e nunca (3,85%). Os experts que responderam nunca são aqueles que não utilizam o diagnóstico de enfermagem em sua prática atual.

Apresentam-se, a seguir, os critérios estabelecidos por Fehring (1994), para seleção dos expertos e as respectivas pontuações dos participantes da pesquisa (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos profissionais, segundo a pontuação obtida nos critérios para seleção de expertos de Fehring (1994), São José do Rio Preto - SP, 2011

Pontuação	Frequência	(%)
14	14	(26,92)
13	9	(17,31)
11	9	(17,31)
12	7	(13,46)
7	5	(9,62)
9	4	(7,69)
10	3	(5,77)
8	1	(1,92)
	52	(100)

Na Tabela 2, observa-se que 75% dos profissionais obtiveram pontuação igual ou maior que 11. A pontuação média foi de 11,63 pontos, a mediana de 12, o desvio-padrão de 2,24 e a variação de 7 a 14.

A Tabela 3 apresenta a titulação e os critérios necessários para a classificação dos expertos, segundo o modelo de Fehring.

Tabela 3 - Titulação e critérios necessários para a classificação dos expertos, São José do Rio Preto - SP, 2011

Itens	N	(%)
Titulação de mestre em enfermagem	52	(100)
Experiência clínica de, pelo menos, um ano na área do diagnóstico em estudo ou enfermagem perioperatória	52	(100)
Artigo publicado sobre diagnósticos de enfermagem e com conteúdo relevante à área	48	(92,30)
Publicação de artigo sobre diagnóstico de enfermagem em periódicos de referência	47	(90,38)
Titulação de doutor na área de diagnóstico de enfermagem	39	(75,00)
Certificado (especialização) de prática clínica relevante na área do diagnóstico em estudo	35	(67,30)
Titulação de mestre em enfermagem com dissertação direcionada a conteúdo relevante ao diagnóstico de enfermagem em estudo	25	(48,07)

5.2.2 Validação da estrutura taxonômica

Na validação de conteúdo, considerou-se importante conhecer a opinião dos expertos sobre a localização do diagnóstico de enfermagem Náusea na Taxonomia da NANDA-I. A Tabela 4, a seguir, evidencia a opinião dos expertos sobre a localização do diagnóstico Náusea no domínio 12.

Tabela 4 - Opinião dos expertos sobre a localização do diagnóstico de enfermagem Náusea no domínio 12 – Conforto, São José do Rio Preto - SP, 2011

Opinião do experto sobre o diagnóstico de enfermagem Náusea pertencer ao domínio 12 (Conforto)	N	(%)
Concorda	43	(82,69)
Concorda parcialmente	6	(11,54)
Não concorda	3	(5,77)
TOTAL	52	(100)

A maioria dos enfermeiros (82,69%) concordou com a localização do diagnóstico Náusea no domínio 12, Conforto. Seis enfermeiros (11,54%) concordaram parcialmente, e três (5,77%) não concordaram. Os comentários apresentados pelos enfermeiros que concordaram parcialmente foram: náusea poderia ser alocada para o domínio 3 – Eliminação e troca ou para o domínio 11 - Segurança/ Proteção; não há outro domínio em que o diagnóstico se adapte; a definição do domínio precisa ser melhorada para estar apropriada ao diagnóstico. As justificativas dos enfermeiros que não concordaram com o diagnóstico de enfermagem Náusea no domínio 12 foram: deveria estar localizado no domínio 3 – Eliminação e troca e que o título do domínio não é compatível com o diagnóstico em estudo.

A Tabela 5 apresenta a opinião dos expertos sobre a localização do diagnóstico de enfermagem Náusea na classe 1 – Conforto Físico.

Tabela 5 - Opinião dos expertos sobre a localização do diagnóstico de enfermagem Náusea na classe 1 – Conforto Físico, São José do Rio Preto - SP, 2011

Opinião do experto sobre o diagnóstico de enfermagem Náusea pertencer à classe 1 (Conforto Físico)	N	(%)
Concorda	41	(78,85)
Concorda parcialmente	8	(15,38)
Não concorda	3	(5,77)
TOTAL	52	(100)

Quarenta e um enfermeiros (78,85%) concordaram que o diagnóstico de enfermagem Náusea deve permanecer na classe 1 – Conforto Físico; 15,35% e 5,77% concordaram parcialmente e não concordaram, respectivamente. Os motivos apresentados pelos enfermeiros que não concordaram ou concordaram parcialmente foram: definição da classe conforto físico precisa ser revisada; o diagnóstico Náusea também deveria constar nas classes 2 (Conforto Ambiental) e 3 (Conforto Social).

5.2.3 Validação dos componentes do diagnóstico de enfermagem (enunciado, definição e características definidoras)

A Tabela 6 apresenta a opinião dos expertos sobre o enunciado do diagnóstico de enfermagem Náusea.

Tabela 6 - Opinião dos expertos sobre o enunciado do diagnóstico de enfermagem Náusea, São José do Rio Preto - SP, 2011

Opinião do experto sobre o enunciado do diagnóstico de enfermagem Náusea (Náusea)	N	(%)
Concorda	51	(98,08)
Concorda parcialmente	1	(1,92)
Não concorda	0	(0,00)
TOTAL	52	(100)

Quase a totalidade dos expertos concordou que o enunciado náusea é adequado ao diagnóstico de enfermagem. Apenas um experto concordou parcialmente por considerar que náusea poderia ser uma característica definidora e não um diagnóstico de enfermagem.

A Tabela 7 evidencia a opinião dos expertos sobre a definição do diagnóstico de enfermagem Náusea.

Tabela 7 - Opinião dos expertos sobre a definição do diagnóstico de enfermagem Náusea, São José do Rio Preto - SP, 2011

Opinião do experto sobre a definição do diagnóstico de enfermagem Náusea	n	(%)
Concorda	43	(82,70)
Concorda parcialmente	8	(15,38)
Não concorda	1	(1,92)
TOTAL	52	(100)

A maioria dos expertos concordou que a definição de náusea é adequada (82,70%). Oito (15,38%) concordaram parcialmente, e um (1,92%) não concordou.

As afirmações dos expertos que concordaram parcialmente e não concordaram foram: a) excluir a palavra subjetiva da definição; náusea é uma sensação subjetiva, mas também um sintoma objetivo pela possibilidade de verificação objetiva dos sinais sugestivos de náusea; b) inserir na definição os aspectos relacionados à intensidade da náusea; c) inserir os antecedentes do conceito náusea; d) substituir os termos garganta, epigástrico e abdome por um único – região abdominal; e) especificar melhor a afirmação: “uma onda na parte de trás da garganta”; f) apresentar uma nova definição (Sensação subjetiva de repugnância a alimentos, incluindo o seu odor. Sensação de vômito iminente, podendo ser acompanhada de sinais como: sialorreia, diaforese, taquicardia, palidez e taquipneia).

Os expertos julgaram a pertinência das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Náusea. A Tabela 8 apresenta os valores máximo, mínimo, média ponderada e desvio-padrão de cada característica definidora avaliada. As características definidoras podem ser consideradas principais (escore $\geq 0,80$), secundárias (escores de 0,51 a 0,79) e pouco relevantes (escore $\leq 0,50$).

Tabela 8 - Características definidoras do diagnóstico de enfermagem Náusea, segundo a pontuação obtida na validação de conteúdo, São José do Rio Preto - SP, 2011

Características Definidoras	Amplitude		Média Ponderada	Desvio-Padrão
	Valor máx.	Valor mín.		
Relato de náusea	1	0,75	0,94	0,11
Sensação de vômito	1	0,50	0,94	0,12
Salivação aumentada	1	0,25	0,85	0,20
Aversão à comida	1	0,25	0,80	0,23
Palidez	1	0	0,79	0,25
Deglutição aumentada	1	0	0,78	0,22
Diaforese	1	0	0,77	0,27
Taquicardia	1	0	0,75	0,27
Gosto amargo na boca	1	0,25	0,74	0,21
Sensação de calor e frio	1	0	0,74	0,27
Alterações da pressão arterial	1	0	0,71	0,27
Dilatação pupilar	1	0	0,67	0,32

Quatro características definidoras foram consideradas principais (relato de náusea, salivação aumentada, aversão à comida e sensação de vômito) e oito foram denominadas secundárias (deglutição aumentada, gosto amargo na boca, palidez, taquicardia, diaforese, sensação de calor e frio, alterações da pressão arterial e dilatação pupilar).

Os expertos ainda foram indagados sobre a possibilidade da inserção de outras características definidoras para o diagnóstico de enfermagem Náusea que não estavam contempladas no instrumento proposto. Onze expertos apresentaram sugestões de novas características, seguidas das respectivas definições operacionais:

a) Fadiga: sensação de perda de energia e desfalecimento, devido a esforço físico relacionado à náusea;

b) Comportamento facial expressivo: evidência observada de careta e de gestos de pôr a mão na boca ou região epigástrica;

c) Aumento dos movimentos respiratórios: aumento dos movimentos respiratórios mais do que 20 inspirações por minuto;

d) Tontura: paciente verbaliza sensação de perturbação do equilíbrio corporal, sensação de desorientação espacial e movimento do ambiente, sensação de cabeça leve;

e) Inapetência: dificuldade para aceitar a dieta, não atingindo o consumo ideal de nutrientes;

f) Alteração emocional: sensação de apreensão do tipo ansiedade, algumas vezes relatada pelo doente e percebida pelo enfermeiro como inquietação, agitação, variação do humor;

g) Mudança na postura corporal: movimento de elevação da cabeça e curvatura para trás mantendo uma inspiração profunda. Se ocorrer vômito, esta postura se inverte, com uma inclinação do doente para frente;

h) acidose metabólica: distúrbio fisiológico identificado pelo exame laboratorial de sangue caracterizado por uma concentração baixa de bicarbonato de sódio;

i) Vertigem: ilusão de movimento na qual o indivíduo sente que está girando no espaço ou que o ambiente está girando em torno dele;

j) Eructação: gás ou líquidos ácidos ascendem ao esôfago a partir do estômago, produzindo som característico.

Um experto sugeriu que a característica definidora “Diaforese” fosse substituída por “Suor frio abundante”, tendo como definição operacional: eliminação de suor em grande quantidade, acompanhada de relato de sensação de frio.

As características fadiga, tontura, vertigem, alteração emocional e eructação foram descartadas por não terem sido identificadas em estudos sobre a náusea. A característica definidora comportamento facial expressivo foi avaliada como vaga e subjetiva, podendo estar associada ao gosto amargo na boca e à aversão à comida. Inapetência foi considerada similar à aversão à comida e mudança da postura corporal semelhante à sensação de vômito. A acidose metabólica poderia estar relacionada aos vômitos.

O termo diaforese não foi substituído por suor frio abundante, já que a literatura aponta que o paciente pode apresentar calor e frio ao mesmo tempo. Além disso, a NANDA-I descreve a necessidade de uniformizar os termos descritos nas características definidoras.

O aumento dos movimentos respiratórios foi inserido no instrumento de validação clínica, já que foi identificado na literatura que o paciente com náusea tende a respirar profunda e lentamente como tentativa para obter o alívio das náuseas (POMPEO et al., 2007).

Foi calculado o escore total do diagnóstico de enfermagem por meio da somatória das médias ponderadas das características definidoras principais e secundárias, divididas pelo número de características. A média geral foi de 0,79, considerada adequada por Fehring (1987) que preconiza que valores abaixo de 0,60 devem ser revistos ou excluídos da taxonomia de diagnósticos de enfermagem.

5.3 VALIDAÇÃO CLÍNICA

Os resultados da etapa validação clínica foram apresentados em quatro etapas: 1) caracterização dos sujeitos da pesquisa e incidência de náuseas e

vômitos, 2) fatores antecedentes de náuseas, 3) características definidoras fisiológicas e 4) características definidoras cognitivas afetivas.

5.3.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa e incidência de náusea

Cento e seis pacientes consentiram participar do estudo, sendo 56,60% do sexo feminino, com média de idade de 39,86, mediana de 38,50 anos, desvio-padrão de 13,93 e valores mínimo e máximo de 18 e 80 anos respectivamente. Em relação à escolaridade, 43 sujeitos possuíam de nove a 11 anos de estudo (40,60%). A Tabela 9 apresenta a distribuição dos pacientes, segundo o sexo, a idade e os anos de estudo.

Tabela 9 - Caracterização dos pacientes, segundo sexo, idade e anos de estudo, São José do Rio Preto – SP, 2011

Variáveis do Estudo	N	(%)
Sexo		
Masculino	46	(43,40)
Feminino	60	(56,60)
Idade		
18 – 50 anos	84	(79,20)
51 – 80 anos	22	(20,80)
Anos de estudo		
Zero	2	(1,90)
1 a 4 anos	15	(14,20)
5 a 8 anos	17	(16,00)
9 a 11 anos	43	(40,60)
Mais que 11 anos	29	(27,40)

Os pacientes permaneceram em jejum no pré-operatório por um período mínimo de oito horas e máximo de 22 horas, sendo a média de 11,52 e o desvio-padrão 2,81. A maioria informou não ter o hábito de fumar (92,50%), nunca ter vivenciado náuseas e vômitos em cirurgias anteriores (57,50%), não possuir cinetose (77,40%) e enxaqueca (67,90%).

Os pacientes estudados foram classificados de acordo com as condições físicas preconizadas pela *American Society of Anesthesiologists* (ASA) em P1 (paciente saudável, normal) (57,50%) e P2 (presença de discreta doença sistêmica) (42,50%), e a maioria apresentou índice de massa corporal (IMC) superior a 25 Kg/m² (26,4%: IMC maior que 25 Kg/m² e menor que 30 Kg/m² e 34,9%: IMC maior ou igual a 30 Kg/m²).

A ansiedade, identificada por meio da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (ZIGMOND; SNAITH, 1983), foi verificada em 26,40% dos pacientes e a depressão, em 17,90%.

Quanto ao tipo de cirurgia, 30,20% dos pacientes foram submetidos a cirurgias otorrinolaringológicas, 24,50% ginecológicas, 18,90% gastroenterológicas, 13,20% ortopédicas e 13,20% laparoscópicas, sob anestesia geral balanceada (63,20%), raquianestesia (29,20%) e geral endovenosa (7,50%).

A duração da anestesia variou de 40 a 310 minutos, com média de 138,58 e desvio-padrão de 64,65 minutos. O tempo da anestesia foi de até 120 minutos para 54 pacientes (50,90%) e de 121 minutos ou mais para 49,10%.

Observou-se que a maioria dos sujeitos recebeu opioides no intraoperatório (88,70%), propofol (74,50%), anestésicos voláteis (64,20%) e profilaxia antiemética (94,35%) (cloridrato de alizaprida, cloridrato de ondansetrona, dexametasona, droperidol e cloridrato de metoclopramida). A profilaxia antiemética foi realizada por uma única droga ou pela combinação de diversas drogas: um antiemético - 31,14%; dois antieméticos -31,14%; três antieméticos – 28,30% e quatro antieméticos – 3,77%.

A incidência de náusea foi de 21,70% (23 pacientes), apresentada uma única vez por 16 pacientes (69,60%) e duas vezes por sete pacientes (30,40%). A maioria referiu náusea de moderada intensidade (43,50%), seguida de náusea intensa (30,40%). Em relação ao tempo de ocorrência desta complicação pós-operatória, a maioria dos pacientes a apresentou nas primeiras quatro horas após o procedimento anestésico-cirúrgico, conforme Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição dos pacientes, segundo a presença, número de episódios, intensidade e tempo de ocorrência de náuseas no pós-operatório, São José do Rio Preto – SP, 2011

Variáveis do Estudo	N	(%)
Presença de Náusea		
Sim	23	(21,70)
Não	83	(78,30)
Episódios de Náusea		
Uma vez	16	(69,60)
Duas vezes	7	(30,40)
Intensidade da Náusea		
Leve	6	(26,10)
Moderada	10	(43,50)
Intensa	7	(30,40)
Tempo de ocorrência de Náusea		
Até 60 min de pós-operatório	2	(8,70)
De 61 a 120 min	7	(30,50)
De 121 a 180 min	5	(21,70)
De 181 a 240 min	6	(26,10)
De 241 a 300 min	3	(13,00)

5.3.2 Fatores antecedentes de náuseas

Os fatores antecedentes identificados na etapa de análise de conceito foram: sexo feminino, idade, história prévia de náuseas e vômitos em outras cirurgias, cinetose, hábito de não fumar, obesidade, administração de opioides, duração do procedimento anestésico-cirúrgico, tipo de anestesia, tipo de cirurgia, uso de anestésicos voláteis, maior movimentação no pós-operatório e dor.

Na etapa de validação clínica, foi verificada a presença desses fatores na amostra estudada e realizada uma comparação dos grupos “náusea” e “sem náusea”. A alimentação, os odores nocivos e o estímulo visual desagradável foram verificados por estarem inseridos na NANDA-I (2010).

A Tabela 11 apresenta os antecedentes coletados antes da cirurgia, e a Tabela 12, os coletados no período pós-operatório.

Tabela 11 - Distribuição dos fatores antecedentes de náusea (coletados antes da cirurgia) relacionados à presença ou ausência da náusea no pós-operatório, São José do Rio Preto – SP, 2011

Variáveis do Estudo	Presença de Náusea				Total		RR (IC 95%)	P valor*
	Sim		Não					
	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
Sexo								
Feminino	21	(35,00)	39	(65,00)	60	(100)	8,050 (1,988 – 32,599)	<0,001*
Masculino	2	(4,30)	44	(95,70)	46	(100)		
Idade								
18 a 50 anos	14	(16,70)	70	(83,30)	84	(100)	0,407 (0,204 – 0,815)	0,021
51 a 80 anos	9	(40,90)	13	(59,10)	22	(100)		
Hábito de fumar								
Sim	0	(0)	8	(100,00)	8	(100)	----	0,196
Não	23	(23,50)	75	(76,50)	98	(100)		
História prévia de NVPO								
Sim	8	(36,40)	14	(63,60)	22	(100)	2,218 (1,005 – 4,896)	0,071
Não	10	(16,40)	51	(83,60)	61	(100)		
Cinetose								
Sim	5	(20,80)	19	(79,20)	24	(100)	0,949 (0,394 – 2,289)	0,907*
Não	18	(22,00)	64	(78,00)	82	(100)		
Valor de IMC								
Maior do que 25,1 Kg/m ²	16	(24,60)	49	(75,40)	65	(100)	1,441 (0,649 – 3,200)	0,359*
Menor do que 25 Kg/m ²	7	(17,10)	34	(82,90)	41	(100)		

♣ p valor proveniente de teste Exato de Fisher, exceto se sinalizado por * (qui-quadrado)

O sexo e a idade foram estatisticamente significativos para a presença das NVPO. O hábito de fumar não foi considerado estatisticamente significativo, apesar de todos os pacientes com náusea serem não fumantes. O risco relativo para indivíduos com história prévia de NVPO desenvolverem náusea foi de 2,21 (IC 95% - 1,005 – 4,896), entretanto esta variável não foi considerada significativa. A cinetose e o índice de massa corpórea não foram estatisticamente significativos.

Tabela 12 - Distribuição dos fatores antecedentes de náusea (coletados após a cirurgia) relacionados à presença ou ausência da náusea no pós-operatório, São José do Rio Preto – SP, 2011

Variáveis do Estudo	Presença de Náusea				Total		RR (IC 95%)	P valor*
	Sim		Não					
	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
Duração da anestesia								
121 minutos ou mais	13	(25,00)	39	(75,00)	52	(100)	1,350 (0,649 – 2,804)	0,418*
Até 120 minutos	10	(18,50)	44	(81,50)	54	(100)		
Tipo de anestesia								
Geral	10	(13,20)	66	(86,80)	76	(100)	0,304 (0,150 – 0,616)	0,001*
Raqui-anestesia	13	(43,30)	17	(56,70)	30	(100)		
Uso de anestésicos voláteis								
Sim	10	(14,70)	58	(85,30)	68	(100)	0,430 (0,209 – 0,885)	0,019*
Não	13	(34,20)	25	(65,80)	38	(100)		
Opioides no pós-operatório								
Sim	6	(40,00)	9	(60,00)	15	(100)	2,141 (1,008 – 4,549)	0,089
Não	17	(18,70)	74	(81,30)	91	(100)		
Dor no pós-operatório								
Sim	11	(47,80)	12	(52,20)	23	(100)	3,308 (1,684 – 6,499)	0,001
Não	12	(14,50)	71	(85,50)	83	(100)		
Movimentação pós-operatória								
Sim	17	(100)	0	(0)	17	(100)	14,833 (6,849 – 32,123)	<0,001
Não	6	(6,70)	83	(93,30)	89	(100)		
Alimentação pós-operatória								
Sim	6	(100)	0	(0)	6	(100)	5,882 (3,815 – 9,071)	<0,001
Não	17	(17,00)	83	(83,00)	100	(100)		
Odores nocivos								
Sim	2	(100)	0	(0)	2	(100)	4,952 (3,380 – 7,257)	0,045
Não	21	(20,20)	83	(79,80)	104	(100)		

♣ p valor proveniente de teste Exato de Fisher, exceto se sinalizado por * (qui-quadrado)

O tipo de anestesia, uso de anestésicos voláteis, dor, movimentação e alimentação no pós-operatório e odores nocivos foram considerados fatores de risco associados às NVPOs. A duração da anestesia não foi considerada uma variável de risco para o desenvolvimento de NVPO. Os pacientes que utilizaram opioides possuem 2,14 vezes mais chances de desenvolver náusea, quando comparados aos que não utilizaram o medicamento, mas os resultados não apontaram associação estatisticamente significativa (IC 95% - 1,008 – 4,549).

O estímulo visual desagradável não foi citado por qualquer paciente como fator causador da náusea e/ou vômito apresentado no período pós-operatório. A profilaxia antiemética foi realizada em 90,6% dos pacientes.

Os pacientes submetidos a cirurgias ginecológicas apresentaram maior frequência de náusea (39,15%) do que nas cirurgias gastroenterológicas (30,40%), otorrinolaringológicas (13,05%), laparoscópicas (8,70) e ortopédicas (8,70%).

5.3.3 Características definidoras fisiológicas

Os dados relacionados às características definidoras de propriedade fisiológica foram coletados por duas enfermeiras simultaneamente e, por isso tornou-se necessária a análise da frequência destas no grupo com náusea e sem náusea (Tabela 13), bem como a avaliação do índice de concordâncias e discordâncias obtidas entre as avaliadoras e o cálculo do coeficiente de confiabilidade (Tabela 14).

Tabela 13 - Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Náusea, segundo a frequência de ocorrência nos pacientes entre a avaliadora 1 (A1) e a avaliadora 2 (A2). São José do Rio Preto – SP, 2011

Características Definidoras	Com náusea				Sem Náusea			
	A1		A2		A1		A2	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Relato de náusea	23	(100)	23	(100)	0	(100)	0	(100)
Sensação de vômito	19	(82,60)	19	(82,60)	0	(0)	0	(0)
Palidez	20	(87,00)	18	(78,30)	17	(20,50)	17	(20,50)
Deglutição aumentada	18	(78,30)	15	(65,20)	2	(2,40)	2	(2,40)
Salivação aumentada	11	(47,80)	13	(56,50)	3	(3,60)	2	(2,40)
Diaforese	9	(39,10)	9	(39,10)	3	(3,60)	3	(3,60)
Sensação de calor e frio	8	(34,80)	9	(39,10)	2	(2,40)	2	(2,40)
Aversão à comida	5	(21,70)	5	(21,70)	0	(0)	0	(0)
Gosto amargo na boca	5	(21,70)	7	(30,40)	4	(4,80)	5	(6,00)
Taquicardia	3	(13,00)	3	(13,00)	6	(7,20)	6	(7,20)
Aumento dos movimentos respiratórios	4	(17,40)	2	(8,7)	0	(0)	0	(0)
Alteração na pressão arterial	0	(0)	0	(0)	29	(34,90)	29	(34,90)

Relato de náusea, deglutição aumentada, sensação de vômito e palidez foram as características definidoras mais frequentes nos pacientes com náusea.

Tabela 14 - Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Náusea, de acordo com o índice de concordância e discordância obtidos entre a avaliadora 1 (A1) e a avaliadora 2 (A2) e o coeficiente de confiabilidade dos pacientes com náusea. São José do Rio Preto – SP, 2011

Características Definidoras	Concordância A1 e A2		Discordância A1 e A2		R
	N	(%)	N	(%)	
Relato de náusea	23	(100)	0	(0)	1
Sensação de vômito	23	(100)	0	(0)	0,74
Palidez	21	(91,30)	2	(8,70)	0,74
Deglutição aumentada	20	(86,95)	3	(13,05)	0,61
Salivação aumentada	21	(91,30)	2	(8,70)	0,46
Diaforese	23	(100)	0	(0)	0,39
Sensação de calor e frio	22	(95,65)	1	(4,35)	0,34
Aversão à comida	23	(100)	0	(0)	0,21
Gosto amargo na boca	21	(91,30)	2	(8,70)	0,17
Taquicardia	23	(100)	0	(0)	0,13
Aumento dos movimentos respiratórios	21	(91,30)	2	(8,70)	0,13
Alteração na pressão arterial	23	(100)	0	(0)	0

O índice de concordância das características definidoras foi elevado, variando de 86,95% a 100%, e o coeficiente de confiabilidade entre avaliadores (R) foi maior que 0,50 nas manifestações: relato de náusea, sensação de vômito, palidez e deglutição aumentada.

A Tabela 15 apresenta as características definidoras da categoria diagnóstica Náusea associada à presença ou ausência de náusea.

Tabela 15 - Características definidoras do diagnóstico de enfermagem Náusea, segundo a presença ou ausência da náusea no pós-operatório, São José do Rio Preto – SP, 2011

Características Definidoras	Presença de Náusea				Total		RR (IC 95%)	P valor*
	Sim		Não					
	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
Relato de náusea								
Sim	23	(100)	0	(0)	23	(100)	---	<0,001
Não	0	(0)	83	(100)	83	(100)		
Salivação aumentada								
Sim	13	(86,70)	2	(13,30)	15	(100)	7,887 (4,253 – 14,624)	<0,001
Não	10	(11,00)	81	(89,00)	91	(100)		
Aversão à comida								
Sim	5	(100)	0	(0)	5	(100)	5,611 (3,691 – 8,530)	<0,001
Não	18	(17,80)	83	(82,20)	101	(100)		
Deglutição aumentada								
Sim	15	(88,20)	2	(11,80)	17	(100)	9,816 (4,956 – 19,444)	<0,001
Não	8	(9,00)	81	(91,00)	89	(100)		
Gosto amargo na boca								
Sim	7	(58,30)	5	(41,70)	12	(100)	3,427 (1,782 – 6,592)	0,004
Não	16	(17,00)	78	(83,00)	94	(100)		
Sensação de vômito								
Sim	19	(100)	0	(0)	19	(100)	21,750 (8,351 – 56,645)	<0,001
Não	4	(4,60)	83	(95,40)	87	(100)		
Diaforese								
Sim	9	(75,00)	3	(25,00)	12	(100)	5,036 (2,810 – 9,024)	<0,001
Não	14	(14,90)	80	(85,10)	94	(100)		

Continua

Características Definidoras		Presença de Náusea				Total		RR (IC 95%)	P valor*
		Sim		Não					
		N	(%)	N	(%)	N	(%)		
Palidez									
Sim		18	(51,4)	17	(48,69)	35	(100)	7,303 (2,956- 18,040)	<0,001*
Não		5	(7,00)	66	(93,00)	71	(100)		
Taquicardia									
Sim		3	(33,30)	6	(66,70)	9	(100)	1,617 (0,593 – 4,408)	0,404
Não		20	(20,60)	77	(79,40)	97	(100)		
Sensação de calor e frio									
Sim		9	(81,80)	2	(18,20)	11	(100)	5,552 (30177 – 9,702)	<0,001
Não		14	(14,70)	81	(85,30)	95	(100)		
Alteração na pressão arterial									
Sim		0	(0)	29	(100,00)	29	(100)	---	<0,001*
Não		23	(29,90)	54	(70,10)	77	(100)		
Aumento dos movimentos respiratórios									
Sim		2	(100)	0	(0)	2	(100)	4,952 (3,380 – 7,257)	0,045
Não		21	(20,20)	83	(79,80)	104	(100)		

♣ p valor proveniente de teste Exato de Fisher, exceto se sinalizado por * (qui-quadrado)

Conclusão

Todas as características definidoras foram estatisticamente significativas em relação à presença de náusea, com exceção de taquicardia. Todos os pacientes que apresentaram náusea não tiveram alteração na pressão arterial. A chance de o paciente com náusea apresentar sensação de vômito é 21,75 vezes maior quando comparada à ausência do sintoma (RR: 21,75, IC 95% - 8,351 – 56,645).

5.3.4 Características definidoras cognitivas e afetivas

Para a avaliação das características definidoras de ordem cognitiva e afetiva, os pacientes que apresentaram náuseas e/ou vômitos responderam ao pesquisador o quanto as manifestações listadas na escala tipo likert eram pertinentes à experiência da náusea. O grau de pertinência foi avaliado por meio dos números 1 a 5, em que o primeiro representava que o sintoma era muitíssimo característico e o último, nada característico. A Tabela 16 apresenta os valores máximo e mínimo atribuídos pelos pacientes, assim como o desvio padrão e a média ponderada para cada característica definidora avaliada.

Tabela 16. Média ponderada obtida a partir da pontuação atribuída pelos pacientes às características definidoras do diagnóstico de enfermagem Náusea no pós-operatório imediato. São José do Rio Preto – SP, 2011

Características Definidoras	Amplitude		Média Ponderada	Desvio-Padrão
	mín.	máx.		
Relato de náusea	0,50	1	0,97	0,10
Sensação de vômito	0,50	1	0,84	0,19
Salivação aumentada	0	1	0,59	0,39
Sensação de calor e frio	0	1	0,55	0,37
Deglutição aumentada	0	1	0,45	0,36
Aversão pela comida	0	1	0,40	0,35
Gosto amargo na boca	0	1	0,33	0,37

As manifestações relato de náusea e sensação de vômito foram consideradas principais, e salivação aumentada e sensação de calor e frio foram denominadas secundárias. A partir da média ponderada, foi calculado o coeficiente de confiabilidade total do diagnóstico de enfermagem Náusea, por meio da soma das médias ponderadas com valores acima de 0,50, conforme preconizado por Fehring (1987). O valor obtido foi 0,73.

5.3.5 Comparação entre a validação de conteúdo e a validação clínica

A Tabela 17 apresenta uma análise comparativa dos escores das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Náusea obtidos nas etapas de validação de conteúdo e validação clínica.

Tabela 17. Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Náusea, segundo os escores obtidos nas validações de conteúdo e validação clínica (etapas 1 e 2)*. São José do Rio Preto – SP, 2011

Características Definidoras	Validação de conteúdo	Validação clínica (etapa 1)	Validação clínica (etapa 2)
Relato de náusea	0,94	1	0,97
Sensação de vômito	0,94	0,74	0,84
Salivação aumentada	0,85	0,46	0,59
Aversão à comida	0,80	0,21	0,40
Palidez	0,79	0,74	---
Deglutição aumentada	0,78	0,61	0,45
Diaforese	0,77	0,39	---
Taquicardia	0,75	0,13	---
Gosto amargo na boca	0,74	0,17	0,33
Sensação de calor e frio	0,74	0,34	0,55
Alterações da pressão arterial	0,71	0	---
Dilatação pupilar	0,67	---	---
Aumento dos movimentos respiratórios	---	0,13	---

*Etapa 1 - Avaliação realizada pelo pesquisador

*Etapa 2 - Avaliação da pertinência da característica pelo paciente

As únicas variáveis com escore $\geq 0,50$, nas três avaliações, foram relato de náusea e sensação de vômito.

6 DISCUSSÃO

6.1 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

A validação de conteúdo se fundamenta na opinião de expertos sobre o tema em estudo, portanto, a identificação e a escolha desses profissionais tornam-se o cerne em pesquisas que utilizam essa abordagem metodológica. A escolha inadequada dos critérios de seleção dos expertos irá interferir na fidedignidade dos resultados, já que caberá a esses expertos a função de julgar o quanto cada componente estudado irá representar a categoria diagnóstica em questão e, conseqüentemente, o que deverá ser investigado na validação clínica (GALDEANO; ROSSI, 2006).

Dos 80 convites enviados aos enfermeiros expertos, 21 não responderam, quatro se recusaram a participar por não se considerarem expertos no tema, dois foram excluídos por não atingirem a pontuação mínima preconizada por Fehring e um não respondeu justificando falta de tempo, ficando a amostra constituída por 52 profissionais.

A obtenção de expertos têm sido uma dificuldade nos estudos de validação de diagnósticos de enfermagem (CARVALHO et al., 2008; GALDEANO; ROSSI, 2006; MELO, 2004), já que há na literatura divergências em relação às características necessárias para se definir um experto. Acrescenta-se ainda o número reduzido de expertos na temática diagnósticos de enfermagem e, muitas vezes, a falta de tempo desses profissionais para responder aos questionamentos de pesquisas com tema voltado à validação. Galdeano e Rossi (2006) acrescentam que, para convidar enfermeiros expertos de outros países, é preciso levar em consideração os aspectos linguísticos e culturais.

Outros estudos de validação de conteúdo apresentaram o número de expertos superior, semelhante ou inferior quando comparados à presente pesquisa: 120 enfermeiras (diagnóstico de enfermagem Ansiedade) (OLIVEIRA; CHIANCA; RASSOOL, 2008), 72 expertos (diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual) (CHAVES; CARVALHO; HAAS, 2010), 60 expertos (diagnóstico de Risco de Trauma

Vascular) (ARREGUY-SENA; CARVALHO, 2009), 58 expertos (diagnóstico de enfermagem Náusea) (TANG, 2006), 50 expertos (diagnóstico Conhecimento Deficiente) (GALDEANO, 2007), 40 expertos (diagnóstico Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas) (PILEGGI, 2007), 32 expertos (diagnósticos Disfunção Sexual e Padrões de Sexualidade Ineficazes) (MELO, 2004), 16 expertos (diagnósticos Medo e Ansiedade) (BERGAMASCO et al., 2004), 21 expertos (intervenções de enfermagem para pacientes com diabetes mellitus) (TEIXEIRA et al., 2011).

A maior parte dos expertos foi do sexo feminino, fato esse associado ao contexto histórico da profissão, em que o homem é desencorajado a seguir a enfermagem em razão de uma visão estereotipada de homossexual, baixos salários e menor respeito da comunidade em comparação com outras classes profissionais (VARAEI et al., 2012). Outros estudos encontraram resultados semelhantes (CHAVES, E.C.L., 2008; TEIXEIRA et al., 2011).

A idade média dos expertos que participaram do estudo foi de 44,02 anos, e o tempo médio de exercício na profissão foi de 20,92 anos. Estudos de validação por especialistas evidenciaram essas variáveis como importantes pontos positivos para a identificação de um experto (CHAVES, E.C.L., 2008; MELO, 2004; OLIVEIRA, 2001). A experiência profissional do enfermeiro é essencial, pois pode auxiliar na identificação precoce dos problemas de saúde reais ou potenciais apresentados pelos pacientes, e, ao longo do exercício profissional, percebe-se que a experiência clínica aumenta proporcionalmente com o tempo de vivência prática.

A experiência, valores e habilidades constituem um tipo diferente de conhecimento, o qual tem uma forte influência na tomada de decisão. Enquanto os elementos explícitos são ensinados formalmente, os tácitos são adquiridos durante a observação e a prática (NOBRE; BERNARDO; JATENE, 2003).

Em relação à titulação, 75% dos sujeitos são doutores, 17,31% estão cursando doutorado e 7,69% são mestres. Quanto mais títulos, mais pesquisas realizadas e/ ou quanto maior for a experiência clínica do enfermeiro, mais experto ele será (GALDEANO; ROSSI, 2006).

Neste estudo, os expertos exerciam as funções principais de ensino, pesquisa e assistência (42,31%) ou ensino e pesquisa (42,31%). A experiência em diferentes campos de atuação é uma importante característica do experto para a fidedignidade dos resultados, em uma validação de conteúdo (GALDEANO, 2007). A

identificação e o uso dos diagnósticos de enfermagem na prática clínica, apesar de serem parte do processo de trabalho do enfermeiro e estarem regulamentados pelo Conselho Federal de Enfermagem pelas Resoluções 272/2002² e 358/2009³, ainda não se configuram, em muitas instituições de saúde, como uma atividade consolidada pelos enfermeiros da prática. Presume-se que o profissional que atua nos três níveis de atividades (ensino, pesquisa e assistência) tenha o hábito mais frequente de realizar investigações clínicas e questionamento da prática, procurando fundamentar a assistência e o ensino em conhecimento científico. Além disso, os enfermeiros que atuam apenas na assistência, frequentemente, encontram algumas dificuldades para a atualização profissional periódica como, por exemplo: falta de tempo, carga horária de trabalho excessiva, dificuldade para manipular as bases de dados, falta de conhecimento sobre os métodos de pesquisas e não valorização do profissional que faz ou consome pesquisas por parte das instituições. Portanto, a atuação no ensino, pesquisa e assistência constitui importante fator a ser considerado na escolha do experto, apesar de Fehring considerar que o experto deve ter apenas a experiência clínica de, pelo menos, um ano na área do diagnóstico em estudo.

A área de atuação da maioria dos enfermeiros foi a de diagnóstico de enfermagem (40,38%), enfermagem perioperatória e diagnóstico de enfermagem (30,77%) e enfermagem perioperatória (25%). O sintoma de náusea está presente não apenas no contexto do paciente cirúrgico, mas em diversas e variadas situações clínicas. Além disso, é uma experiência vivenciada, muitas vezes, por todas as pessoas durante a vida.

Para Levin (2001), os diagnósticos de enfermagem deveriam ser classificados em níveis de complexidade, pois alguns são comuns em diversas situações do cotidiano como, por exemplo, os diagnósticos de Déficit de Autocuidado, Constipação e Comunicação Verbal. O autor acrescenta que nesse

² CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 272/2002 dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem – SAE – nas instituições de saúde brasileira. Disponível em: <http://site.portalfen.gov.br/node/4309>

³ CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 358/2009 dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem SAE - e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos e privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Disponível em: <http://site.portalfen.gov.br/node/4384>

caso, o diagnóstico poderia ser validado também por enfermeiros que possuem apenas a prática clínica.

Apesar de o diagnóstico de enfermagem Náusea ser comum na prática dos enfermeiros, para um enfermeiro ser considerado um experto em determinada área, outros aspectos além da prática clínica devem ser considerados, como: titulação, realização de pesquisas e conhecimento sobre o diagnóstico de enfermagem, já que, muitas vezes, ele terá que opinar não só em relação à presença de características definidoras, mas também sobre a posição do diagnóstico de enfermagem na taxonomia, os conceitos e as definições que envolvem o fenômeno estudado.

Para Galdeano e Rossi (2006), há diferenças entre enfermeiros especialistas e enfermeiros expertos. O primeiro termo diz respeito ao profissional que possui habilidades ou conhecimentos especiais em determinada prática ou atividade, e o segundo diz respeito ao enfermeiro que possui corpo especializado de conhecimentos ou habilidades, experiência extensa em campo específico da prática, alto nível de desenvolvimento para reconhecimento de padrões e qualidade de experto reconhecida por outros. As autoras acrescentam que um enfermeiro especialista pode ser considerado experto em determinado assunto e, portanto, participar de estudos de validação na qualidade de juiz, desde que seja especialista na área em que o pesquisador se propõe a investigar.

Os sujeitos que participaram do estudo foram categorizados de acordo com a pontuação estabelecida por Fehring. A maioria dos profissionais obteve pontuação igual ou superior a 11 (75%). Quanto maior a pontuação, maior a titulação, experiência prática e de pesquisa do enfermeiro. Todos os enfermeiros possuíam experiência clínica de, pelo menos, um ano na área do diagnóstico de enfermagem ou enfermagem perioperatória, e a grande maioria publicou artigos relacionados ao tema diagnóstico de enfermagem.

Os diagnósticos de enfermagem são identificados na prática profissional por 86,54% dos expertos por meio da Taxonomia da NANDA-I (78,85%), e alguns relataram utilizar, além da NANDA-I, a CIPE (7,69%). Percebe-se que no Brasil a NANDA-I ainda é a classificação para diagnósticos de enfermagem mais utilizada, apesar de o movimento da CIPE ter avançado, principalmente na região Sul do país. Para Nóbrega e Gutiérrez (2000), o trabalho da NANDA-I está estabelecido e é o

sistema de classificação mais utilizado, tendo sido traduzido e adaptado em várias línguas e países e amplamente utilizado em sistemas de informação clínica.

Atualmente, além da Taxonomia da NANDA-I, a enfermagem conta com diversos sistemas de classificação relacionados a diversas fases do processo de enfermagem. Os mais utilizados e conhecidos são: Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), Sistemas OMAHA, Sistema de Classificação de Cuidados Clínicos (CCC) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (NOBREGA; GARCIA, 2005). Um estudo que analisou as publicações sobre sistematização e classificação de enfermagem evidenciou que a NANDA-I apareceu na maior parte dos trabalhos (CUBAS; EGRY, 2008).

Os expertos afirmaram identificar o diagnóstico de enfermagem Náusea na prática clínica sempre (19,23%), frequentemente (40,08%), poucas vezes (28,85%) ou nunca (3,85%). Com base na experiência clínica vivenciada, observa-se que muitos enfermeiros utilizam os diagnósticos de enfermagem visando ao cumprimento de uma exigência e não focalizando esta atividade como ferramenta para auxiliar na identificação e resolução dos problemas dos pacientes.

Takahashi et al. (2008) tiveram como objetivo verificar por que o processo de enfermagem não se configura como principal atividade do enfermeiro na prática cotidiana e identificaram dificuldades na operacionalização das etapas do processo de enfermagem: coleta de dados (28,7%), diagnóstico de enfermagem (58,5%), planejamento (32%) e evolução (34,2%).

O diagnóstico de enfermagem é a etapa na qual os enfermeiros mais têm dificuldade e, muitas vezes, a categoria diagnóstica Náusea é ignorada em razão de o sintoma não vir acompanhado do vômito.

Para elaborar um diagnóstico de enfermagem, o enfermeiro precisa se familiarizar com a estrutura taxonômica da NANDA-I e se basear nos domínios e classes para identificar os diagnósticos de forma rápida e com menor probabilidade de erros. Assim, os expertos opinaram sobre a localização ideal do diagnóstico em estudo na taxonomia. A maioria concorda que a náusea deva pertencer ao domínio 12 – Conforto. O domínio 3 (Eliminação e troca) e o domínio 11 (Segurança e proteção) foram citados como possíveis. Outros expertos ainda sugeriram a modificação da definição do domínio Conforto.

O domínio 3, Eliminação e troca, é definido como: secreção e excreção de produtos residuais do organismo (NANDA-I, 2010, p. 393). A palavra excreção é definida como a eliminação de resíduos pelo organismo, e excretar significa expelir do corpo por via natural. Secreção é a produção e liberação de substâncias por glândulas (HOUAISS, 2010). Esse domínio foi descartado porque a náusea pode ou não vir acompanhada de vômito. Quando não acompanhada do vômito, não gera eliminação do conteúdo gástrico para o meio externo.

O domínio 11, Segurança e proteção, é definido como: estar livre de perigo, lesão física ou dano ao sistema imunológico; conservação contra perdas e proteção da segurança e da ausência de perigos (NANDA-I, 2010, p. 398). O experto que opinou sobre esse domínio não justificou a sua resposta. Talvez sua escolha tenha se direcionado a evitar o risco de aspiração durante a expulsão do conteúdo gástrico ou às perdas excessivas de líquidos e eletrólitos ocorridos em razão de episódios de vômitos repetitivos. Em ambas as situações, o vômito, obrigatoriamente, deveria estar presente, não se caracterizando, portanto, como um domínio adequado ao diagnóstico de enfermagem Náusea.

Stadler et al. (2003) afirmaram que esses dois termos (náuseas e vômitos) geram muita confusão, já que são duas complicações altamente correlatas e que geralmente ocorrem juntas; no entanto propõem que devem ser avaliados de forma independente. Os vômitos ocasionalmente ocorrem sem a sensação de náusea, indicando que apenas certas partes do centro do vômito se associam à sensação de náusea (GUYTON; HALL, 2006).

A classe é a subdivisão do domínio. Dessa forma, não há possibilidade de inserção do diagnóstico de enfermagem Náusea nos domínios citados pelos experts (Domínios 3 e 11) e nas classes correspondentes a esses domínios. A maioria dos experts (78,85%) concordou que a náusea deve permanecer alocada na classe 1 – Conforto Físico. Alguns experts apontaram que há necessidade de revisão nas definições das classes do domínio Conforto.

Kolcaba (2003) define três tipos de conforto: 1. *Relief*, estado de ter uma necessidade específica de conforto; 2. *Ease*, estado de calma ou contentamento; 3. *Trancendence*, estado em que algo pode aumentar os problemas ou a dor. O conforto ou o desconforto podem ocorrer em quatro contextos da experiência humana: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental.

O conforto físico inclui todas as sensações corporais e os mecanismos homeostáticos do indivíduo. O conforto psicoespiritual se refere à conscientização interna do indivíduo, incluindo autoestima, autoconceito, sexualidade e significado de vida. O conforto sociocultural é definido pelos relacionamentos interpessoais, familiares e sociais (finanças, tradições familiares, rituais e práticas religiosas). Conforto ambiental é definido como experiências humanas externas, como temperatura, som, odor, cor, dentre outras (KOLCABA, 2003).

Para Wilson; Kolcaba (2004), a náusea e a dor são exemplos de desconforto relacionado ao conforto aliviar e podem apresentar componentes fisiológicos, psicológicos, ambientais e socioculturais; entretanto, a náusea é evidenciada na maioria das vezes no contexto físico (KOLCABA; DiMARCO, 2005; WILSON; KOLCABA, 2004), corroborando a Taxonomia da NANDA-I e os resultados deste estudo.

Killeen e Kolcaba (2008) realizaram um estudo sobre o domínio 12 – Conforto, da Taxonomia da NANDA-I, e concluíram que para este componente estar consistente com a Teoria do Conforto e com suas classes, seriam necessárias algumas modificações, como: a criação de uma quarta classe, denominada conforto psicoespiritual, e o título da classe três ser modificado de conforto social para conforto sociocultural. O diagnóstico de enfermagem Conforto Prejudicado foi inserido na taxonomia em 2008 e, por meio da sua definição, observa-se que engloba os fenômenos descritos na teoria do conforto (“Falta percebida de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e social” [NANDA-I, 2010, p. 374]).

É comum observar, nas evoluções dos enfermeiros, apenas o rótulo do diagnóstico de enfermagem documentado, como por exemplo: Náusea, Dor aguda, Padrão respiratório ineficaz, Hipotermia, dentre outros. Outras vezes, verifica-se que a identificação de um diagnóstico de enfermagem foi feita sem uma prévia consulta à definição do diagnóstico em questão. Portanto, o enunciado deve ser pensado como um elemento importante de um diagnóstico. Deve refletir a condição em que o indivíduo se encontra. Quase todos os enfermeiros consideraram que o termo náusea é adequado a esse diagnóstico de enfermagem. Um experto considerou que a náusea deveria ser uma característica definidora e não um diagnóstico. Assim como a hipertermia e a dor, a náusea corresponde a uma resposta do indivíduo a

problemas de saúde reais ou potenciais. O enfermeiro pode realizar diversas atividades de enfermagem de forma dependente ou independente em relação à prevenção, ao alívio e ao controle das náuseas.

Tang (2006) que validou o diagnóstico de enfermagem Náusea em pacientes oncológicos identificou que o título Náusea é adequado e possui uma descrição clara do fenômeno.

Tão importante quanto o rótulo de um diagnóstico de enfermagem é a sua definição. É por meio dela que o enfermeiro toma a decisão sobre um diagnóstico de enfermagem e, por isso, decidiu-se investigar com os expertos a sua opinião sobre a definição do diagnóstico de enfermagem Náusea. Neste estudo, a maioria dos expertos concordou que a definição é adequada (82,70%).

Um experto sugeriu que fosse inserido na definição que a náusea também é um sintoma objetivo, já que pode ser verificada por meio de sinais sugestivos, como palidez, posição do corpo e diaforese. Outros sugeriram substituir as palavras garganta, epigástrio e abdome por um único termo; especificar melhor sobre “uma onda na parte de trás da garganta” e inserir dados relacionados à intensidade da náusea e seus antecedentes.

Após a análise e reflexão sobre a opinião dos expertos, construiu-se a seguinte definição para o diagnóstico de enfermagem Náusea: *Sensação subjetiva e desagradável de desconforto e mal-estar na parte de trás da garganta e/ou no estômago, de intensidade leve a intensa, que pode resultar em vômito* (Definição da NANDA-I, 2010: “Uma sensação subjetiva desagradável, semelhante a uma onda, na parte de trás da garganta, no epigástrio ou no abdome, que pode levar ao impulso do vômito ou necessidade de vomitar”) (NANDA-I, 2010, p. 377).

Embora haja possibilidade de verificação da náusea através de sinais objetivos, esta só poderá ser validada após a confirmação do paciente. O aspecto geral do paciente, como a fâcies, a postura corporal, a coloração e o aspecto da pele devem ser valorizados. Quando o enfermeiro encontra um paciente curvo, com a mão no abdome e com fâcies de dor, logo pergunta se há presença de dor, já que os sinais objetivos ofereceram indícios sobre a dor. No episódio de náusea, ocorre a mesma coisa. Os sinais de palidez, sudorese, fâcies de mal-estar e posição inclinada da cabeça para frente são pistas que levam o enfermeiro a questionar o

paciente sobre a presença de náusea. Em ambas as situações, a resposta do paciente é imprescindível.

Inseriram-se as palavras desconforto e mal-estar para uma melhor adequação à classe (conforto físico) e para melhor especificação da sensação subjetiva. Sensação subjetiva desagradável de quê? A expressão “semelhante a uma onda na parte de trás da garganta, no epigástrio ou no abdome” refere-se à ânsia de vômito, sintoma caracterizado por eventos musculares de vômito, mas sem expulsão do vômito. Esses eventos musculares, denominados antiperistalse, caracterizam a onda. A onda antiperistáltica, que geralmente se inicia no íleo, viaja em direção à boca a uma velocidade de dois a três centímetros por segundo, empurrando uma grande parte do conteúdo do intestino delgado inferior de volta ao duodeno e estômago. A hiperdistensão das estruturas do trato gastrointestinal, especialmente do duodeno, é o fator excitatório para o início do ato do vômito (GUYTON; HALL, 2006). No entanto, o paciente com náusea não necessariamente tem ânsia de vômito ou vômito. Assim, um paciente com sintoma apenas de náusea pode sentir desconforto e mal-estar, sem a sensação de onda.

Foram retiradas as palavras epigástrio e abdome e substituídas por estômago e acrescentados os níveis de intensidade da náusea. O abdome é dividido em nove regiões: hipocôndrio direito, hipocôndrio esquerdo, epigástrio, flanco direito, flanco esquerdo, mesogástrio, fossa ilíaca direita, fossa ilíaca esquerda e hipogástrio ou região suprapúbica (BICKLEY, 2010). Observa-se que o termo garganta é um órgão, epigástrio é uma região do abdome e o abdome é constituído por nove regiões. A partir dessa análise, considerou-se importante definir exatamente o local onde o indivíduo apresentará esse desconforto (garganta e estômago).

A Taxonomia da NANDA-I (2012) apresentou uma modificação na definição do diagnóstico de enfermagem Náusea: um fenômeno subjetivo de uma sensação desagradável na parte de trás da garganta e estômago que pode ou não resultar em vômito. Corroboramos a NANDA-I (2012) em relação à localização do sintoma (garganta e estômago), mas há a sugestão, ainda, para a inserção da intensidade da náusea. Um fenômeno significa qualquer modificação operada nos corpos pela ação dos agentes físicos ou químicos; tudo o que é percebido pelos sentidos ou pela consciência; maravilha; raridade; pessoa que se distingue por algum talento extraordinário (BUENO, 1976). Sensação é conceituada como

impressão produzida num órgão dos sentidos pelos objetos exteriores, transmitida ao cérebro pelos nervos, e determinante de um juízo ou conceito (BUENO, 1976). Dessa forma, acredita-se que o termo “sensação subjetiva e desagradável de desconforto e mal-estar” seja mais pertinente do que “um fenômeno subjetivo de uma sensação desagradável”.

Ressalta-se que por meio da análise de conceito considerou-se a definição do referido diagnóstico de enfermagem, conforme descrita na Taxonomia da NANDA-I (2010) adequada, entretanto alguns expertos apontaram que a definição necessita de ajustes. Quanto maior for a clareza da definição de um diagnóstico de enfermagem, maior a probabilidade de o enfermeiro realizar diagnósticos acurados e obter sucesso nas intervenções de enfermagem.

As características definidoras do diagnóstico de enfermagem Náusea foram avaliadas pelos expertos em relação a quão características eram em relação à náusea. Das 12 características analisadas, quatro apresentaram média igual ou superior a 0,80 (características definidoras principais) e oito obtiveram média de 0,50 a 0,79, consideradas características definidoras secundárias.

Relato de náusea e sensação de vômito foram as características definidoras com maior média (0,94), seguidas por salivação aumentada (0,85) e aversão à comida (0,80).

As características definidoras identificadas em um estudo sobre validação do diagnóstico de enfermagem Náusea foram: mal-estar no estômago, relato de náusea, sensação de vômito (principais ou com média ponderada maiores que 0,75), aversão à comida, aumento da salivação, gosto amargo na boca e salivação aumentada (secundárias ou com média ponderada maior que 0,50 e menor que 0,75) (TANG, 2006). Não foram identificados outros estudos sobre o diagnóstico de enfermagem Náusea.

Por fim, foi calculado o escore total do diagnóstico de enfermagem (somatória das médias ponderadas e divididas pelo número total de características), que foi 0,79. Fehring (1987) considera adequado um valor superior a 0,60.

6.2 VALIDAÇÃO CLÍNICA

Nesta etapa, foram verificadas, junto aos pacientes, a incidência das náuseas e a presença ou ausência dos fatores antecedentes da náusea e das características definidoras identificadas nas etapas de análise de conceito e validação por especialistas.

A incidência de náusea foi de 21,70% (23 pacientes), sendo de moderada intensidade para 43,50% dos pacientes e intensa para 30,40%, nas primeiras seis horas após o procedimento cirúrgico. Alguns estudos apresentaram taxas maiores e outros menores quando comparados à presente pesquisa.

Boogaerts et al. (2000) identificaram que 44,5% dos pacientes submetidos a diversos tipos de cirurgias apresentaram náusea (33,6% náusea leve; 7,8% náusea moderada e 3,1% náusea intensa). Choi et al. (2005) obtiveram uma frequência de 39% de NVPO em cirurgias sob anestésias geral e regional. Won et al. (2011) verificaram que a incidência de NVPO em pacientes submetidos à anestesia geral combinada foi de 39%. Rusch et al. (2005) avaliaram pacientes submetidos a cirurgias eletivas sob anestesia geral e concluíram que a incidência de náusea no pós-operatório imediato (0 a 24 horas) foi de 8% em pacientes classificados como baixo risco, 19,5% em pacientes de alto risco e de 14,9% em pacientes com alto risco, recebendo cloridrato de ondansetrona e dexametasona. Stadler et al. (2003) obtiveram incidência de 19% de náusea e 10% de vômito em pacientes em pós-operatório. Houve forte associação entre os dois sintomas, já que 42% dos pacientes com náusea apresentaram vômito e 80% dos pacientes com vômito tiveram náusea.

Artigos de revisão e protocolos sobre o gerenciamento das náuseas e vômitos no pós-operatório apontaram que essas complicações comprometeram de 20% a 30% dos pacientes e que esse número pode aumentar para 70% em pacientes com alto risco para NVPO (GAN, 2006; McCracken; Houston; Lefebvre, 2008).

Lemos et al. (2008) identificaram uma incidência de vômito de 3,3% em pacientes submetidos a cirurgias ambulatoriais. Atribui-se essa baixa incidência ao delineamento do estudo, que se pautou na análise retrospectiva de registro

informatizado. Nas coletas de dados retrospectivas, o pesquisador não foi o responsável pela coleta e registro das informações, por isso pode não ter informações que permitam identificar como os dados foram registrados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A náusea pode ocorrer uma única vez, como nos pacientes deste estudo (69,60%), ou diversas vezes após a cirurgia e variar em relação ao tempo. Na maioria dos estudos, o sintoma ocorreu nas primeiras seis horas (CHOI et al., 2005; COLOMA et al., 2002). Na presente pesquisa, a coleta de dados foi realizada por um período de seis horas após a cirurgia. Talvez a incidência de náusea tivesse sido maior se a coleta de dados fosse extensiva por 24 ou 48 horas de pós-operatório. Outro fator que pode ter influenciado a incidência e intensidade das náuseas foi a administração de antieméticos profiláticos no intraoperatório em 94,35% dos pacientes (cloridrato de ondansetrona, cloridrato de alizaprida, dexametasona, cloridrato de metoclopramida e droperidol).

Os receptores de dopamina e serotonina presentes na zona quimiorreceptora do gatilho, núcleo trato solitário e área posterior do cérebro, são importantes na estimulação do centro do vômito. As drogas antieméticas que bloqueiam os receptores da dopamina (droperidol, metoclopramida e alizaprida) e da serotonina (ondansetrona, granisetron e palanosetron) podem ser efetivas na redução das NVPOs (GOLEMBIEWSKI; O'BRIEN, 2002).

O droperidol antagoniza os receptores da dopamina na zona quimiorreceptora do gatilho e tem relação direta com a dose em que é administrado (SCHMIDT; BAGATINI, 1997). A literatura não é conclusiva em relação à dose ideal da droga, mas 1,25 mg tem se mostrado satisfatória (ABREU et al., 2006). Esse medicamento tem maior poder antináusea do que antivômitos e é mais eficaz quando administrado no final da cirurgia (LAGES et al., 2005).

O cloridrato de metoclopramida é derivado da benzamida e tem ação principal na zona quimiorreceptora do gatilho, onde bloqueia receptores da dopamina e, em menor grau, receptores da serotonina. Aumenta o tônus do esfíncter esofágico inferior e a motilidade gastrointestinal, mas não eleva a secreção ácido-gástrica (SCHMIDT; BAGATINI, 1997). A metoclopramida e o droperidol têm sido efetivos na prevenção e no tratamento das NVPOs, mas podem causar sensação de disforia, síndrome extrapiramidal e torcicolo espasmódico

(SCHNAIDER; VIEIRA; BRANDÃO, 2008). O mecanismo de ação do cloridrato de alizaprida é semelhante à metoclopramida.

Dexametasona é um corticoide que tem se mostrado efetivo na redução das NVPOs. Seu mecanismo de ação está relacionado à liberação de endorfinas que elevam o humor e estimulam o apetite (McCRACKEN; HOUSTON; LEFEBVRE, 2008); no entanto, atua com maior eficiência se associada a outros antieméticos e se administrada antes da indução anestésica (SCHNAIDER; VIEIRA; BRANDÃO, 2008).

O cloridrato de ondansetrona possui ação central, na zona quimiorreceptora do gatilho e periférica, no trato gastrointestinal (SCHMIDT; BAGATINI, 1997). Diversos estudos têm comprovado a efetividade dessa droga contra as NVPOs (HARTSELL; LONG; KIRSCH, 2005). O cloridrato de ondansetrona e o cloridrato de granisetrona são antagonistas dos receptores de serotonina de primeira geração e o palonosetron, de segunda geração. Essas drogas são mais eficazes, se administradas no final da cirurgia (LAGES et al., 2005; YANG; SCOTT, 2009).

Um estudo experimental foi conduzido para testar a efetividade de drogas contra as náuseas e vômitos. Os pacientes foram alocados em cinco grupos: droperidol, metoclopramida, tropisetron, ondansetrona e controle. Foi concluído que a metoclopramida não é efetiva na prevenção de NVPO (40%) e que o droperidol (20%), o tropisetron (25%) e a ondansetrona (15%) são efetivos, contudo os efeitos colaterais do droperidol e tropisetron devem ser considerados (EKINCI et al., 2011). Em outro estudo, os pacientes que receberam ondansetrona apresentaram incidência de náuseas e vômitos de 11% e os que receberam metoclopramida de 28% (TALESH; MOTAMED; KAHNAMOUII, 2011).

Alguns autores sugerem que a associação de dois ou mais antieméticos pode resultar em menores taxas de NVPO (RÜSCH et al., 2010; SCHNAIDER; VIEIRA; BRANDÃO, 2008), como ocorreu na presente pesquisa, em que 63,21% dos pacientes receberam de dois a quatro antieméticos no intraoperatório. No grupo com o diagnóstico de náusea, 8,69% dos sujeitos não receberam profilaxia antiemética e em 43,47% foi administrada apenas uma medicação antiemética.

Observa-se que a administração de antieméticos profiláticos reduz a incidência de NVPO. Contudo, um *guideline*, direcionado ao gerenciamento das

NVPOs e construído por meio de evidências clínicas oriundas da literatura e consenso de expertos sobre o assunto, recomenda que a profilaxia antiemética deva ser realizada em pacientes com risco moderado e elevado de desenvolver náuseas e vômitos e em pacientes com potencial morbidade associada às NVPOs. Além disso, recomenda que sejam avaliados os efeitos colaterais dos medicamentos antieméticos (GAN et al., 2003).

Observou-se que a maioria dos pacientes que participou do presente estudo recebeu a profilaxia antiemética (94,35%) e que muitos não possuíam risco elevado ou moderado de NVPO. A identificação dos fatores de risco para NVPO deve ser realizada no pré-operatório, com o intuito de planejar as condutas necessárias em relação à prevenção e ao tratamento das NVPOs. Rüsç et al. (2010) enfatizaram que há algumas alternativas para se prevenir NVPO como: dar preferência à anestesia regional a geral quando possível, utilizar propofol a anestésicos voláteis na manutenção da anestesia, não utilizar óxido nitroso, evitar o fornecimento ou reduzir doses de opioides durante e depois da cirurgia.

Apfel et al. (1999) desenvolveram uma forma de se calcular a incidência de NVPO, de acordo com o número de fatores de risco presentes: nenhum fator de risco – 17%, um fator de risco – 18%, dois fatores de risco – 42%, três fatores de risco – 54%, quatro fatores de risco – 74% e cinco fatores de risco – 87%.

Mesmo o enfermeiro não participando da escolha das técnicas e dos fármacos utilizados no procedimento anestésico-cirúrgico, ele desenvolve atividades que subsidiam o anestesiológista nesse processo. Dentre essas atividades, a visita pré-operatória de enfermagem merece destaque, pois constitui uma função fundamental para o planejamento da assistência perioperatória, além de subsidiar o anestesiológista na escolha dos métodos e fármacos que serão utilizados (GALDEANO, PENICHE, 2007).

Os mais importantes fatores de risco apontados em revisões sistemáticas e meta-análise são: sexo feminino, hábito de não fumar, história prévia de NVPO, cinetose, duração do procedimento anestésico-cirúrgico, tipo de cirurgia e a administração de anestésicos voláteis, óxido nitroso e opioides durante e após a cirurgia (GAN et al., 2003; GAN, 2006; McCRACKEN; HOUSTON; LEFEBVRE, 2008; RÜSCH et al., 2010), não corroborando, em parte, os fatores de risco obtidos nesta pesquisa: sexo, idade, tipo de anestesia, uso de anestésicos voláteis, dor no

pós-operatório, maior movimentação após a cirurgia, alimentação pós-operatória e odores nocivos.

O sexo feminino é o fator de risco mais consagrado na literatura (GAN et al., 2003; GAN, 2006). Os resultados deste estudo confirmaram a associação entre o sexo e a presença de náusea ($p<0,001$). O sexo feminino tem 8,05 vezes mais chance de ocorrência de náuseas do que o sexo masculino (RR: 8,050, IC 95%, 1,988 – 32,599). Gan (2006) classifica os fatores de risco para NVPO em bem estabelecidos, possíveis e desaprovados. O sexo feminino, a partir da puberdade, foi considerado um fator bem estabelecido, já que todos os estudos incluídos na meta-análise de Gan (2006) identificaram esta variável associada à presença de náuseas.

A idade foi estatisticamente significativa para a ocorrência de náuseas nesta pesquisa ($p=0,021$). O risco de indivíduos com idade de 51 a 80 anos desenvolverem náuseas é de 59,3 vezes maior do que em indivíduos de 18 a 50 anos (RR: 0,407, IC 95%, 0,204 – 0,815). A idade de 18 a 50 anos sugere um fator de proteção para o risco de presença de náuseas, visto que o RR obteve valor menor que 1. Mendes, Monteiro e Martins (2009) também mostraram que indivíduos mais velhos têm tendência aumentada e maior chance de apresentar náuseas e vômitos, após serem submetidos à intervenção cirúrgica. Já Gondim et al. (2009) identificaram que as mulheres, antes da puberdade, não apresentam aumento do risco de NVPO, o que sugere associação com fatores hormonais. Outros estudos apontaram que pode haver maior prevalência de NPVO entre pacientes pediátricos do que em adultos (GAN et al., 2003; JANICKI et al., 2011). A idade parece ser um fator que permanece não muito claro em relação à associação à presença de NVPO, o que justifica a não inclusão dessa variável como fator de risco em revisões sistemáticas e meta-análises (GAN et al., 2003; GAN, 2006; McCRACKEN; HOUSTON; LEFEBVRE, 2008; RÜSCH et al., 2010).

O hábito de não fumar é um dos fatores de risco mais importantes para a ocorrência das NVPOs; no entanto os resultados do presente estudo não apoiaram essa hipótese ($p=0,196$). Todos os pacientes que apresentaram náusea neste estudo eram não fumantes; entretanto, o tamanho e as características da amostra não permitiram identificar essa possível associação. Cabe destacar que dos 100% dos sujeitos analisados neste estudo, 76,50% não tinham o hábito de fumar. Outro fator a ser considerado é a forma como o dado foi coletado, que questionava se o

sujeito era fumante ou não, mas não abordava se era fumante e havia parado de fumar. No período pré-operatório, o paciente é encorajado a interromper o uso do cigarro para evitar complicações pós-operatórias. Alguns estudos apontaram que a interrupção do cigarro por um período de três a oito semanas pode ser benéfica para evitar complicações respiratórias, cardiovasculares e de cicatrização da ferida operatória (BARRERA et al., 2005; KURI et al., 2005). Não foram identificados estudos que abordem qual o tempo necessário de interrupção do uso do cigarro para aumentar o risco de desenvolvimento das NVPOs.

A história prévia de NVPO é considerada um importante fator de risco para NVPO, mas não foi estatisticamente significante neste estudo ($p=0,071$). Há diversos fatores que podem ter influenciado os resultados, como: a) os anestésicos utilizados no passado, há 10 ou 15 anos, que poderiam ter maiores complicações relacionadas a náuseas e vômitos do que os atuais, como por exemplo, o propofol, anestésico endovenoso que raramente induz as NVPOs; b) amostra pequena; c) administração de antieméticos para profilaxia. Apesar de os resultados não evidenciarem associação da história prévia de NVPO e a presença de náusea, o risco de um indivíduo que já vivenciou náuseas e vômitos em outras cirurgias apresentar náusea é de 2,218 vezes a mais do que em indivíduos que nunca experimentaram os sintomas (RR: 2,218, IC 95%, 1,005 – 4,896).

A cinetose ou náusea e vômito causados pelo movimento é um fator de risco para NVPO relacionado ao indivíduo, mas também não foi significativamente associada à náusea neste estudo ($p=0,907$). A cinetose é uma vertigem fisiológica normal, provocada pela estimulação rítmica repetida do sistema vestibular, como a que acontece em viagens de carro e avião (PORTH; KUNERT, 2004). O sistema vestibular pode estimular o centro do vômito através da zona quimiorreceptora do gatilho com a movimentação da cama no trajeto sala de operação - sala de recuperação anestésica e/ou sala de recuperação anestésica - unidade pós-operatória. A cinetose e a história prévia de NVPO foram denominadas fatores de risco bem estabelecidos para a ocorrência de NVPO (GAN, 2006).

O índice de massa corporal não foi considerado fator relacionado às NVPOs ($p=0,359$). Indivíduos com IMC acima de 25 Kg/m² têm 44,1% mais chances de desenvolver náuseas quando comparados a indivíduos com IMC igual ou menor que 25 Kg/m² (RR: 1,441, IC 95%, 0,649 – 3,200). A obesidade não é considerada

fator de risco para NVPO em revisões sistemáticas (GAN, 2006; RÜSCH et al., 2010), mas pode estar associada a um aumento do tempo da cirurgia, já que o cirurgião pode demorar mais tempo para conseguir acessar o local a ser operado. Além disso, o IMC elevado pode ser um fator de confusão associado aos efeitos colaterais dos anestésicos, já que no obeso geralmente são necessárias doses maiores de medicamentos que permanecerão por maior tempo no organismo do indivíduo pela deposição que ocorre no tecido adiposo.

A duração e a natureza do procedimento anestésico-cirúrgico foram apontadas como fator de risco na literatura (GAN et al., 2003; McCracken; Houston; Lefebvre, 2008; RÜSCH et al., 2010), mas não identificadas no presente estudo.

A incidência de NVPO foi semelhante no grupo em que a cirurgia durou até 120 minutos e 121 minutos ou mais (18,50% e 25,00% respectivamente). Dos 23 pacientes que apresentaram náusea, dois realizaram a cirurgia em tempo igual ou inferior a 60 minutos e 21 em tempo maior que 61 minutos. A cada 30 minutos de cirurgia, o risco de NVPO aumenta 60% (GAN, 2006). As cirurgias podem ser classificadas de acordo com o seu tempo de duração: porte I (duração de até duas horas), porte II (duração de duas a quatro horas), porte III (duração de quatro a seis horas) e porte IV (duração acima de seis horas) (POSSARI, 2009). A maioria das cirurgias ocorre em um tempo superior a 60 minutos, provocando uma maior exposição do paciente às drogas anestésicas e à manipulação das vísceras, podendo ser considerado um fator antecedente das náuseas e vômitos.

Os procedimentos cirúrgicos citados na literatura como fatores de risco para NVPO e seus mecanismos de ação são: timpanoplastia (estimulação vestibular), otorrinolaringologia (engolimento de sangue), cirurgia de mama (ansiedade e aspectos emocionais), laparoscopia (irritação peritoneal), cirurgias abdominais e plásticas (estimulação vagal e do trato gastrointestinal) (BECKER, 2010). Na presente pesquisa, as cirurgias ginecológicas e ortopédicas apresentaram maiores índices de náuseas e vômitos (39,15% e 30,40% respectivamente). Pacientes submetidos à timpanoplastia e a cirurgias plásticas não participaram do estudo. As cirurgias otorrinolaringológicas e laparoscópicas apresentaram incidência de náusea de 8,70% cada uma.

Os resultados deste estudo apontaram que o tipo de anestesia foi associado à presença de náuseas ($p=0,001$) e que o risco de apresentar náusea foi 69,6% maior nos pacientes submetidos à raquianestesia do que naqueles que receberam anestesia geral (RR: 0,304, IC 95%, 0,150 – 0,616). Dos pacientes que receberam anestesia geral, apenas 13,20% apresentaram náusea, não corroborando as evidências disponíveis na literatura, que apontam a anestesia geral como associada às NVPOs. A técnica de anestesia balanceada encontra-se associada à incidência mais elevada quando comparada à anestesia geral venosa. A anestesia balanceada faz uso de medicamentos hipnóticos, analgésicos, relaxantes musculares, opioides, anticolinérgicos e gases inalantes, alguns com importante potencial emetogênico. A presença de agentes anestésicos inalatórios pode estar relacionada à maior incidência de NVPO (RÜSCH et al., 2010), pois eles estimulam o sistema nervoso simpático com consequente liberação de catecolaminas e alterações na pressão do ouvido médio, estimulando o sistema vestibular (GONDIM et al., 2009).

Anestésicos voláteis (isoflurano, enflurano, sevoflurano, desflurano) e óxido nitroso são fatores de risco para as NVPOs, descritos nas revisões sistemáticas e meta-análises (GAN et al., 2003; GAN, 2006; McCracken; Houston; Lefebvre, 2008; RÜSCH et al., 2010). Os resultados desta pesquisa apontaram associação entre os anestésicos voláteis e as náuseas no pós-operatório ($p=0,019$). A maioria dos pacientes que recebeu anestésicos voláteis não apresentou náuseas (85,30%). Assim, a administração de anestésicos voláteis foi considerada um fator de proteção para a ocorrência de náuseas, e o risco de apresentar NVPO entre os pacientes que não receberam esses medicamentos foi 57% maior do que os que receberam (RR: 0,430, IC: 95%, 0,209 – 0,885). Os pacientes que participaram deste estudo podem ter recebido maior quantidade de drogas antieméticas quando expostos aos anestésicos voláteis, o que poderia explicar o fato de esses pacientes não terem apresentado maior índice de náusea.

No estudo de Leslie et al. (2008), o óxido nitroso foi apontado como fator de risco associado à presença de náusea intensa, e os anestésicos voláteis à maior necessidade de administração de antieméticos quando comparados ao propofol (36% e 26% respectivamente, com $p=0,02$). Além de provocar náuseas e vômitos, o óxido nitroso pode aumentar o risco de teratogenicidade, imunodeficiência, retardo

na cicatrização da ferida operatória e complicações cardiovasculares. Além disso, o seu uso limita a oferta de oxigênio suplementar durante a cirurgia. O uso de oxigênio reduz o risco de infecção da ferida operatória e os riscos de náuseas e vômitos (MYLES et al., 2007).

O uso de opioides no intraoperatório para o efeito anestésico e, no pós-operatório, para alívio da dor, aumenta o risco de NVPO. Na presente pesquisa, os resultados não mostraram associação entre o uso de opioides e a presença de náuseas ($p=0,089$); entretanto, o risco relativo de um paciente que recebeu opioides apresentar náusea foi de 2,141, ou seja, 114,1% maior do que aqueles que não receberam (RR: 2,141, IC 95%, 1,008 – 4,549). Os opioides estimulam diretamente a zona quimiorreceptora do gatilho, reduzindo a motilidade gastrointestinal ou aumentando a sensibilidade vestibular (RIMAITIS; SVITJUTE; MACAS, 2010). São exemplos de opioides utilizados nos períodos intra e pós-operatórios: citrato de fentanila, citrato de sufentanila, cloridrato de alfentanila, cloridrato de nalbufina, sulfato de morfina, cloridrato de petidina e cloridrato de tramadol. Becker (2010) acrescenta que o risco de desenvolver NVPO está relacionado à dose de opioides administrada e não ao medicamento em particular ou ao momento em que foi administrado.

Stadler et al. (2003) verificaram as diferenças entre os fatores de risco associados à náusea e ao vômito. O sexo feminino, hábito de não fumar e anestesia geral são fatores relacionados às náuseas e aos vômitos. O tipo de cirurgia foi mais relacionado à náusea do que ao vômito, e a utilização de morfina mais relacionada ao vômito.

O aumento da movimentação pós-operatória, a dor, a alimentação oral após a cirurgia e o contato com odores nocivos não foram estudados nas pesquisas supracitadas (GAN et al., 2003; GAN, 2006; RÜSCH et al., 2010), mas foram estatisticamente significantes nesta pesquisa e estão presentes na NANDA-I (2010).

A movimentação pós-operatória foi associada à náusea ($p<0,001$). O risco de o paciente exposto à maior movimentação apresentar náusea foi 14,833 vezes maior do que o não exposto. As náuseas e os vômitos são causados por estimulação de mecanismos neurológicos no cérebro e no trato gastrointestinal. O sistema nervoso central serve como centro de controle para as náuseas e vômitos, pois recebe sinais de neurotransmissores periféricos e do córtex cerebral. O sistema

nervoso central integra a informação e ativa o sistema nervoso autônomo e fibras motoras do trato gastrointestinal, resultando em náuseas e vômitos (NUNLEY; WAKIM; GUINN, 2008).

Mudanças rápidas de posição estimulam os receptores do labirinto vestibular do ouvido interno e os impulsos são transmitidos para o cerebelo e deste para a zona quimiorreceptora do gatilho e finalmente para o centro do vômito (GUYTON; HALL, 2006).

Os resultados desta pesquisa evidenciaram associação entre a dor e a presença de náuseas ($p=0,001$) e um risco de apresentar náusea de 230,8% maior entre indivíduos com dor (RR: 3,308, IC 95%, 1,684 – 6,499), provavelmente em decorrência de estimulação vagal e ativação simpática.

A alimentação oral pós-operatória e os odores nocivos constituíram fatores associados à presença de náusea ($p<0,001$; RR: 5,882, IC 95%, 3,815 – 9,071 e $p=0,045$; RR: 4,952, IC 95%, 3,380 – 7,257 respectivamente), podendo estimular o córtex cerebral e o centro do vômito. Começar a comer após a cirurgia pode ocasionar estimulação vagal e, posteriormente, ativação do centro do vômito (GOLEMBIEWSKI; O'BRIEN, 2002).

A Taxonomia da NANDA-I (2010) apresenta diversos fatores relacionados à náusea provenientes de várias situações clínicas: 1) Referentes ao tratamento: distensão gástrica, fármacos, irritação gástrica; 2) Biofísicos: cinetose, distensão da cápsula do fígado, distensão da cápsula esplênica, distensão gástrica, distúrbios bioquímicos, doença menière, doença esofágica, doença pancreática, dor, irritação gástrica, labirintite, meningite, pressão intracraniana aumentada, toxinas, tumores intra-abdominais, tumores localizados e gravidez; 3) Situacionais: ansiedade, dor, estímulo visual desagradável, fatores psicológicos, medo, odores nocivos, sabor nocivo.

No contexto perioperatório, essa validação clínica identificou alguns fatores relacionados que são relevantes para a construção do diagnóstico de enfermagem Náusea: sexo, idade, tipo de anestesia, uso de anestésicos voláteis, dor, movimentação e alimentação pós-operatória e odores nocivos. A literatura aponta o hábito de fumar, a história prévia de NVPO, a cinetose, a duração do procedimento anestésico-cirúrgico, o tipo de cirurgia e a administração de opioides

como fatores de risco bem estabelecidos; entretanto os resultados desta pesquisa não apoiaram esses dados.

Com base nos resultados obtidos da validação clínica e dos oriundos da literatura, recomenda-se a inclusão de alguns fatores relacionados na Taxonomia da NANDA-I: sexo feminino, hábito de não fumar, história prévia de NVPO, duração do procedimento anestésico-cirúrgico, tipo de cirurgia, movimentação pós-operatória e alimentação pós-operatória. A dor e os odores nocivos já se constituem fatores relacionados da NANDA-I (2010).

A administração de anestésicos voláteis, de óxido nitroso e de opioides pode estar incluída no fator relacionado “fármacos”. Apesar de a idade ter sido associada à presença de náusea neste estudo, a literatura sugere que esta variável precisa ser mais bem explorada e que pode estar relacionada ao sexo feminino. O tipo de anestesia também não foi recomendado para inserção na NANDA-I, já que pode ser um fator de confusão relacionado à administração de anestésicos voláteis.

A inclusão dessas variáveis nos fatores relacionados pode proporcionar uma maior facilidade no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem Náusea pelos enfermeiros perioperatórios, por proporcionar uma maior associação dos fatores causais ao fenômeno náusea. Os outros fatores relacionados presentes na NANDA-I devem permanecer, já que o presente estudo foi realizado apenas no contexto cirúrgico e com a população de uma única instituição de saúde, impedindo a generalização dos resultados.

As 12 características definidoras consideradas para o diagnóstico de enfermagem Náusea foram identificadas nos sujeitos do estudo com náusea e sem náusea (manifestações fisiológicas).

Nos pacientes com o diagnóstico de Náusea, todas as características foram observadas, com exceção de alteração na pressão arterial. As mais frequentes foram: relato de náusea (100%), palidez (87,00%), sensação de vômito (82,60%), deglutição aumentada (78,30%) e salivação aumentada (56,50%). As demais apresentaram frequência inferior a 50%. O índice de concordância de todas as características foi superior a 86,95%. A concordância significou a frequência em que o avaliador 1 e o avaliador 2 concordaram com a presença ou com a ausência da característica definidora no paciente.

O grupo sem náusea apresentou frequência baixa em relação a quase todas as características. As características palidez e alteração na pressão arterial obtiveram as maiores frequências entre os não casos (20,50% e 34,60% respectivamente).

Esses sinais e sintomas (sensação de náusea, salivação, palidez, transpiração e sensação de calor e frio) ocorrem por estimulação dos sinais autonômicos, mediados pelo sistema nervoso simpático, exceto a salivação aumentada que é regulada pelo sistema nervoso parassimpático. Os impulsos são transmitidos por fibras aferentes vagais e simpáticas, até o centro do vômito (CANGIANI et al., 2006).

O coeficiente de confiabilidade (R) é diretamente proporcional ao número de vezes em que a característica definidora foi identificada. Isso significa que o R será alto quando a característica for identificada com grande frequência. Um R baixo pode significar que a característica definidora não é um bom indicador da categoria diagnóstica (GALDEANO, 2007). Neste estudo foi identificado como característica principal apenas o relato de náusea. Sensação de vômito (0,74), palidez (0,74) e deglutição aumentada (0,61) foram classificadas como características secundárias. As demais obtiveram R menor que 0,50, sendo consideradas irrelevantes.

Os valores baixos do coeficiente de confiabilidade podem estar relacionados à dificuldade de identificar algumas características definidoras de forma objetiva, como, por exemplo, a sensação de vômito que, muitas vezes, é detectada observando o paciente se inclinar para frente ou colocar a mão na boca; no entanto, o paciente pode sentir essa sensação e não manifestar de forma objetiva.

Os resultados do presente estudo apontaram que há associação entre a presença de náusea e as manifestações de relato de náusea ($p<0,001$), sensação de vômito ($p<0,001$), palidez ($p<0,001$), deglutição aumentada ($p<0,001$), salivação aumentada ($p<0,001$), aversão à comida ($p<0,001$), gosto amargo na boca ($p=0,004$), diaforese ($p<0,001$), sensação de calor e frio ($p<0,001$) e aumento dos movimentos respiratórios ($p=0,045$).

O relato de náusea foi a característica definidora mais relevante obtida neste estudo (incidência de ocorrência: 100%, coeficiente de confiabilidade :1 e média ponderada: 0,97), sendo considerada característica principal para o

diagnóstico de enfermagem Náusea. A náusea é uma sensação subjetiva e o relato do paciente é a melhor ferramenta para a confirmação da categoria diagnóstica.

A sensação de vômito não esteve presente em apenas 4,60% dos pacientes com náusea. Apesar de ter sido classificada como característica definidora secundária na avaliação objetiva (R: 0,74), foi considerada principal na avaliação subjetiva (opinião do paciente) (média ponderada: 0,84). Os pacientes com náusea têm um risco de experimentar sensação de vômito de 21,75 vezes a mais que os pacientes que não apresentaram náusea (RR: 21,750, IC: 95%, 8,351 – 56,645). Assim, considerou-se a sensação de vômito uma característica definidora principal em razão do aspecto subjetivo da náusea. Os enfermeiros que coletaram os dados objetivos podem não ter percebido pequenos espasmos do trato gastrointestinal do paciente, além do fato de que na SRA o paciente geralmente permanece deitado e sonolento, evento que pode ter contribuído para não ocorrer a mudança de postura corporal (paciente inclinar-se para frente).

Apesar de a palidez estar presente em diversas condições clínicas e cirúrgicas, como a anemia e a perda sanguínea no intraoperatório, este estudo mostrou que os pacientes com náusea têm 630% a mais de chance de apresentar palidez do que os sem náusea, constituindo assim uma importante característica definidora para o diagnóstico de enfermagem Náusea (Incidência: 78,30%, R: 0,74). A palidez ocorre quando há diminuição acentuada do fluxo sanguíneo no leito cutâneo, devendo ser avaliada em toda a extensão da superfície cutânea, inclusive nas regiões palmoplantares. Nas pessoas de cor parda ou negra, a melhor forma de se constatar a palidez é na palma das mãos e na planta dos pés (PORTO, 2008).

A palidez generalizada, ou seja, observada em toda a pele, traduz diminuição das hemácias circulantes nas microcirculações cutânea e subcutânea, podendo decorrer de dois mecanismos: 1. Vasoconstrição generalizada em consequência de estímulos neurogênicos ou hormonais, como ocorre nas grandes emoções ou nos sustos, nas crises dolorosas e nas náuseas; 2. Redução real das hemácias, como acontece nas anemias (PORTO, 2008).

A salivação aumentada é um dos principais sintomas que caracterizam a náusea. O risco de um paciente com náusea apresentar a salivação aumentada foi de 7,887 vezes a mais do que um paciente sem náusea (IC: 95%, 4,253 – 14,624). A produção de saliva, realizada principalmente pelas glândulas parótida,

submandibular e sublingual, provém de uma resposta a estímulos nervosos, num ato reflexo que pode ser desencadeado pelo cheiro, visão ou pelo simples pensamento. As glândulas salivares são inervadas por ambas as divisões do sistema nervoso autônomo: simpático que estimula a secreção de pequenas quantidades de saliva viscosa, e parassimpático que provoca a secreção de volumes grandes de saliva aquosa (GUYTON; HALL, 2006; PEREIRA, 2011).

Muitos estímulos gustativos, especialmente o sabor azedo, promovem uma secreção salivar cerca de 8 a 20 vezes superior à taxa basal. A salivação aumentada ocorre ainda em resposta a reflexos que se originam no estômago e na parte superior do intestino delgado, particularmente quando são ingeridos alimentos potencialmente agressivos para a mucosa ou quando, por alteração gastrointestinal, é desencadeado o reflexo da náusea. A saliva, quando deglutida, ajuda a remover o fator tóxico do trato gastrointestinal, pois dilui ou neutraliza as substâncias aptas a provocar esse efeito (PEREIRA, 2011).

A deglutição excessiva é uma consequência do excesso de salivação. Na coleta de dados das características objetivas (etapa 1), a deglutição aumentada ($R=0,61$) foi mais frequente do que a salivação excessiva ($R=0,46$). Na etapa 2, a coleta de dados subjetivos, a salivação excessiva (média ponderada: 0,59) foi mais frequente do que a deglutição aumentada (média ponderada: 0,45). Isso pode ter acontecido pela dificuldade de o enfermeiro avaliar a presença de salivação excessiva ou, então, pelo fato de o paciente não engolir a saliva produzida e simplesmente cuspi-la.

A sensação de calor e frio foi observada em 34,80% dos pacientes, fato que resultou em um coeficiente de confiabilidade baixo ($R: 0,34$). De acordo com os resultados, um indivíduo com náusea tem 455% maior chance de apresentar sensação de calor e frio do que indivíduos sem náusea. Na opinião dos pacientes, essa variável foi relevante (média ponderada: 0,55). Para a detecção dessa característica definidora pelo enfermeiro, o paciente deve assumir ora uma posição de frio (encolhimento) e ora comportamentos de calor (retirada de cobertas, uso de ventiladores). Após a cirurgia, o paciente permanece deitado e sonolento e, na maioria das vezes, procura não se movimentar em razão de possíveis locais dolorosos, presença de cateteres, drenos, medo de deiscência de sutura, de náuseas e vômitos e até de quedas, já que quando submetido a anestésias

regionais, como a raquianestesia e a anestesia peridural, perde a sensibilidade e a força motora de parte do corpo, impedindo a sua movimentação e mudança de posição.

As características definidoras aversão à comida, gosto amargo na boca, diaforese e aumento dos movimentos respiratórios apesar de associadas à presença de náusea pelos testes qui-quadrado e exato de Fisher não foram consideradas relevantes neste estudo, pois possuíram uma baixa frequência de ocorrência e valores baixos de coeficiente de confiabilidade e média ponderada (Tabelas 13, 15 e 16).

A média ponderada de aversão à comida foi de 0,40. Certamente, isso ocorreu porque a maior parte dos pacientes não foi estimulada com alimentos nas primeiras seis horas após a cirurgia. Geralmente, o retorno da dieta deve ser iniciado após a detecção da presença de ruídos hidroaéreos e eliminação de gases (AGUILAR-NASCIMENTO et al., 2006).

As médias baixas das características definidoras gosto amargo na boca (R: 0,17), diaforese (R: 0,39) e aumento dos movimentos respiratórios (R: 0,13) podem estar relacionadas ao tamanho reduzido da amostra (23 pacientes) e à dificuldade de o paciente avaliar essas manifestações após a ocorrência do evento.

A taquicardia e a presença de náusea não foram eventos estatisticamente associados ($p=0,404$), corroborando o cálculo de confiabilidade de Fehring (1987), em que a variável foi considerada irrelevante. A taquicardia é uma manifestação apresentada apenas na fase de ejeção do vômito (CANGIANI et al., 2006). Assim, presume-se que a baixa incidência desta variável neste estudo (13,00%) esteja relacionada à baixa incidência de vômito (oito pacientes) entre os pacientes que apresentaram náusea (23 pacientes).

Todos os pacientes que apresentaram náusea não tiveram alteração na pressão arterial. A instabilidade do sistema cardiovascular é frequente após a cirurgia. A hipotensão no pós-operatório imediato é ocasionada por condições que variam desde o choque (cardiogênico, distributivo, hipovolêmico ou séptico) até a vasodilatação ocasionada pelo bloqueio dos nervos simpáticos, que controlam o tônus vasomotor após a raquianestesia. A hipertensão arterial, definida como aumento maior que 20% do valor pressórico pré-operatório, pode ser ocasionada por ansiedade, dor, hipoventilação e hipotermia (GALDEANO; ROSSI; PENICHE, 2007).

As características definidoras presentes na Taxonomia da NANDA-I (2010) são: aversão à comida, deglutição aumentada, gosto amargo na boca, relato de náusea, salivação aumentada e sensação de vômito. Os resultados deste estudo apontam a necessidade da inserção de mais duas características definidoras na listagem da NANDA-I: palidez e sensação de calor e frio.

Na validação do diagnóstico de enfermagem Náusea, publicada por Tang (2006), as características identificadas como principais também foram relato de náusea e sensação de vômito e as secundárias, aversão à comida, aumento da salivação, gosto amargo na boca e deglutição aumentada. Ressalta-se que o estudo de Tang (2006) realizou análise de conceito e avaliou a validação de conteúdo, e que os valores obtidos no presente estudo, junto aos expertos, foram semelhantes aos identificados pela autora. Não foram encontrados estudos de validação clínica do diagnóstico de enfermagem Náusea.

Portanto, na população estudada, as características com $R > 50$ e ≤ 1 foram válidas para o diagnóstico Náusea: relato de náusea, sensação de vômito, salivação aumentada, deglutição aumentada, sentimento de calor e frio e palidez. As demais necessitam ser examinadas em estudos posteriores, em outras populações e em outros centros para se inferirem generalizações. Essas conclusões são reforçadas quando se comparam os escores obtidos na validação de conteúdo e na validação clínica.

O escore total do diagnóstico de enfermagem Náusea foi de 0,73. Um escore menor do que 0,60 significa que o diagnóstico deve ser novamente estudado e/ou removido da lista de diagnósticos da Taxonomia da NANDA-I.

A náusea pode ser uma resposta do organismo a diversas condições fisiopatológicas, como: câncer, doenças do trato gastrointestinal, gravidez, infecções, uso de fármacos, dentre outros. Portanto, outras pesquisas de validação são necessárias para verificar se as manifestações desse diagnóstico ocorrem da mesma forma e na mesma intensidade em diferentes populações.

O procedimento anestésico-cirúrgico é considerado uma condição favorável à ocorrência de náusea, já que o paciente fica exposto a diversos fatores de risco. O enfermeiro que atua no cuidado ao paciente em período perioperatório deve conhecer os fatores de risco para NVPO, assim como suas possíveis manifestações para elaborar diagnósticos de enfermagem acurados e,

consequentemente, planejar ações para prevenção e tratamento das NVPOs baseadas em evidências.

7 CONCLUSÕES

7.1 ANÁLISE DE CONCEITO

Esta análise de conceito, baseada na revisão de literatura do fenômeno Náusea, concluiu que náusea, no contexto perioperatório, é definida como uma resposta não observável e subjetiva relatada pelos pacientes, semelhante a uma onda na parte de trás da garganta, do epigástrico ou abdome que pode levar à vontade de vomitar. Ressalta-se que a maioria dos estudos define náuseas e vômitos como um evento único.

Os atributos definidores identificados foram: relato de náusea, salivação aumentada, aversão à comida, deglutição aumentada, gosto amargo na boca, sensação de vômito, palidez, taquicardia, diaforese, sensação de calor e frio, alterações na pressão arterial e dilatação pupilar.

Os antecedentes apontados na literatura foram: sexo feminino, idade, história de náuseas e vômitos em cirurgias anteriores, cinetose, hábito de não fumar, obesidade, administração de opioides nos períodos intra e pós-operatório, duração prolongada do procedimento anestésico-cirúrgico, tipo de anestesia, tipo de cirurgia, administração de anestésicos voláteis e de óxido nitroso, aumento da movimentação pós-operatória e dor.

As consequências da náusea não estão dissociadas do vômito na literatura e foram classificadas como: biológica (náusea: desidratação, inapetência, desconforto, retorno lento às habilidades funcionais e vômito; náusea e vômito: distúrbio eletrolítico, pneumonia aspirativa, deiscência de sutura, dor no local da incisão, ruptura esofágica, hipertensão venosa e sangramento) emocional (ansiedade e preocupação) e social (atraso na alta hospitalar, antecipação na admissão no hospital, aumento dos gastos e custos hospitalares, aumento do tempo de recuperação, insatisfação com o serviço de saúde e absenteísmo no trabalho).

As referências empíricas podem ser obtidas por indicadores subjetivos, pela entrevista (abordagem do paciente e instrumentos de autorrelato) e por indicadores objetivos, por observação (falta de desejo de comer, desidratação, baixo

nível de conforto, intolerância a odores e ao movimento, indisposição, sensação de vômito, dentre outros).

7.2 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

O diagnóstico de enfermagem Náusea, de acordo com os expertos, deve pertencer ao domínio 12 – Conforto e à classe 1 – Conforto Físico. O enunciado Náusea é adequado e claro. A definição de náusea, apesar de adequada para a maioria dos sujeitos, precisava de reformulações para 17,30% dos expertos. A proposta de definição para o diagnóstico de enfermagem Náusea, baseada na opinião dos expertos foi: “Sensação subjetiva e desagradável de desconforto e mal-estar na parte de trás da garganta e/ou no estômago, de intensidade leve a intensa, que pode resultar em vômito”.

As características definidoras consideradas principais indicadores para o diagnóstico de enfermagem Náusea foram: relato de náusea (0,94), sensação de vômito (0,94), salivação aumentada (0,85) e aversão à comida (0,80).

As características definidoras classificadas como secundárias para o diagnóstico de enfermagem Náusea foram: palidez (0,79), deglutição aumentada (0,78), diaforese (0,77), taquicardia (0,75), gosto amargo na boca (0,74), sensação de calor e frio (0,74), alterações na pressão arterial sistêmica (0,71) e dilatação pupilar (0,67). Não houve característica irrelevante.

O escore total do diagnóstico de enfermagem Náusea foi de 0,79, considerado válido para a Taxonomia da NANDA-I.

7.3 VALIDAÇÃO CLÍNICA

A incidência do diagnóstico de enfermagem Náusea na população investigada foi de 21,70%, sendo, na maioria, de intensidade moderada.

Os fatores que antecedem a náusea ou que estão relacionados à náusea, identificados na população pesquisada, foram: sexo feminino, idade de 51 a 80 anos, tipo de anestesia (raquianestesia), dor, movimentação pós-operatória, alimentação pós-operatória e odores nocivos. Os pacientes submetidos a cirurgias ginecológicas apresentaram náuseas com maior frequência no pós-operatório.

As características definidoras fisiológicas identificadas nos pacientes com o diagnóstico de enfermagem Náusea com frequência maior ou igual a 50% foram: relato de náusea (100%), sensação de vômito (82,60%), palidez (78,30%) deglutição aumentada (65,20%) e salivação aumentada (56,50%). O índice de concordância variou de 86,95% a 100%. O coeficiente de confiabilidade (R) variou de 0 a 1.

A característica definidora que obteve $R \geq 0,80$ foi: relato de náusea ($R=1$). As características com escores de 0,51 a 0,79 foram: sensação de vômito (0,74), palidez (0,74) e deglutição aumentada (0,61). As características irrelevantes, com $R \leq 50$, foram: salivação aumentada (0,46), diaforese (0,39), sensação de calor e frio (0,34), aversão à comida (0,21), gosto amargo na boca (0,17), taquicardia (0,13), aumento dos movimentos respiratórios (0,13) e alteração na pressão arterial (0).

As características definidoras associadas ao diagnóstico de enfermagem Náusea foram: salivação aumentada, aversão à comida, deglutição aumentada, gosto amargo na boca, sensação de vômito, diaforese, palidez e sensação de calor e frio.

A média ponderada das características definidoras subjetivas variou de 0,33 a 0,97. As características consideradas principais foram: relato de náusea (0,97) e sensação de vômito (0,84). As características definidoras secundárias foram: salivação aumentada (0,59) e sensação de calor e frio (0,55). As demais foram classificadas como irrelevantes: deglutição aumentada (0,45), aversão à comida (0,40) e gosto amargo na boca (0,33).

O escore total do diagnóstico de enfermagem Náusea foi de 0,73, considerando-se a somatória de todas as características definidoras subjetivas com média ponderada acima de 0,50.

7.4 SUGESTÃO PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NÁUSEA

Apresenta-se, a seguir, uma sugestão para o diagnóstico de enfermagem Náusea, da Taxonomia da NANDA-I, elaborada com base na análise de conceito, validação de conteúdo e validação clínica:

Domínio: 12 - Conforto.

Classe: 1 - Conforto Físico.

Enunciado: Náusea.

Definição: Sensação subjetiva e desagradável de desconforto e mal-estar na parte de trás da garganta e/ou no estômago, de intensidade leve a intensa, que pode resultar em vômito.

Fatores relacionados a inserir: sexo feminino, hábito de não fumar, história prévia de NVPO, duração da anestesia, tipo de cirurgia, movimentação pós-operatória e alimentação pós-operatória.

Características definidoras a inserir: palidez e sensação de calor e frio.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciou-se este estudo pela análise de conceito, buscando suporte da literatura sobre o fenômeno náusea e os elementos que o cercam. Percebeu-se que o uso de evidências clínicas é essencial para pesquisas voltadas aos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, e que a busca criteriosa dessas evidências pode contribuir para validar diagnósticos de enfermagem.

O enfermeiro parece considerar a náusea uma situação secundária no pós-operatório, fato este levantado pelo baixo número de estudos publicados por este profissional na literatura nacional e internacional. As publicações voltadas às náuseas são, em sua grande maioria, realizadas por profissionais médicos.

O conhecimento dos fatores relacionados (antecedentes) ao diagnóstico de enfermagem Náusea é muito válido para o enfermeiro, principalmente durante a visita pré-operatória, momento em que vai coletar as informações relevantes sobre o paciente para planejar a assistência de enfermagem, nos períodos intra e pós-operatórios. Com esse conhecimento prévio, o enfermeiro pode prevenir e controlar as NVPOs desde a primeira abordagem ao paciente.

Como visto, a presença de náuseas e vômitos reflete-se na qualidade da assistência de enfermagem e na satisfação do paciente, condições desejadas pelas instituições de saúde. A busca pela qualidade nos serviços prestados e o aperfeiçoamento dos processos de trabalho para satisfazer as necessidades dos pacientes devem ser constantes. “O conforto é fruto de uma tática quase imperceptível adotada pelo cérebro da empresa: o treino das lideranças da companhia”. A frase descrita foi dita por Steve Jobs, presidente e diretor executivo da Apple, que dizia enxergar o mundo pelo prisma do usuário. Dessa forma, o enfermeiro perioperatório deve se aperfeiçoar e treinar a sua equipe para a prevenção e/ou minimização das complicações pós-operatórias, promovendo atitudes que estimulem ações voltadas à satisfação e ao bem-estar do paciente.

Foram identificadas apenas escalas numéricas para avaliar e quantificar a náusea (leve, moderada e intensa). Outras pesquisas poderiam ser realizadas visando à construção de instrumentos que mensurassem outras qualidades da náusea. A ausência de um padrão-ouro para avaliação da náusea foi considerada

uma limitação do estudo por impedir a verificação da sensibilidade, especificidade e valor preditivo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Náusea.

A amostra de pacientes com náusea, na etapa validação clínica, foi pequena. O tamanho da amostra é essencial para as análises estatísticas, e esse fator pode ter influenciado os resultados. A baixa incidência dos casos de náusea pode estar relacionada à utilização da profilaxia antiemética e ao tempo limitado de avaliação do paciente até duas horas após sua alta da SRA.

Espera-se que esta pesquisa sirva de incentivo para outros enfermeiros pesquisarem sobre a náusea, não apenas no contexto perioperatório, mas também em diferentes populações e que essas pesquisas possam subsidiar o enfermeiro na elaboração de estratégias e de intervenções para as NVPOs.

Este estudo apresenta importantes contribuições para a prática de enfermagem por fornecer ferramentas para os enfermeiros atuarem de forma independente no gerenciamento das NVPOs.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAM, J. Acupressure and acupuncture in preventing and managing postoperative nausea and vomiting in adults. **Journal of Perioperative Practice**, Harrogate, v.18, n.12, p. 543-551, 2008.

ABRÃO, A.C.F.V.; GUTIERREZ, M.G.R.; MARIN, H.F. Diagnóstico de enfermagem amamentação ineficaz: estudo de identificação e validação clínica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.18, n.1, p.46-55, 2005.

AGARWAL, A. et al. Acupressure and ondansetrona for postoperative nausea and vomiting after laparoscopic cholecystectomy. **Canadian Journal of Anaesthesia**, Toronto, v. 49, n.6, p. 554-560, 2002.

AGUILAR-NASCIMENTO, J.E. et al. Acerto pós-operatório: avaliação dos resultados da implantação de um protocolo multidisciplinar de cuidados peri-operatórios em cirurgia geral. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v.33, n.3, p. 181-188, 2006.

AMERICAN SOCIETY OF PERIANESTHESIA NURSES. ASPAN'S Evidence-based clinical practice guideline for the prevention and/or management of PONV/PDNP. **Journal of Perianesthesia Nursing**, Philadelphia, v.21, n.4, p.230-250, 2006,

ANDRADE, J.C.; CECCONI, V. Náuseas e vômitos pós-operatórios. **Revista Científica AMECS**, Caxias do Sul, v. 3, n. 2, p. 187-195, 1994.

APFEL, C.C et al. A risk score to predict the probability of postoperative vomiting in adults. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, Aarhus, v. 42, n. 5, p. 495-501, 1998.

APFEL, C.C. et al. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from cross-validations between two centers. **Anesthesiology**, New York, v.91, p. 693-700, 1999.

APFEL, C.C. et al. Volatile anaesthetics may be the main cause of early but not delayed postoperative vomiting: a randomized controlled trial of factorial design. **British Journal of Anaesthesia**, London, v. 88, n. 5, p. 659-668, 2002.

APFEL, C.C; KRANKE, P.; EBERHART, L.H.J. Comparison of surgical site and patient's history with risk score for the prediction of postoperative nausea and vomiting. **Anaesthesia**, London, v.59, p.1078-1082, 2004.

ARREGUY-SENA, C.; CARVALHO, E.C. Risco para trauma vascular: proposta do diagnóstico e validação por peritos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n.1, p. 71-78, 2009.

ARREGUY-SENA, C.; CARVALHO, E.C. Risk for vascular trauma: new diagnosis risk validating for experts. In: NANDA I INTERNATIONAL CONFERENCE, 2008, Miami. **Program and Abstracts...** Miami, 2008.

BACHION, M.M.; ARAÚJO, L.A.O.; SANTANA, R.F. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem mobilidade física prejudicada em idosos: uma contribuição. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.15, n.4, p.66-72, 2002.

BARRERA, R. et al. Smoking and timing of cessation: impact on pulmonary complications after thoracotomy. **Chest**, Chicago, v. 127, p. 1977-1983, 2005.

BECKER, D.E. Nausea, vomiting, and hiccups: a review of mechanisms and treatment. **Anesthesia Progress**, Chicago, v. 57, n.4, p. 150-157, 2010.

BERGAMASCO, E.C. et al. Diagnósticos de medo e ansiedade: validação de conteúdo para o paciente queimado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.57, n.2, p.170-7, 2004.

BICKLEY, L.S. **Bates: propedêutica médica**. Tradução Fernando Diniz Mundim et al. 10th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. ISBN 978-85-277-1660-4

BOERY, R.N.D. de O.; GUIMARÃES, H.C.Q.C.P.; BARROS, A.B.L.B. Definições operacionais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem volume de líquido excessivo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.18, n.2, p.197-202, 2005.

BOOGAERTS, J.G. et al. Assessment of postoperative nausea using a visual analogue scale. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, Aarhus, v.44, p.470-44, 2000.

BRAGA, C.G.; CRUZ, D.A.L.M. A taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.2, p.240-244, 2003.

BRUCKI, S.M.D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v.61, n.3/B, p. 777-81, 2003.

BRUNELLI, T. A concept analysis: the grieving process for nurse. **Nursing Forum**, Auckland, v. 40, n.4, p. 123-128, 2005.

BUENO, F.S. **Dicionário Escolar da língua portuguesa**. 10 ed. Rio de Janeiro: MEC/FENAME, 1976.

CANGIANI, L. M. et al. **Tratado de Anestesiologia SAESP**. 6 ed. São Paulo: Atheneu, 2006. 1012 p.

CARVALHO, E.C. et al. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.10, n.1, p.235-240, 2008.

CARVALHO, E.C.; ROSSI, L.A. A validation of INCP – Alpha Version im Brazil. In: RANTZ, M.J.; LeMONE, P. (Eds). **Classification of nursing diagnoses**: proceedings of the fourteenth conferece of the North American Nursing Diagnosis Association. Glendale: Cinahl Information Systems, 2002. v.1, p.60-66.

CARVALHO, E.C.C.; FAVRETTO, D. Impaired verbal communication: conceptual analysis of the NANDA I diagnosis. In: NANDA I INTERNATIONAL CONFERENCE, 2008, Miami. **Program and Abstracts**... Miami, 2008.

CEKMEN, N. et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation in the prevention of postoperative nausea and vomiting after elective laparoscopic cholecystectomy. **Journal of Clinical Anesthesia**, Stoneham, v. 19, n.1, p. 49-52, 2007.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E.C.C. The nursing diagnosis impaired spirituality: comparison between expert validation and clinical validation. In: INTERNATIONAL CONGRESS NANDA-I, 2010, Madrid. **Program and Abstracts**... Madrid, 2010.

CHAVES, E. Conceptual Validation of nursing diagnosis impaired memory. In: NANDA I INTERNATIONAL CONFERENCE, 2008, Miami. **Program and Abstracts**... Miami, 2008.

CHAVES, E.C.L. CARVALHO, E.C.C; HAAS, V.J. Validação do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual: análise por especialistas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 264-270, 2010.

CHAVES, E.C.L. **Revisão do diagnóstico angústia espiritual**. 2008. 255f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CHIANCA, T.C.M.; Validation of the nursing interventions for patients with impaired physical mobility related to medullar lesion. In: NANDA I INTERNATIONAL CONFERENCE, 2008, Miami. **Program and Abstracts...** Miami, 2008.

CHIMBIRA, W.; SWEENEY, B.P.; The effect of smoking on postoperative nausea and vomiting. **Anaesthesia**, London, v.55, p.540-544, 2000.

CHOI, D.H. et al. A Korean predictive model for postoperative nausea and vomiting. **Journal of Korean Medical Science**, Seoul, v.20, p.811-815, 2005

CLOSS, S.J.; CHEATER, F.M. Evidence for nursing practice: a clarification of the issues. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.30, n.1, p.907-938, 1999.

COHEN, M.M. et al. The postoperative interview: assessing risk factors for nausea and vomiting. **Anesthesia and Analgesia**, Cleveland, v.78, n.1, p.7-16, 1994.

COLOMA, M. et al. Comparison of acustimulation and ondansetron for the treatment of established postoperative nausea and vomiting. **Anesthesiology**, New York, v.97, n.6, p.1387-1392, 2002.

CORRÊA, C.G. **Dor: validação clínica no pós-operatório de cirurgia cardíaca**. 1997. 128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

CUBAS, M.R.; EGRY, E.Y. Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC®. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n.1, p. 181-186, 2008.

CYRILLO, R.M.Z. et al. Fatores de risco de quedas: validação dos agentes comunitários de saúde. In: INTERNATIONAL CONGRESS NANDA-I, 2010, Madrid. **Program and Abstracts...** Madrid, 2010.

DEANE-VALENTINE, Y. An Audit of nausea and vomiting in post anaesthetic care unit. **British Journal of Anaesthetic & Recovery Nursing**, Cambridge, v.6, n.1, p. 4-6, 2005.

EBERHART, L.H.J. et al. Patient preferences for immediate postoperative recovery. **British Journal of Anaesthesia**, London, v.89, n.5, p.760-761, 2002.

EKINCI, O. et al. A randomized comparison of droperidol, metoclopramide, tropisetron, and ondansetron for the prevention of postoperative nausea and

vomiting. **Gynecologic and obstetric investigation**, New York, v. 71, n.1, p. 59-65, 2011.

ELSADR, C.B.; NOUREDDINE, S.; KELLEY, J. Concept analysis of loneliness with implications for nursing diagnosis. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Philadelphia, v. 20, n.1, p. 25-33, 2009.

FALAN, S. Concept analysis of similarity applied to nursing diagnoses: implications for educators. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Philadelphia, v. 21, n.4, p. 144-155, 2010.

FARO, A.C.M. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.31, n.1, p.259-73, 1997.

FEHRING, R.J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart & Lung: the journal of critical care**, St Louis, v.16, n.6, p.625-629, 1987.

FEHRING, R.J. The Fehring model. In: CARROL-JONHNSON, R.M.; PAQUETE, M. (Ed) **Classification of nursing diagnoses**: proceedings of the Tenth Conference. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1994. p.55-62.

FERREIRA, A.B. de H. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3 ed. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira; 1999.

FERREIRA, P.; JUVENALE, M. New nomination for existing NANDA I Diagnosis "Disturbed personal identity" and its content validation as behavior. In: NANDA I INTERNATIONAL CONFERENCE, 2008, Miami. **Program and Abstracts...** Miami, 2008.

FERRERA-LOVE, R.; SEKERES, L.; BIRCHER, N.G. Nonpharmacologic treatment of postoperative nausea. **Journal of Perianesthesia Nursing**, Philadelphia, v.11, n.6, p.378-383, 1996.

FILHO, L.L.M. et al. Impacto da avaliação pré-anestésica sobre a ansiedade e a depressão de pacientes cirúrgicos com câncer. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 56, n.2, p.126-136, 2006.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E. MCHUGH, P.R. Mini-mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **Journal of Psychiatric Research**, Oxford, v.12, p. 189-198, 1975.

GALDEANO, L.E. **Validação do diagnóstico de Enfermagem Conhecimento deficiente em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio**. 2007, 151f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GALDEANO, L.E.; PENICHE, A.C.G. Tipos e riscos anestésicos. In: CARVALHO, R.; BIANCHI, E.R.F. (Org). **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação**. 1ed. Barueri: Manole, 2007. Cap. 12, p. 218-239.

GALDEANO, L.E.; ROSSI, L.A.; PENICHE, A.C.G. Assistência de enfermagem na recuperação anestésica. In: CARVALHO, R.; BIANCHI, E.R.F. (Org). **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação**. 1ed. Barueri: Manole, 2007. Cap. 15, p. 267-298.

GALDEANO, L.E.; ROSSI, L.A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Ciencia, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.5, n.1, p.60-66, 2006.

GAN, T.J. et al. Consensus guidelines for managing postoperative nausea and vomiting. **Anesthesia and Analgesia**, Cleveland, v. 97, p.32-71, 2003.

GAN. T.J. Risk factors for postoperative nausea and vomiting. **Anesthesia and Analgesia**, Cleveland, v. 102, p.1884-98, 2006.

GARCIA, T.R. Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.11, n.3, p.24-31, 1998.

GARRET, K. et al. Managing nausea and vomiting. **Critical Care Nurse**, Bridgewater, v. 23, n.1, p.31-52, 2003.

GOLEMBIEWSKI, J.A.; O'BRIEN, D.O. A systematic approach to the management of postoperative nausea and vomiting. **Journal of Perianesthesia Nursing**, Philadelphia, v.17, n.6, p.364-376, 2002.

GONDIM, C.R.N. et al. Prevenção e tratamento de náuseas e vômitos no período pós-operatório. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.89-95, 2009

GORDON, M.; SWEENEY, M.A. A methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnosis. **Advances in Nursing Science**, v.2, n.1, p.1-15, 1979.

GORIS, J.A.G.; CLIMENTS, G.D. Diagnostic content validity of sedentary lifestyle: the Spanish validation. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Philadelphia, v.17, n.1, p. 35, 2006.

GRANT, J.; KINNEY, M. GUZZETTA, C. A methodology for validating nursing diagnoses. **Advances in Nursing Science**, Germantown, v.12, n.3, p.65-74, 1990.

GREEN, P.M.; POLK, L.V. Contamination: concept analysis and nursing implications. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Philadelphia, v.20, n.4, p.189-197, 2009.

GUIMARÃES, H.C.Q.C.P.; BARROS, A.L.B.; GUTIERREZ, A.G.R. Identificação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem excesso de volume de líquido. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.2, p.68-73, 2000.

GURKOVÁ, E.; ZIAKOVÁ, K.; CAP, J. Content validation of Hopelessness in Slovakia and Czech Republic. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Philadelphia, v. 22, n.1, p.33-39, 2011.

GUYTON, A.C; HALL, J.E. **Tratado de fisiologia médica**. Tradução Bárbara de Alencar Martins et al. 11 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HABIB, A.S. et al. Transcutaneous acupoint electrical stimulation with the ReliefBand for the prevention of nausea and vomiting during and after cesarean delivery under spinal anesthesia. **Anesthesia and Analgesia**, Cleveland, v. 102, n.2, p.581-584, 2006.

HARMON, D. et al. Acupressure and the prevention of nausea and vomiting after laparoscopy. **British Journal of Anaesthesia**, London, v. 82, n.3, p. 387-390, 1999.

HARMON, D. et al. Menstrual cycle irregularity and the incidence of nausea and vomiting after laparoscopy. **Anaesthesia**, London, v. 55, p.1164-1167, 2000.

HARTSELL, D.; LONG, D.; KIRSCH, J.R. The efficacy of postoperative ondansetron (Zofran) orally disintegrating tablets for preventing nausea and vomiting after acoustic neuroma surgery. **Anesthesia and analgesia**, Cleveland, v. 101, n.5, p. 1792-1496, 2005

HOSKINS, L.M. Clinical validation methodologies for nursing diagnosis research. In: CARROLL JOHNSON, R.M. et al. (Ed) **Classification of nursing diagnoses**:

proceedings of the eight conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: Lippincott. Cap.19, 1989, p.126-131.

HOSKINS, L.M. How to do validation study. In: RANTZ, R.M.; LeMONE, P. (Eds). **Classification of the nursing diagnosis**: proceedings of the twelfth conference. Glendale: Lippincott, 1997. p. 76-86.

HOUAISS, A. **Mini dicionário HOUAISS da língua portuguesa**. 4 ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2010.

JAFFE, S.M. et al. Postoperative nausea and vomiting in women following breast surgery: an audit. **European Journal of Anaesthesiology**, Oxford, v.17, p.261-264, 2000.

JANICKI, P.K. et al. Genome-wide association study using pooled DNA to identify candidate markers mediating susceptibility to postoperative nausea and vomiting, **Anesthesiology**, New York, v. 115, n. 1, p. 54-64, 2011.

JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde**. Tradução Fernando Diniz Mundim e colaboradores. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

JOLLEY, S. Post-operative nausea and vomiting: a survey of nurses' knowledge. **Nursing Standart**, London, v.14, n.3, 32-34, 2000.

JUCHEM, B.C. et al. Standards to select the experts for validation studies of nursing diagnosis, outcomes and interventions in Brazil. In: INTERNATIONAL CONGRESS NANDA-I, 2010, Madrid. **Program and Abstracts...** Madrid, 2010.

JUNGER, A. et al. The use of an anesthesia information management system for prediction of antiemetic rescue treatment the postanesthesia care unit. **Anesthesia and Analgesia**, Cleveland, v. 92, p.1203-1209, 2001.

KILLEEN, M.; KOLCABA, K. Translating theory and research into practice: domain 12 comfort. In: NANDA I INTERNATIONAL CONFERENCE, 2008, Miami. **Program and Abstracts...** Miami, 2008.

KOLCABA, K. **Comfort Theory and Practice**: a vision for holistic health care. New York: Springer, 2003.

KOLKABA, K.; DIMARCO, M.A. Comfort theory and its application to pediatric nursing. **Pediatric Nursing**, Pitman, v. 31, n.3, p. 187-194, 2005.

KONTRIMAVICIUTE, E; BAUBLYS, A.; IVASKEVICIUS, J. Postoperative nausea and vomiting in patients undergoing total abdominal hysterectomy under spinal anaesthesia: a randomized study of ondansetron prophylaxis. **European Journal of Anaesthesiology**, Oxford, v. 22, p.504-509, 2005.

KURI, M. et al. Determination of the duration of preoperative smoking cessation to improve wound healing head and neck surgery. **Anesthesiology**, New York, v. 102, p. 892-896, 2005.

LAGES, N. et al. Náuseas e Vômitos no pós-operatório: uma revisão do pequeno grande problema. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v.55, n.5, p.575-585, 2005.

LARSSON, S.; LUNDBERG, D. A prospective survey of postoperative nausea and vomiting with special regard to incidence and relations to patient characteristics, anesthetic routines and surgical procedures. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, Aarhus, v. 39, n.4, p.539-545, 1995.

LEMOS, P. et al. Poderemos encontrar factores predictivos de vômitos no pós-operatório de cirurgia em regime de ambulatório? **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v. 21, p. 335-340, 2008.

LESLIE, K. et al. Risk factors for severe postoperative nausea and vomiting in a randomized trial of nitrous oxide-based vs nitrous oxide-free anaesthesia. **British Journal of Anaesthesia**, London, v.101, n.4, p. 498–505, 2008.

LEVIN, R. Who are the experts? A commentary on nursing diagnosis validation studies. **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v.12, n.1, p. 29-32, 2001.

LEWTHWAITE, B.J. What do nurses know about post-operative nausea and vomiting? **MEDSURG Nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses**, Pitman, v.18, n.2, p.110-114, 2009.

LIU, Y. et al. Evaluation of Transcutaneous electroacupoint stimulation with the train-of-four mode for preventing nausea and vomiting after laparoscopic cholecystectomy. **Chinese Journal of Integrative Medicine**, Beijing, v.14, n.2, p. 94-97, 2008.

LOBIONDO-WOOD, G. HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**. Métodos, avaliação crítica e utilização. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. ISBN: 85-363-0085-X.

MARCELINO, A.A.; PENICHE, A.C.G. Complicações no período pós-operatório de cirurgias videolaparoscópicas. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n.3, p.280-286, 2002.

MARCOLINO, J.A.M. et al. Escala Hospitalar de Ansiedade de Depressão: estudo de validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 57, n.1, p. 52-62, 2007.

MARTINS, Q.C.S.; ALITI, G.; RABELO, E.R. Decreased Cardiac Output: Clinical Validation in Patients With Decompensated Heart Failure. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Philadelphia v. 21, n.4, p.156-165, 2010.

MATTILA, K. et al. Postdischarge symptoms after ambulatory surgery: first-week incidence, intensity, and risk factors. **Anesthesia and Analgesia**, Cleveland, v.101, p.1643-1650, 2005.

MAZALOVA, L. Clinical validation of the nursing diagnosis, fear in pediatric nursing care. In: NANDA I INTERNATIONAL CONFERENCE, 2012, Houston. **Program and Abstracts...** Houston, 2012.

MAZONI, S.R.; CARVALHO, E.C. Review of the acute pain diagnosis for situation of labor pain. In: INTERNATIONAL CONGRESS NANDA-I, 2010, Madrid. **Program and Abstracts...** Madrid, 2010.

MCCRACKEN, G.; HOUSTON, P.; LEFEBVRE, G. Guideline for the management of postoperative nausea and vomiting. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, Toronto, v.30, n. 7, p.600-607, 2008.

MCFALL, L.; JOHNSON, V.A. Shame: concept analysis. **The Journal of Theory Construction & Testing**, Lisle, v. 13, n.2, p. 57-63, 2009.

MELO, A.S. **Validação dos diagnósticos de enfermagem disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes**. 2004. 234f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MENDES, M.N.; MONTEIRO, R.S.; MARTINS, F.A.N.C. Profilaxia de náuseas e vômitos pós-operatórios em obesos mórbidos submetidos à gastroplastias por Laparoscopias. Estudo comparativo entre três métodos. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v.59, n.5, p.570-576, 2009.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M. **Classificação dos resultados de enfermagem**. Tradução Marta Avena. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. ISBN: 978-85-363-1323-8.

MORAES, L.O.; PENICHE, A.C.G. Assistência de enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.37, n.4, p.34-42, 2003.

MOTA, D.D.C de F.; CRUZ, D.A.L.M.; PIMENTA, C.A.P. Fadiga: uma análise de conceito. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.18, n.3, p.285-93, 2005.

MOTTA, V.T.; OLIVEIRA FILHO, P.F. **SPSS – Análise de dados biomédicos**. Rio de Janeiro: MEDBOOK editora Científica Ltda, 2009.

MYLES, P.S. et al. Avoidance of Nitrous Oxide for Patients Undergoing Major Surgery. **Anesthesiology**, New York, v. 107, p. 221-231, 2007.

NOBRE, M.R.C.; BERNARDO, W.M.; JATENE, F.B. A prática clínica baseada em evidências. Parte I – Questões clínicas bem construídas. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n.4, p. 445-449, 2003.

NÓBREGA M.M.L.; GUTIÉRREZ M.G.R. Sistemas de classificação em enfermagem: avanços e perspectivas. In: GARCIA, T.R.; NÓBREGA M.M.L. (org). **Sistemas de classificação em enfermagem**: um trabalho coletivo. João Pessoa, Idéias, 2000.

NOBREGA, M.M.L.; GARCIA, T.R. Perspectivas de incorporação da classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®) no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.58, n. 2, p. 227-230, 2005.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATIONS (Org.) **NANDA I - Diagnósticos de enfermagem**: definições e classificação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATIONS (Org.) **NANDA I - Diagnósticos de enfermagem**: definições e classificações. Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATIONS (Org.) **NANDA I - Diagnósticos de enfermagem**: definições e classificações. Porto Alegre: Artes Médicas, 2010. ISBN: 978-85-363-2104-2.

NUNLEY, C.; WAKIM, J.; GUINN, C. The effects of stimulation of acupressure point P6 on postoperative nausea and vomiting: a review of literature. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, Philadelphia, v. 23, n.4, p. 247-261, 2008.

OLIVA, A.P.V. **Diagnóstico de débito cardíaco diminuído: validação clínica no pós-operatório de cirurgia cardíaca**. 2000. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

OLIVEIRA, N. M. S.; CHIANCA, T.; RASSOOL, G.H. A validation study of the nursing diagnosis anxiety in Brazil. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Philadelphia, v. 19, n.3, p. 102-110, 2008.

OLIVEIRA, N.M.S. **Diagnóstico de enfermagem de ansiedade: validação das características definidoras**. 2001. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília, DF: LabPAM, 1999. IBSN: 85-900993-1-8.

PEREIRA, N.A.M. **Tumores das glândulas salivares major**. 2011. 93f. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) – Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2011.

PILEGGI, S.O. **Validação clínica do diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz de vias aéreas de crianças e adolescentes submetidos à correção cirúrgica de cardiopatia congênita**. 2007. 224f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Tradução Ana Thorell. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. Cap.8, p. 164-198. ISBN 85-7307-984-3.

POMPEO, D.A. **Diagnóstico de enfermagem náusea em pacientes no período pós-operatório imediato: revisão integrativa da literatura**. 2007. 184f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

POMPEO, D.A. et al. Intervenções de enfermagem para náusea e vômito no período pós-operatório imediato. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n.2, p. 191-198, 2007.

POMPEO, D.A.; ROSSI, L.A. Análise de conceito do diagnostico de enfermagem náusea . In: NANDA INTERNATIONAL 2011 LATIN SYMPOSIUM, 2011, São Paulo. **Anais eletrônico...** São Paulo, 2011a.

POMPEO, D.A.; ROSSI, L.A. Análise de conceito do diagnostico de enfermagem náusea . In:XI Conferência Ibero americana de Educação em Enfermagem. 2011, Coimbra/Portugal. **Referência – Revista de Enfermagem III série – suplemento...** Coimbra 2011b.

POMPEO, D.A.; ROSSI, L.A.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: etapa inicial do proceso de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.4, p.434-8, 2009.

PONTES, M.L.V. **Validação do diagnóstico de enfermagem déficit de volume de líquidos na criança**. 1996. 66f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1996.

PORTH, C.M.; KUNERT, M.P. **Fisiopatologia**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2004. B1451p.

PORTO, C.C. **Exame clínico**: bases para a prática médica. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 508p. ISBN: 978-85-277-1382-5.

POSSARI, J.F. **Centro Cirúrgico: planejamento, organização e gestão**. 4 ed. São Paulo: latria, 2009. 288p. ISBN 978-85-7614-057-3.

RIMAITIS, k.; SVITAJUTE, A.; MACAS, A. The influence of dexamethasone and ketolgan on postoperative nausea and vomiting and estimation of risk factors in women undergoing gynecologic laparoscopic surgeries. **Medicina (Kaunas)**, Kaunas, v.46, n.4, p.261-7, 2010.

ROBERTS, G.M. et al. Postoperative nausea and vomiting are strongly influenced by postoperative opioide use in a dose-related manner. **Anesthesia and Analgesia**, Cleveland, v.101, p. 1343-1348, 2005.

RODGERS, B.L. Philosophical foundations of concept development. In: RODGERS, B.L. KNAFL, K.A. **Concept development in nursing – foundations, techniques, and applications**. 2nd. Philadelphia: Saunders, p.7-37, 2000.

ROTHER.T. Revisão sistemática versus revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n.2, p.V-VI, 2007. Editorial.

RÜSCH, D. et al. Prospective application of a simplified risk score to prevent postoperative nausea and vomiting. **Canadian Journal of Anaesthesia**, Toronto, v. 52, n.5, p. 478-484, 2005.

RÜSCH, R. et al. Nausea and vomiting after surgery under general anesthesia. **Deutsches Arzteblatt International**, Cologne, v.107, n.42, p. 733-41, 2010.

SADIGHHA, A.; NURAI, N. Acupressure wristbands versus metoclopramida for the prevention of postoperative nausea and vomiting. **Annals of Saudi Medicine**, Riyadh, v. 28, n.4, p. 287-291, 2008.

SALOTTI, S.R.A. **Elaboração e validação do diagnóstico de enfermagem: proteção ineficaz pelos anexos oculares**. 2005. 65f. Mestrado (Mestrado em Ciências) – Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, São Paulo, 2005.

SANTANA, M.E.; SAWADA, N.O. O paciente laringectomizado total: validação das características definidoras para o diagnóstico de enfermagem comunicação prejudicada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.55, n.6, p.658-663, 2002.

SANTOS, E. Analyses of the concept risk. In: NANDA I INTERNATIONAL CONFERENCE, 2008, Miami. **Program and Abstracts...** Miami, 2008.

SANTOS, I.A.R. Validation of the defining characteristics of nursing diagnosis ineffective airway clearance in neonates admitted to a neonatal intensive care units In: NANDA I INTERNATIONAL CONFERENCE, 2012, Houston. **Program and Abstracts...** Houston, 2012.

SCHANTZ, M.L. Compassion: a concept analysis. **Nursing Forum**, Auckland, v. 42, n. 2, p. 48-55, 2007.

SCHMIDT, A.; BAGATINI, A. Náusea e vômito pós-operatório: fisiopatologia, profilaxia e tratamento. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v.47, n.4, p.326-334, 1997.

SCHNAIDER, T.B; VIEIRA, A.M.; BRANDÃO, A.C.A. Estudo comparativo de antieméticos e suas associações na prevenção de náuseas e vômitos pós-operatórios, em pacientes submetidas a procedimentos cirúrgicos ginecológicos. **Revista Brasileira de anestesiologia**, Rio de Janeiro, v.58, n.6, p.614-622, 2008.

SCHNEIDER, D.R. A náusea e a psicologia clínica: interações entre literatura e filosofia em Sartre. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, 2006.

SCHULTZ, A.A. et al. Comparison of acupressure bands and droperidol for reducing post-operative nausea and vomiting in gynecologic surgery patients. **Applied Nursing Research**, Philadelphia, v.16, n. 4, p. 256-265, 2003.

SENER, E.B. et al. Effects of menstrual cycle on postoperative analgesic requirements, agitation, incidence of nausea and vomiting after gynecological laparoscopy. **Gynecologic and Obstetric Investigation**, New York, v. 59, p.49-53, 2005

SHIAO, S.P.K.; DIBBLE, S.L. Metaanalyses of acustimulation effects on nausea and vomiting across different patient populations: a brief overview of existing evidence. **Explore (NY)**, New York, v.2, n.3, p.200-201, 2006.

SILVA, R.C.G. et al. Ineffective peripheal tissue perfusion: clinical validation in patients with hypertensive cardiomiopathy. **Internacional Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Philadelphia, v.17, n.2, p.97-107, 2006.

SINCLAIR, D.R.; CHUNG, F; MEZEI, G. Can postoperative nausea and vomiting be predicted? **Anesthesiology**, New York, v.91, p.109-118, 1999.

SONNER, J.M.et al. Nausea e vomiting following thyroid and parathyroid surgery. **Journal of Clinical Anesthesia**, Stoneham, v.9, p.398-402, 1997.

SOUZA, E.N. et al. Clinical comparison of patients with refractory angina with and without the nursing diagnosis of activity intolerance. . In: NANDA INTERNATIONAL 2011 LATIN SYMPOSIUM, 2011, São Paulo. **Anais eletrônico...** São Paulo, 2011.

SOUZA, P. Differential diagnostic validation of impaired memory and chronic confusion. In: NANDA I INTERNATIONAL CONFERENCE, 2012, Houston. **Program and Abstracts...** Houston, 2012.

STADLER, M. et al. Difference in risk factors for postoperative nausea and vomiting. **Anesthesiology**, New York, v.98, n.1, p.46-52, 2003.

SURIANO, M.L. et al. Levantamento dos principais sinais e sintomas relacionados ao diagnóstico de enfermagem medo e ansiedade no pré-operatório de pacientes agendados para gastrocirurgia eletiva. In: NANDA INTERNATIONAL 2011 LATIN SYMPOSIUM, 2011, São Paulo. **Anais eletrônico...** São Paulo, 2011.

TAKAHASHI, A.A. et al. Dificuldades de facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n.1, p. 32-38, 2008.

TALESH, K.T.; MOTAMEDI, M.H.; KAHNAMOUII, S. Comparison of ondansetron and metoclopramide antiemetic prophylaxis in maxillofacial surgery patients. **Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics**, St Louis, v.111, n.3, p. 275-277, 2011.

TANG, J.H.C. Nausea: a nursing diagnosis validation study. **Internacional Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Philadelphia, v.17, n.1, p.57, 2006.

TEIXEIRA, C.R.S. et al. Validação de intervenções de enfermagem em pessoas com diabetes mellitus. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n.1, p. 173-179, 2011.

THOMAZINI, J.O. **Incontinência urinária de esforço: análise de conceito**. 2011. 90f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.

THOMPSON, C. et al. Nurses, information use, and clinical decision making-the real world potencial for evidence-based decisions in nursing. **Evidence Based Nursing**, Harrow, v.7, n.3, p.68-72, 2004.

THOMPSON, H.J. Fever: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 51, n.5, p. 484-492, 2005.

THOMPSON, H.J. The management of post-operative nausea and vomiting. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.29, n.5, p.1130-1136, 1999.

TURGUT, S. et al. Acupressure for postoperative nausea and vomiting in gynaecological patients receiving patient-controlled analgesia. **European Journal of Anaesthesiology**, Oxford, v. 24, p. 87-91, 2007.

VARAEI, S. et al. Iranian nurses self-perception – factors influencing nursing image. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 20, p. 551-560, 2012.

VENDER, J. S.; SPIESS, B. D. **Recuperação pós-anestesia**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. p. 383.

WALKER, L.O.; AVANT, K.C. **Strategies for theory construction in nursing**, 4th ed. United States of America. Pearson Prentice Hall, 2005. 227p. ISBN 978-0131191266.

WHALEN, F. et al. Recent smoking behavior and postoperative nausea and vomiting. **Anesthesia and Analgesia**, Cleveland, v.103, n.1, p. 70-75, 2006.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.52, n.5, p.546-53, 2005.

WIETECK, P.; MOSEBACH, H.; BERGER, S. Content validity of nursing language exemplified using ENP-NANA mapping. In: NANDA I INTERNATIONAL CONFERENCE, 2008, Miami. **Program and Abstracts...** Miami, 2008.

WILSON, L.; KOLKABA, K.; Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. **Journal of Perianesthesia Nursing**, Philadelphia, v.19, n.3, p. 164-173, 2004.

WON, Y.J. et al. The incidence of postoperative nausea and vomiting after thyroidectomy using three anaesthetic techniques. **The Journal of international Medical Research**, Northampton, v.39, n.5, p. 1834-1842, 2011.

YANG, L.P.H; SCOTT, L. Palonosetron: in the prevention of nausea and vomiting. **Drugs**, New York, v. 69, n.16, p. 2257-2278, 2009.

YU-YONG, L. et al. Evaluation of Transcutaneous electroacupoint stimulation with the train-of-four mode for preventing nausea and vomiting after laparoscopy cholecystectomy. **Chinese Journal of Integrative Medicine**, Beijing, v. 14, n.2, p. 94-97, 2008.

ZEITOUN, S.S. **Validação clínica dos sinais e sintomas e comportamento dos diagnósticos de enfermagem respiratórios em pacientes sob ventilação mecânica invasiva**. 2005. 222p. Doutorado – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

ZEITZ, K.; McCUTCHEON, H.; ALBRECHT, A. Postoperative complications in the first 24 hours: a general surgery audit. **Journal Advanced Nursing**, Oxford, v.46, n.6, p.633-640, 2004.

ZIGMOND, A.S.; SNAITH, R.P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v.67, p. 361-370, 1983.

APÊNDICE A - Instrumento De Coleta De Dados – Validação de Conteúdo

Prezado (a) Enfermeiro (a),

Estamos realizando um estudo denominado “**Validação do diagnóstico de enfermagem Náusea no período pós-operatório imediato**”, com o objetivo de validar e aperfeiçoar o referido diagnóstico. Essa proposta surgiu após a conclusão da Dissertação de Mestrado intitulada “Diagnóstico de enfermagem Náusea em pacientes no período pós-operatório imediato: revisão integrativa da literatura”, disponível no site: www.teses.usp.br

Para sua colaboração, pedimos a gentileza de responder o instrumento, cujo objetivo é realizar a validação por especialistas, devendo-se levar em consideração a adequação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Náusea, bem como a pertinência do seu enunciado, definição e disposição na estrutura taxonômica proposta pela NANDA-I.

O instrumento é composto por duas partes, sendo a primeira relacionada à identificação e caracterização do respondente e, a segunda, à validação do diagnóstico de enfermagem em questão.

Todo o material deverá ser devolvido, com exceção de uma das cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que deverá ficar com você. O material devidamente preenchido deverá ser colocado dentro do envelope selado, lacrado e encaminhado à postagem no prazo, se possível, de 20 dias a contar da data do recebimento do mesmo. Esse material, caso seja a sua preferência, também poderá ser devolvido por e-mail (O TCLE deve ser escaneado com a sua assinatura e o instrumento enviado no próprio documento ou em formato PDF). O endereço eletrônico para envio é: dalcala@eerp.usp.br

Agradecemos a sua valiosa contribuição e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Doutoranda: Daniele Alcalá Pompeo (dalcala@eerp.usp.br)

Orientadora: Dra. Lídia Aparecida Rossi (rizzardo@eerp.usp.br)

PARTE 1: CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

1. Idade (anos): _____
2. Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
3. Tempo de exercício profissional (em anos): _____
4. Atividade profissional (poderão ser marcadas uma ou mais opções):
☐ Ensino ☐ Pesquisa ☐ Assistência ☐ Outra – Especificar _____
5. Área de atuação profissional (poderão ser marcadas uma ou mais opções):
☐ Enfermagem perioperatória ou Clínica cirúrgica ☐ Diagnóstico de Enfermagem
☐ Outra – Especificar: _____
6. Seu Trabalho de Conclusão de Curso ou Monografia de Graduação refere-se aos temas “diagnósticos de enfermagem e/ou período perioperatório”?
☐ sim ☐ não ☐ Não realizei
7. Cursou especialização?
☐ sim ☐ não
Qual (is)? _____
8. Em caso positivo, seu (s) Trabalho (s) de Conclusão de Curso de Especialização refere-se/ referem-se aos temas “diagnósticos de enfermagem e/ou período perioperatório”?
☐ sim ☐ não
9. Cursou mestrado?
☐ sim ☐ não
10. Em caso afirmativo, sua dissertação envolve os temas “diagnóstico de enfermagem e/ou período perioperatório”?
☐ sim ☐ não
11. Cursou de doutorado?
☐ sim ☐ não
12. Em caso positivo, sua tese envolve os temas “diagnóstico de enfermagem e/ou período perioperatório”?
☐ sim ☐ não
13. Possui trabalhos publicados em periódicos sobre os temas “diagnóstico de enfermagem e/ou período perioperatório”?
☐ sim. Quantos? _____ ☐ não
14. Possui trabalhos apresentados em eventos científicos sobre os temas “diagnóstico de enfermagem e/ou período perioperatório”?
☐ sim. Quantos? _____ ☐ não
15. Em sua prática clínica identifica diagnósticos de enfermagem cotidianamente?
☐ sim ☐ não
Em caso afirmativo qual classificação utiliza?
☐ NANDA-I ☐ CIPE ☐ Omaha ☐ outra – Especificar: _____

16. Já identificou o diagnóstico de enfermagem Náusea em sua prática clínica?

() Nunca () Poucas vezes () Frequentemente () Sempre

Se nunca, por quê? _____

17. Outras considerações que julgar pertinente. _____

PARTE 2: VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NÁUSEA

1. O primeiro item se refere ao ENUNCIADO do diagnóstico “Náusea”. Na tabela abaixo, a coluna da esquerda apresenta o enunciado proposto pela NANDA-I, a coluna do centro é destinada à sua opinião quanto à concordância do mesmo e, a da direita, contém um espaço destinado a comentários.

<p>Enunciado proposto pela NANDA-I (2010)</p> <p>Náusea</p>	<p>() concordo</p> <p>() concordo parcialmente</p> <p>() não concordo</p>	<p>Comentários:</p>
---	--	---------------------

2. A definição de um diagnóstico deve ser consistente com o título, oferecendo uma descrição clara e precisa do conceito. Leia atentamente a DEFINIÇÃO do diagnóstico de enfermagem Náusea e dê a sua opinião. Na tabela abaixo, a coluna da esquerda apresenta a definição proposta pela NANDA-I, a coluna do centro é destinada à sua opinião quanto à concordância da mesma e, a da direita, contém um espaço destinado a comentários.

<p>Definição proposta pela NANDA-I (2010)</p> <p>Uma sensação subjetiva e desagradável, semelhante a uma onda, na parte de trás da garganta, no epigástrico ou no abdome, que pode levar ao impulso ou necessidade de vomitar.</p>	<p>() concordo</p> <p>() concordo parcialmente</p> <p>() não concordo</p>	<p>Comentários:</p>
--	--	---------------------

3. A estrutura taxonômica da NANDA-I é dividida em três níveis: domínios, classes e diagnósticos de enfermagem. Um domínio é uma esfera de atividade, estudo ou interesse; classe é uma subdivisão de um grupo maior por qualidade, classificação ou grau. A tabela seguinte apresenta na coluna da esquerda o domínio em que o diagnóstico de enfermagem Náusea está alocado e as classes pertencentes a este domínio. A coluna central é destinada a sua opinião e a da direita a comentários.

<p>Domínio proposto pela NANDA-I (2010)</p> <p>Domínio 12 – Conforto</p> <p>Sensação de bem-estar ou tranquilidade mental, física ou social</p>	<p>() concordo</p> <p>() concordo parcialmente</p> <p>() não concordo</p>	<p>Comentários:</p>
<p>Classes (NANDA-I, 2010)</p> <p>Classe 1 – Conforto Físico: Sensação de bem-estar ou tranquilidade e/ou estar livre da dor</p> <p>Classe 2 – Conforto Ambiental: Sensação de bem-estar ou tranquilidade no/com o próprio ambiente</p> <p>Classe 3 – Conforto Social: Sensação de bem-estar ou tranquilidade com a situação social</p>	<p>Você concorda que o diagnóstico de enfermagem náusea pertence à classe 1 – Conforto Físico?</p> <p>() concordo</p> <p>() concordo parcialmente</p> <p>() não concordo</p>	<p>Comentários:</p>

4. Com base no seu conhecimento e experiência profissional, assinale a opção que melhor represente a sua opinião em relação às características definidoras (CD) do diagnóstico de enfermagem Náusea. As respostas estão constituídas por cinco possibilidades, que correspondem ao grau que cada CD caracteriza a categoria diagnóstica Náusea em indivíduos adultos em pós-operatório.

- Assinale apenas uma alternativa para cada CD;
- Caso queira acrescentar CD diferentes das apresentadas, faça-o no final, no item sugestões, fundamentando a inclusão.

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS E SUA RESPECTIVA FUNDAMENTAÇÃO:**1. Relato de náusea**

Definição operacional: Paciente verbaliza sensação de mal-estar, enjoo, náusea e/ou vontade de vomitar.

() Nada pertinente	() Muito pouco pertinente	() De algum modo pertinente	() Muito pertinente	() MUITÍSSIMO pertinente
---------------------	----------------------------	------------------------------	----------------------	---------------------------

2. Salivação aumentada

Definição operacional: Produção de saliva em quantidade excessiva. Paciente verbaliza excesso de saliva na boca e/ou enfermeiro observa deglutição salivar em grande quantidade, ou ainda, se o paciente estiver com o nível de consciência reduzido ou com o reflexo de deglutição prejudicado, o enfermeiro poderá constatar saliva em excesso escorrendo pelo canto da boca do paciente.

() Nada pertinente	() Muito pouco pertinente	() De algum modo pertinente	() Muito pertinente	() MUITÍSSIMO pertinente
---------------------	----------------------------	------------------------------	----------------------	---------------------------

3. Aversão à comida

Definição operacional: Paciente verbaliza não conseguir comer e/ou assume comportamentos de aversão à comida, tais como: vira o rosto para o lado contrário da comida, meneia a cabeça em sinal negativo, apresenta expressão facial de nojo pela comida.

() Nada pertinente	() Muito pouco pertinente	() De algum modo pertinente	() Muito pertinente	() MUITÍSSIMO pertinente
---------------------	----------------------------	------------------------------	----------------------	---------------------------

4. Deglutição aumentada

Definição operacional: Deglutição é um ato reflexo e inconsciente. O paciente relata e/ou o enfermeiro observa engolimento/deglutição de saliva de forma abundante. A deglutição poderá ser observada inspecionando-se a região anterior do pescoço, em que o enfermeiro verificará uma elevação, como se fosse uma onda passando no sentido faringe-esôfago.

() Nada pertinente	() Muito pouco pertinente	() De algum modo pertinente	() Muito pertinente	() MUITÍSSIMO pertinente
---------------------	----------------------------	------------------------------	----------------------	---------------------------

5. Gosto amargo na boca

Definição operacional: Paciente verbaliza sentir um gosto amargo e desagradável na boca e/ou expressa tal sensação franzindo a testa, aproximando as sobrancelhas e mantendo expressão facial de nojo.

() Nada pertinente	() Muito pouco pertinente	() De algum modo pertinente	() Muito pertinente	() MUITÍSSIMO pertinente
---------------------	----------------------------	------------------------------	----------------------	---------------------------

6. Sensação de vômito

Definição operacional: Paciente relata desejo de vomitar e/ou enfermeiro observa espasmos do trato gastrointestinal superior em direção à boca. Neste momento, o paciente poderá inclinar-se para frente e levar a mão à boca.

() Nada pertinente	() Muito pouco pertinente	() De algum modo pertinente	() Muito pertinente	() MUITÍSSIMO pertinente
---------------------	----------------------------	------------------------------	----------------------	---------------------------

7. Palidez

Definição operacional: Paciente pálido, descorado. É caracterizada pela diminuição acentuada de fluxo sanguíneo no leito cutâneo. Atenuação ou desaparecimento da cor rósea da pele, podendo ser observada, principalmente na face e nas regiões palmoplantares.

() Nada pertinente	() Muito pouco pertinente	() De algum modo pertinente	() Muito pertinente	() MUITÍSSIMO pertinente
---------------------	----------------------------	------------------------------	----------------------	---------------------------

8. Taquicardia

Definição operacional: Paciente apresenta um aumento da frequência cardíaca (acima de 100bpm). A frequência cardíaca pode ser obtida por meio da ausculta do coração (focos pulmonar, aórtico, tricúspide e mitral), utilizando-se um estetoscópio, preferencialmente com a terminação campânula, ideal para sons suaves e de baixa frequência. A palpação do pulso periférico fornece o ritmo e a velocidade dos batimentos cardíacos, assim, a frequência cardíaca poderá ser mensurada por meio da palpação de artérias, sendo a mais utilizada a artéria radial, localizada na face flexora do punho, lateralmente ao osso rádio. Outras opções são as artérias braquiais, femorais, carótídeas, poplíteas e dorsais do pé.

() Nada pertinente	() Muito pouco pertinente	() De algum modo pertinente	() Muito pertinente	() MUITÍSSIMO pertinente
---------------------	----------------------------	------------------------------	----------------------	---------------------------

9. Diaforese

Definição operacional: Paciente apresenta eliminação abundante de suor. O enfermeiro poderá detectar a diaforese por meio da inspeção, em que a pele ficará com aspecto liso e úmido. Nas náuseas o paciente fica coberto de um suor frio.

() Nada pertinente	() Muito pouco pertinente	() De algum modo pertinente	() Muito pertinente	() MUITÍSSIMO pertinente
---------------------	----------------------------	------------------------------	----------------------	---------------------------

10. Sensação de calor e frio

Definição operacional: Paciente verbaliza sensação de calor e frio ou enfermeiro observa o paciente assumindo posição de frio (encolhimento), com ereção dos pêlos e arrepiamento da pele, associado a comportamentos de sensação de calor (retirada de cobertas, uso de ventiladores).

() Nada pertinente	() Muito pouco pertinente	() De algum modo pertinente	() Muito pertinente	() MUITÍSSIMO pertinente
---------------------	----------------------------	------------------------------	----------------------	---------------------------

APENDICE B - Refinamento do Instrumento de Coleta de Dados - Validação de Conteúdo

Prezado (a) Enfermeiro (a),

Estamos construindo um instrumento que será utilizado para realizar a validação de conteúdo, segundo o modelo de Fehring (1987)* do diagnóstico de enfermagem “Náusea” no período pós-operatório imediato. No momento, estamos realizando a validação de aparência e conteúdo do referido instrumento e, para isso, gostaríamos de contar com a sua contribuição, já que possui grande conhecimento e experiência clínica na área.

O modelo de validação de conteúdo diagnóstico proposto por Fehring (1987) consiste na obtenção de opiniões de profissionais expertos em determinado assunto em relação ao grau em que determinadas características definidoras representam um diagnóstico de enfermagem.

Os expertos selecionados a fazerem parte deste estudo, responderão a dois questionários. O primeiro se refere aos dados de identificação pessoal e profissional e, o segundo, aos dados de validação do diagnóstico de enfermagem Náusea.

Para expressarem sua opinião em relação ao enunciado, definição e estrutura taxonômica, os expertos deverão escolher uma entre três opções de respostas, que são: concordo, concordo parcialmente e não concordo, tendo a possibilidade de expressarem sugestões e comentários para cada um dos tópicos avaliados.

Para a análise das características definidoras e sua respectiva definição operacional, o experto deverá indicar uma entre cinco alternativas, a saber: nada pertinente, muito pouco pertinente, de algum modo pertinente, muito pertinente e muitíssimo pertinente. A opção escolhida deverá apontar o quanto cada característica definidora caracteriza o diagnóstico de enfermagem Náusea. Há um espaço para sugestões, comentários ou indicação de uma característica definidora não contemplada no instrumento.

A seguir, colocamos alguns questionamentos para direcioná-lo na avaliação do instrumento. As respostas poderão ser realizadas no verso desta folha e as alterações necessárias ou complementações e comentários podem ser realizados no próprio instrumento.

Obrigada pela sua colaboração,

Doutoranda: Daniele Alcalá Pompeo (dalcala@eerp.usp.br)

Orientadora: Dra. Lídia Aparecida Rossi (rizzardo@eerp.usp.br)

* FEHRING; R.J. Methods to validate nursing diagnosis. Heart & Lung, v. 16, n.6, p. 625-9, Nov, 1987.

QUESTIONAMENTOS PARA AVALIAÇÃO:

1. Exprese sua opinião em relação à forma de apresentação e conteúdo do instrumento.
2. Os dados de identificação pessoal e profissional são suficientes para caracterizar um profissional como experto em diagnóstico de enfermagem e/ou enfermagem perioperatória?
3. A avaliação do enunciado, definição e estrutura taxonômica é apresentada de forma clara e objetiva? As opções de respostas são suficientes para o experto expressar a sua opinião?
4. As características definidoras são suficientes para representar o diagnóstico de enfermagem Náusea?
5. Em sua opinião, existem outras características definidoras que poderiam ser acrescentadas no instrumento? Quais?
6. As definições operacionais estão descritas de forma clara e objetiva? Representam coerentemente as características definidoras?
7. Alguma alteração deverá ser feita para melhorar o instrumento?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Validação de Conteúdo

Prezado (a) colega,

Gostaria de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “Validação do diagnóstico de enfermagem Náusea no período pós-operatório imediato”, que tem como objetivos realizar a validação por especialistas e validação clínica do referido diagnóstico.

Caso aceite, você deverá responder um questionário constituído por duas partes, sendo a primeira de identificação e a segunda refere-se à sua avaliação sobre alguns componentes do diagnóstico de enfermagem Náusea. Esse material será enviado via e-mail ou correio, de acordo com a sua preferência.

Você não terá quaisquer despesas, benefícios ou direitos financeiros pela sua participação nesse estudo. Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, garantindo o seu anonimato. Poderá solicitar esclarecimento quando sentir necessidade e todas as informações por você fornecidas, assim como os resultados obtidos serão utilizados apenas para divulgação em reuniões e revistas científicas. Sua participação é voluntária e você poderá recusar-se a participar em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização ou prejuízo a sua pessoa.

Caso concorde em participar, é preciso assinar duas vias desse termo, sendo uma delas para você a outra para a pesquisadora.

Antecipadamente agradecemos e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Daniele Alcalá Pompeo

Pesquisadora Responsável

Contato: DANIELE ALCALÁ POMPEO. Endereço: Av Miguel Damha nº 1990; Village Damha; Mirassol –SP. Endereço eletrônico: dalcala@eerp.usp.br; Telefone (17) 8822-5212.

Projeto de Pesquisa submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. Fone: 17 – 3201-5813.

Consentimento de Participação:

Eu _____ RG/CPF: _____
abaixo assinado, concordo em participar do estudo Validação do diagnóstico de enfermagem Náusea no período pós-operatório imediato, sob a responsabilidade da pesquisadora Daniele Alcalá Pompeo, como sujeito voluntário.

_____ Data: ____/____/_____
Assinatura

APÊNDICE D – Instrumento de coleta de dados – Validação Clínica

PARTE 1 – IDENTIFICAÇÃO (período pré-operatório)		
Iniciais do nome:	Data entrevista: / /2011	Idade:
Registro no Hospital:	Procedência:	
Sexo: () M () F	Etnia: () branca () negra () parda () amarela	
Estado civil: () casado () solteiro () viúvo () amasiado () outros (especificar)		
Escolaridade: () nunca estudou () fundamental incompleto () fundamental completo () ensino médio incompleto () ensino médio completo () superior incompleto () superior completo () pós-graduação completa		
Profissão/ocupação:		
Diagnóstico médico pré-operatório:		
Doenças prévias (labirintite, doenças esofágicas, pancreáticas e gástricas, tumores, outras):		
Medicamentos em uso domiciliar (especificar os de uso esporádico e diário):		

PARTE 2 – FATOR RELACIONADO ÀS NVPO (período pré-operatório)		
Cirurgia proposta:	Data da cirurgia: / /	
Você recebeu informações sobre a cirurgia (ex: possível anestesia, centro cirúrgico, cuidados pós-operatórios, possíveis complicações)? () sim () não		
Qual o profissional que deu estas informações:		
Tempo de jejum:	Hidratação pele/mucosas: () hidratadas () ressecadas	
Sondagem: () SNG () SNE	Preparo intestinal: () sim () não	
Fumante: () sim () não	Tipo:	nº cigarros/tempo:
História de NV em outras cirurgias? () sim () não		
Cinetose (NV causados pelo movimento)? () sim () não		
História de enxaqueca? () sim () não		
Classificação ASA: () P1 () P2 () P3 () P4 () P5 () P6		
Peso:	Altura:	IMC:
Sinais vitais pré-operatórios: Pulso:	; T°:	FR: PAS:
Dor (especificar intensidade de 0 a 10 e localização):		
Ansiedade e depressão: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (anexa)		
FATOR RELACIONADO ÀS NVPO (período intraoperatório)		
Cirurgia realizada:	Data:	
Anestesia: () Geral inalatória () Geral endovenosa () Geral balanceada () Peridural () Raquianestesia	Intubação: () IOT () INT	
Início da anestesia:	Fim da anestesia:	
Início da cirurgia:	Fim da cirurgia:	
Hipotensão na indução anestésica (abaixo de 20% do valor pré-operatório): () sim () não		

MEDICAÇÕES UTILIZADAS NA SALA DE OPERAÇÃO				
N	DROGA	DOSAGEM	HORÁRIO	VIA DE ADM
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Alterações de sinais vitais no intra-operatório:
Balanço hídrico ao final da cirurgia:
Intercorrências no intra-operatório:
Outras considerações importantes:

FATOR RELACIONADO ÀS NVPO (período pós-operatório)	
COLETA DE DADOS NA RPA	COLETA DE DADOS NA ENFERMARIA
Admissão na RPA:	Admissão na Enfermaria:
Náusea: () sim () não	Náusea: () sim () não
Vômito: () sim () não	Vômito: () sim () não
Movimentação: () sim () não	Movimentação: () sim () não
Alimentação oral: () sim () não	Alimentação oral: () sim () não
Odores nocivos: () sim () não	Odores nocivos: () sim () não
Estímulo visual desagradável: () sim () não	Estímulo visual desagradável: () sim () não
Alta da RPA:	
Considerações importantes (inserir os horários de ocorrência náuseas e vômitos e intensidade):	
Intensidade da Náusea (escala de 4 pontos*): (1) (2) (3) (4)	
* 1: sem náusea; 2: náusea leve; 3: náusea moderada; 4: náusea intensa	

Hora	Pulso	T ^o	PAS	FR

Medicações utilizadas no pós-operatório imediato				
N	DROGA	DOSAGEM	HORÁRIO	VIA DE ADM
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Outras considerações importantes:

PARTE 3 – Características Definidoras de natureza fisiológica (período pós-operatório)
Relato de náusea: () sim () não
Salivação aumentada: () sim () não
Aversão à comida: () sim () não
Deglutição aumentada: () sim () não
Gosto amargo na boca: () sim () não
Sensação de vômito: () sim () não
Diaforese () sim () não
Palidez: () sim () não
Taquicardia (FC acima de 100bpm): () sim () não
Sensação de calor e frio: () sim () não
Alterações de PAS (acima ou abaixo de 20% valor pré-operatório): () sim () não
Dilatação pupilar (acima de 4 mm): () sim, OD () sim, OE () não
Aumento dos movimentos respiratórios: () sim () não

PARTE 3 – Características Definidoras de natureza cognitivo/afetivas (Pós-operatório)

Este instrumento de coleta de dados tem o objetivo de verificar a sua opinião sobre sentimentos e sensações que ocorreram com o (a) senhor (a) quando sentiu náuseas (enjôo) depois da cirurgia.

São cinco as possibilidades de respostas e o (a) senhor (a) deverá marcar um “x” na opção que melhor represente o que sentiu no momento que vivenciou a náusea ou enjôo.

() Este item é muitíssimo característico ou verdadeiro para mim	() Este item é muito característico ou verdadeiro para mim	() Este item é de algum modo característico ou verdadeiro para mim	() Este item é pouco característico ou verdadeiro para mim	() Este item não é característico ou verdadeiro para mim
--	---	---	---	---

Solicito que leia atentamente aos itens e responda o instrumento de acordo com a sua opinião. Marque apenas uma possibilidade de resposta para cada item e lembre-se que não há resposta certa ou errada, apenas estamos interessados em sua opinião.

Muito obrigada.

ITENS PARA A AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Item 1. Falei para uma ou mais pessoas que estava sentindo náusea.

() Este item é muitíssimo característico ou verdadeiro para mim	() Este item é muito característico ou verdadeiro para mim	() Este item é de algum modo característico ou verdadeiro para mim	() Este item é pouco característico ou verdadeiro para mim	() Este item não é característico ou verdadeiro para mim
--	---	---	---	---

Item 2. Senti minha boca salivar mais do que o habitual

() Este item é muitíssimo característico ou verdadeiro para mim	() Este item é muito característico ou verdadeiro para mim	() Este item é de algum modo característico ou verdadeiro para mim	() Este item é pouco característico ou verdadeiro para mim	() Este item não é característico ou verdadeiro para mim
--	---	---	---	---

Item 3. Senti aversão pela comida ou senti nojo pela comida. Não tinha vontade de comer quando me ofereciam, sentia repulsa só de pensar em comer.

() Este item é muitíssimo característico ou verdadeiro para mim	() Este item é muito característico ou verdadeiro para mim	() Este item é de algum modo característico ou verdadeiro para mim	() Este item é pouco característico ou verdadeiro para mim	() Este item não é característico ou verdadeiro para mim
--	---	---	---	---

Item 4. A todo o momento tinha que engolir saliva.

() Este item é muitíssimo característico ou verdadeiro para mim	() Este item é muito característico ou verdadeiro para mim	() Este item é de algum modo característico ou verdadeiro para mim	() Este item é pouco característico ou verdadeiro para mim	() Este item não é característico ou verdadeiro para mim
--	---	---	---	---

Item 5. Senti um gosto amargo na boca.

() Este item é muitíssimo característico ou verdadeiro para mim	() Este item é muito característico ou verdadeiro para mim	() Este item é de algum modo característico ou verdadeiro para mim	() Este item é pouco característico ou verdadeiro para mim	() Este item não é característico ou verdadeiro para mim
--	---	---	---	---

Item 6. Senti calor e frio ao mesmo tempo

() Este item é muitíssimo característico ou verdadeiro para mim	() Este item é muito característico ou verdadeiro para mim	() Este item é de algum modo característico ou verdadeiro para mim	() Este item é pouco característico ou verdadeiro para mim	() Este item não é característico ou verdadeiro para mim
--	---	---	---	---

Item 7. Tive a sensação de que iria vomitar

() Este item é muitíssimo característico ou verdadeiro para mim	() Este item é muito característico ou verdadeiro para mim	() Este item é de algum modo característico ou verdadeiro para mim	() Este item é pouco característico ou verdadeiro para mim	() Este item não é característico ou verdadeiro para mim
--	---	---	---	---

APÊNDICE E – Refinamento do Instrumento de Coleta de Dados - Validação clínica

Prezado (a) Enfermeiro (a),

Estamos construindo um instrumento que será utilizado para realizar a validação clínica, segundo o modelo de Fehring (1987)* do diagnóstico de enfermagem “Náusea” no período pós-operatório imediato. No momento, estamos realizando a validação de aparência e conteúdo do referido instrumento e, para isso, gostaríamos de contar com a sua contribuição, já que possui grande conhecimento e experiência clínica na área.

O modelo de validação clínica de diagnóstico proposto por Fehring (1987) consiste na obtenção de evidências da existência de um diagnóstico de enfermagem a partir da situação clínica real.

Os pacientes selecionados a fazerem parte deste estudo, responderão a dois instrumentos de coleta de dados. O primeiro está dividido em três partes: 1) dados de identificação, 2) fatores relacionados às náuseas e vômitos no pós-operatório e por fim, 3) validação das características definidoras de natureza fisiológica e cognitivo/afetiva. As características definidoras fisiológicas serão verificadas pela pesquisadora e um enfermeiro treinado por meio de observação e mensuração e, as manifestações cognitivo/afetivas serão obtidas por meio de entrevista. Para expressarem sua opinião em relação aos sentimentos e sensações vivenciadas durante a náusea, os pacientes deverão escolher uma entre cinco opções de respostas, que vão desde “este item é muitíssimo característico em mim” a “este item não é característico em mim”.

O segundo instrumento corresponde a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS*), já validada e utilizada em pacientes cirúrgicos.

A seguir, colocamos alguns questionamentos para direcioná-lo na avaliação do instrumento (primeiro instrumento). As respostas poderão ser realizadas no verso desta folha e as alterações necessárias ou complementações e comentários podem ser realizados no próprio instrumento.

Obrigada pela sua colaboração,

Doutoranda: Daniele Alcalá Pompeo (dalcala@eerp.usp.br)
Orientadora: Dra. Lídia Aparecida Rossi (rizzardo@eerp.usp.br)

* FEHRING; R.J. Methods to validate nursing diagnosis. *Heart & Lung*, v. 16, n.6, p. 625-9, Nov, 1987.

QUESTIONAMENTOS PARA AVALIAÇÃO

1. Exprese sua opinião em relação à forma de apresentação e conteúdo do instrumento.
2. As questões são suficientes para identificar a presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem Náusea no período pós-operatório?
3. Em sua opinião, existem outras questões que poderiam ser acrescentadas nos instrumentos? Quais?
4. As questões estão claras e objetivas?
5. Alguma alteração deverá ser feita para melhorar o instrumento?

APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Validação Clínica

Prezado (a) Senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “Validação do diagnóstico de enfermagem Náusea no período pós-operatório imediato”, que tem como objetivos realizar a validação por especialistas e validação clínica do referido diagnóstico, ou seja, investigar quais as sensações e os sintomas que o (a) senhor (a) apresenta quando tem náusea (enjôo).

Caso aceite participar, deverá responder verbalmente algumas perguntas antes e depois da cirurgia que realizará. Essas perguntas serão relacionadas ao (à) Senhor (a), como idade, estado civil e profissão, ao seu estado de saúde e os sintomas e sensações que poderão ocorrer se o (a) Senhor (a) apresentar náuseas depois da cirurgia.

O (A) Senhor (a) não terá quaisquer despesas, benefícios ou direitos financeiros pela sua participação neste estudo. Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, garantindo o seu anonimato. Poderá solicitar esclarecimento quando sentir necessidade e todas as informações por você fornecidas, assim como os resultados obtidos serão utilizados apenas para divulgação em reuniões e revistas científicas. Sua participação é voluntária e o (a) Senhor (a) poderá recusar-se a participar em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização ou prejuízo a sua pessoa.

Caso concorde em participar, é preciso assinar duas vias desse termo, sendo uma delas para o (a) Senhor (a) e a outra para a pesquisadora.

Antecipadamente agradecemos e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Daniele Alcalá Pompeo

Pesquisadora Responsável

Contato: DANIELE ALCALÁ POMPEO. Endereço: Av Miguel Damha nº 1990; Village Damha; Mirassol –SP. Endereço eletrônico: dcalca@eerp.usp.br; Telefone (17) 8822-5212.

Projeto de Pesquisa submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. Fone: 17 – 3201-5813.

Consentimento de Participação:

Eu _____ RG/CPF: _____
abaixo assinado, concordo em participar do estudo Validação do diagnóstico de enfermagem Náusea no período pós-operatório imediato, sob a responsabilidade da pesquisadora Daniele Alcalá Pompeo, como sujeito voluntário.

_____ Data: ____/____/____

ANEXO A – MINIEXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

IDENTIFICAÇÃO (nº) =	Data: / /
Escolaridade (em anos) =	

ORIENTAÇÃO TEMPORAL	PONTOS
1. Em que ano estamos? (1pto)	
2. Em que mês estamos? (1pto)	
3. Em que dia do mês estamos? (1pto)	
4. Em que dia da semana estamos? (1pto)	
5. Que horas são agora, aproximadamente? (1pto)	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	PONTOS
6. Em que Estado estamos? (1pto)	
7. Em que cidade estamos? (1pto)	
8. Em que bairro estamos? (1pto)	
9. Em que hospital estamos? (1pto)	
10. Em que andar estamos? (1pto)	
RETENÇÃO DE DADOS	PONTOS
11. Repita o nome dos três objetos que vou dizer: casa (1pto), caneta (1pto) e maçã (1pto). (Se houver erro, repetir as palavras até três vezes)	
ATENÇÃO E CÁLCULO	PONTOS
Você deverá subtrair 7 de 100 por cinco vezes: (se houver erro, corrija-o e prossiga; considerar correto se o paciente se auto-corrigir)	
12. 100 - 7 = (1pto)	
13. 93 - 7 = (1pto)	
14. 86 - 7 = (1pto)	
15. 79 - 7 = (1pto)	
16. 72 - 7 = (1pto)	
MEMÓRIA	PONTOS
17. Repita o nome dos três objetos que lhe disse anteriormente: casa (1pto), caneta (1pto) e maçã (1pto).	
LINGUAGEM	PONTOS
18. Qual o nome desses objetos? Mostrar o relógio (1pto) e a caneta (1pto)	
19. Por favor, repita a frase: “Nem aqui, nem ali, nem lá” (1pto se a repetição for perfeita)	
20. Pegue este papel com a mão direita (1pto), dobre-o ao meio (1pto) e devolva-o para mim (1pto)	
21. Faça o que está sendo solicitado no papel: “Feche os olhos” (1pto)	
22. Escreva uma frase de sua própria iniciativa (1pto). A frase deve Ter início, meio e fim; não considerar erros gramaticais ou ortográficos.	
FUNÇÃO VÍSUO-ESPACIAL	PONTOS
23. Faça uma cópia do desenho (1pto)

TOTAL DE PONTOS:	

ANEXO B - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Validação Clínica)**Instruções para o preenchimento:**

Essa escala tem como objetivo identificar como o (a) Senhor (a) está se sentindo. Todas as frases deverão ser lidas e o (a) Senhor (a) deverá marcar um “X” na resposta que melhor represente como tem se sentido na última semana.

Não é preciso ficar pensando muito em cada questão, já que nessa escala as respostas espontâneas tem mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A	Eu me sinto tenso ou contraído.
3	() A maior parte do tempo
2	() Boa parte do tempo
1	() De vez em quando
0	() Nunca
D	Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes.
0	() Sim, do mesmo jeito que antes
1	() Não tanto quanto antes
2	() Só um pouco
3	() Já não sinto mais prazer em nada
A	Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer.
3	() Sim, e de um jeito muito forte
2	() Sim, mas não tão forte
1	() Um pouco, mas isso não me preocupa
0	() Não sinto nada disso
D	Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas.
0	() Do mesmo jeito que antes
1	() Atualmente um pouco menos
2	() Atualmente bem menos
3	() Não consigo mais
A	Estou com a cabeça cheia de preocupações
3	() A maior parte do tempo
2	() Boa parte do tempo
1	() De vez em quando
0	() Raramente
D	Eu me sinto alegre.
3	() Nunca
2	() Poucas vezes
1	() Muitas vezes
0	() A maior parte do tempo
A	Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado.
0	() Sim, quase sempre
1	() Muitas vezes
2	() Poucas vezes
3	() Nunca

D	Eu estou lento para pensar e fazer as coisas.
3	() Quase sempre
2	() Muitas vezes
1	() De vez em quando
0	() Nunca
A	Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago.
0	() Nunca
1	() De vez em quando
2	() Muitas vezes
3	() Quase sempre
D	Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência.
3	() Completamente
2	() Não estou mais me cuidando como eu deveria
1	() Talvez não tanto quanto antes
0	() Me cuido do mesmo jeito que antes
A	Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em nenhum lugar.
3	() Sim, demais
2	() Bastante
1	() Um pouco
0	() Não me sinto assim
D	Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir.
0	() Do mesmo jeito que antes
1	() Um pouco menos que antes
2	() Bem menos do que antes
3	() Quase nunca
A	De repente, tenho a sensação de entrar em pânico.
3	() A quase todo tempo
2	() Várias vezes
1	() De vez em quando
0	() Não sinto isso
D	Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa.
0	() Quase sempre
1	() Várias vezes
2	() Poucas vezes
3	() Quase nunca

PONTUAÇÃO ANSIEDADE:

PONTUAÇÃO DEPRESSÃO:

ANEXO C – Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa **FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

Autarquia Estadual - Lei n.º 8899 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal n.º 74.179 de 14/06/74)

Parecer n.º 029/2011

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Protocolo CEP nº 0456/2011 sob a responsabilidade de **Daniele Alcalá Pompeo** com o título "Validação do Diagnóstico de Enfermagem Náusea no período pós-operatório imediato" está de acordo com a Resolução do CNS 196/96 e foi **aprovado por esse CEP**.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, com certeza para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 15 de fevereiro de 2011.

Prof. Dr. Fernando Batigália
Coordenador do CEP/FAMERP

ANEXO D – Apresentação de trabalho em evento científico

ANEXO E – Apresentação de trabalho em evento científico