

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-UNIRIO/RJ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO - EEAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO - PPGE_{nf}

CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA

**INSTRUMENTO CADEM ADAPTADO: SUBSÍDIO PARA O AUTOCUIDADO DE
PACIENTES CIRÚRGICOS POR CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO PELA
ENFERMAGEM**

RIO DE JANEIRO
2017

CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA

**INSTRUMENTO CADEM ADAPTADO: SUBSÍDIO PARA O AUTOCUIDADO DE
PACIENTES CIRÚRGICOS POR CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO PELA
ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Sônia Regina de Souza

RIO DE JANEIRO
2017

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

N778	Nogueira, Camile de Souza Fortuna Instrumento CADEM adaptado: subsídio para o autocuidado de pacientes cirúrgicos por câncer de cabeça e pescoço pela enfermagem / Camile de Souza Fortuna Nogueira. -- Rio de Janeiro, 2017. 129 f. Orientador: Sônia Regina de Souza. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017. 1. Neoplasias de cabeça e pescoço. 2. Autocuidado . 3. Enfermagem oncológica. I. Souza, Sônia Regina de, orient. II. Título.
------	---

CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA

**INSTRUMENTO CADEM ADAPTADO: SUBSÍDIO PARA O AUTOCUIDADO DE
PACIENTES CIRÚRGICOS POR CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO PELA
ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Banca examinadora:

Presidente: Prof.^a Dr^a. Sônia Regina de Souza
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

1^a Examinadora: Dr^a Laísa Figueiredo Ferreira Lós de Alcântara
Instituto Nacional de Câncer (INCA)

2^a Examinadora: Prof.^a Dr^a. Inês Maria Meneses dos Santos
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Suplente: Prof.^a Dr^a. Ana Cristina Silva Pinto
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Suplente: Prof.^a Dr^a. Florence Romijn Tocantins
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por permitir a criação deste estudo, além de completar minha vida com muitas realizações;

À minha mãe, sempre preocupada com os prazos e sempre presente;

Ao meu pai, que me deixou de maneira tão inesperada no início desta caminhada;

À minha irmã, a bússola da minha vida;

Ao meu marido, há 10 anos ao meu lado, sempre pronto a me ajudar, principalmente, aos 45 do 2º tempo;

Às amigas de INCA: Flávia; Maria de Lourdes; Ana Angélica; Aline; Lindalva; Andréia; Cristiane e Monalisa sempre me ajudando, pessoalmente e profissionalmente;

À divisão de enfermagem do INCA, principalmente, Jorge Leandro, confiante no meu trabalho;

Ao meu plantão: Fátima, Isnalva, Michele e Walter, que tornam minhas noites sempre mais leves;

Aos demais colegas do INCA, especialmente à equipe do setor de cabeça e pescoço;

Ao meu grande amigo, Carlos Magno, presente na minha vida acadêmica e fora dela;

À minha amiga de mestrado Djennifer, pela amizade e parceria durante esta trajetória o mestrado;

Ao corpo docente e administrativo do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto pelo apoio e pela dedicação;

À minha querida orientadora Prof^a. Dr^a. Sônia Regina, pelos ensinamentos e confiança em minhas ideias;

À minha banca: Prof^a Inês, Dr^a Laísa, Prof^a Dr^a Ana Cristina e Prof^a Dr^a Florence com as importantes considerações para melhoria do trabalho.

NOGUEIRA, Camile de Souza Fortuna. **Instrumento CADEM Adaptado**: Subsídio Para o Autocuidado de Pacientes Cirúrgicos por Câncer de Cabeça e Pescoço pela Enfermagem. Rio de Janeiro, 2017. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

RESUMO

No câncer, o êxito da terapêutica é diretamente ligado à adesão do usuário. O câncer de cabeça e pescoço é o quinto mais comum, tendo a cirurgia como principal tratamento. No pós-operatório, os pacientes apresentam dificuldades frente às mudanças funcionais. A fim de minimizar complicações, a tarefa de educar o paciente deve ser um esforço. O enfermeiro é o profissional que mais promove o autocuidado. Assim, para ter subsídios de avaliação de autocuidado, este estudo teve como objeto de estudo a ferramenta de avaliação de autocuidado CADEM. Teve como objetivo geral: validar o instrumento CADEM para uso pela enfermagem e objetivos específicos: submeter para avaliação quanto à relevância, o instrumento CADEM; apresentar o instrumento modificado a partir da avaliação dos juízes; identificar o nível de capacidade para o autocuidado dos pacientes submetidos a cirurgia de cabeça e pescoço; comparar os resultados obtidos entre o instrumento CADEM e o instrumento modificado pelos especialistas. Teve como referencial, a Teoria de Autocuidado de Orem. Apresentou delineamento descritivo exploratório para a validação de conteúdo de uma escala quantitativa. Foi dividida em duas etapas. A 1ª foi a avaliação do instrumento CADEM por 6 especialistas, e a 2ª foi a aplicação do instrumento original e o modificado aos pacientes em pós-operatório por câncer de cabeça e pescoço, que contou com 50 participantes. A coleta de dados da 1ª etapa se deu por um formulário de avaliação do instrumento CADEM pelos juízes. A coleta de 2ª etapa ocorreu a partir da observação estruturada dos pacientes com uso do instrumento CADEM e CADEM Nogueira-Souza. A análise dos dados da 1ª etapa, se deu pela técnica de índice de validade de conteúdo (IVC). Apresentou como resultados, a validação de conteúdo do instrumento com um IVC de 0,935 e refinamento do conteúdo. Na 2ª etapa, a aplicação do instrumento CADEM junto a aplicação do CADEM Nogueira-Souza nos pacientes em pós-operatório de cirurgia de cabeça e pescoço mostrou diferença no resultado da categorização desses pacientes, evidenciando que as alterações gerariam impacto na prática. A aplicação do instrumento junto aos pacientes mostrou-se útil, com reconhecimento das deficiências e/ou capacidades. O processo de validação de um instrumento é complexo, contínuo e, assim, sugere-se a realização das demais etapas de validação em pesquisas futuras.

Descritores: Enfermagem oncológica; Autocuidado; Neoplasias de cabeça e pescoço.

NOGUEIRA, Camile de Souza Fortuna. **Adapted CADEM Instrument: Self- Care Subsidy by Nursing for Cirurgical Patients with Head and Neck Cancer.** Rio de Janeiro, 2017. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

ABSTRACT

In cancer, the therapy success is directly linked to user adherence. Head and neck cancer is the fifth most common, with surgery as the primary treatment. In the postoperative period, patients present difficulties with functional changes. In order to minimize complications, the task of educating patient should be an effort. The nurse is the professional that most promotes self-care. Thus, in order to have self-care assessment subsidies, the object for study was the CADEM self-care assessment tool. The study objectives were to validate CADEM instrument for use by nursing; to submit the CADEM instrument for evaluation about the relevance; present the modified instrument from the judges' evaluation; to identify the level of capacity for self-care of patients undergoing head and neck surgery and to compare results obtained between CADEM instrument and the instrument modified by the specialists. It had as reference the Orem Self-Care Theory. It presented exploratory descriptive design for the content validity of a quantitative scale. It was divided into two stages. The first one was the evaluation of CADEM instrument by six specialists, and the second was the application of original and modified instrument in postoperative patients with head and neck cancer, which had 50 participants. The data collection of the first stage was given by an evaluation form of the CADEM instrument by the judges. The second stage data collection occurred through the researcher use of the CADEM and CADEM Nogueira-Souza instruments after observing the patients. The first stage was verified by content validity index (CVI). It presented as results, a CVI equal to 0.935, and refinement of the content. In the second stage, the application of CADEM instrument and CADEM Nogueira-Souza in postoperative patients of head and neck surgery showed a difference in patient's categorization evidencing that changes would generate an impact in practice. The application of the instrument to patients was useful, with recognition of deficiencies and / or abilities. The validation process of an instrument is complex, continuous and, thus, it is suggested to carry out the other validation steps in future researches.

Descriptors: Oncology nursing; Self-care; Head and neck neoplasms.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Instrumentos de avaliação de autocuidado.	21
Quadro 2 - Resultado da busca de estudos nas bases de dados eletrônicas BVS e SCIELO - Rio de Janeiro, 2017.	25
Quadro 3 - Resultado da busca de estudos nas bases de dados eletrônicas CINAHL – Rio de Janeiro, 2017	25
Quadro 4 - Estudos da Revisão integrativa - Rio de Janeiro, 2017.....	26
Quadro 5 - Síntese da produção científica dos juízes.	48
Quadro 6 - Sugestões dos juízes	52
Quadro 7 - CADEM Nogueira-Souza com alterações aplicadas.	54

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Teorias de Orem.....	35
Figura 2 - Relação dos fatores condicionantes com a capacidade de autocuidado e a demanda de autocuidado.....	37
Figura 3 - Representação dos sistemas de enfermagem	40
Figura 4 - Comparativo entre a tabela 2 e a tabela 3.	62

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Caracterização dos juízes quanto à localização, experiência profissional e nível de especialidade.....	48
Gráfico 2 - Caracterização dos juízes quanto à produção científica.....	48
Gráfico 3 - Faixa etária.....	57
Gráfico 4 - Gênero dos participantes.....	57
Gráfico 5 - Escolaridade:.....	58
Gráfico 6 - Hábitos de álcool e fumo	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Índice de validade de conteúdo do instrumento.	51
Tabela 2 - Nível de capacidade para o autocuidado pelo instrumento CADEM original	60
Tabela 3 - Nível de capacidade para o autocuidado pelo instrumento CADEM Nogueira-Souza	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDENF	Base de Dados da Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CADEM	Comunicação Atividades diárias Deambulação Eliminações Mobilidade
CADET	Communication Ambulation Daily living Excretion Transfer
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	Cumulative Index of Nursing and Allied Health
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CVI	Content Validity Index
DeCs	Descritores em Ciências da Saúde
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH	Medical Subject Headings
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem
NOC	Classificação dos Resultados de Enfermagem
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
PE	Processo de Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SciELO	Scientific Electronic Library Online
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1.1	Trajetória Profissional.....	14
1.2	Contextualização.....	14
1.3	Objeto de Estudo	23
1.4	Objetivos	23
1.4.1	Objetivo Geral.....	23
1.4.2	Objetivos Específicos	23
1.5	Justificativa e Revisão Integrativa	23
2	REFERENCIAL TEÓRICO	31
2.1	Pós-operatório de Câncer de Cabeça e Pescoço	31
2.2	Teoria de Autocuidado de Dorothea Orem	33
2.2.1	Teoria do Autocuidado.....	35
2.2.2	Teoria do Déficit do Autocuidado	37
2.2.3	Teoria dos Sistemas de Enfermagem.....	38
3	METODOLOGIA.....	41
3.1	Tipo de Estudo	41
3.2	Etapa 1: Validação de Conteúdo	41
3.2.1	Juízes e Amostra.....	42
3.2.2	Instrumento para Coleta de Dados	42
3.3	Etapa 2: Aplicação do Instrumento.....	43
3.3.1	Cenário.....	43
3.3.2	Participantes e Amostra	43
3.3.3	Instrumentos para Coleta de Dados	44
3.4	Aspectos Éticos.....	45
3.5	Organização e análise dos dados	45
4	RESULTADOS.....	47
4.1	Etapa 1 – Validação de Conteúdo	47
4.1.1	Amostra dos Juízes	47
4.1.2	Caracterização dos Juízes	47
4.1.3	Avaliação do Comitê	51
4.2	Etapa 2: Aplicação dos Instrumentos CADEM	56
4.2.1	Amostra dos Participantes	56
4.2.2	Caracterização dos Participantes	57
4.2.3	Faixa Etária	58
4.2.4	Gênero.....	59
4.2.5	Escolaridade.....	59
4.2.6	Hábitos de álcool e fumo.....	59
4.3	Comparativo entre nível de autocuidado dos participantes pelo Instrumento CADEM Original e CADEM Nogueira-Souza	60
4.4	Avaliação por Constructo no CADEM Nogueira-Souza.....	64
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
6	DISSEMINAÇÃO DO ESTUDO	72

7	REFERÊNCIAS	73
8	CRONOGRAMA.....	92
9	ANEXOS	93
9.1	Anexo 1 – Instrumento CADEM	93
9.2	Anexo 2 – Instrumento CADEM NOGUEIRA-SOUZA.....	95
10	APÊNDICES.....	97
10.1	Apêndice 1 – Carta-Convite aos Juízes	97
10.2	Apêndice 2 – Ficha de Caracterização dos Juízes	99
10.3	Apêndice 3 – Formulários de Avaliação pelos Juízes	100
10.4	Apêndice 4 – Ficha de Dados Socioeconômicos e Nosológicos.....	107
10.5	Apêndice 5 – Aprovação do Comitê de Ética	108
10.6	Apêndice 6 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Pacientes) ...	121
10.7	Apêndice 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Juízes).....	126
10.8	Apêndice 8 – Contato Eletrônico com a Autora do Instrumento CADEM ...	128

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Trajetória Profissional

Enquanto enfermeira assistencial do setor de Cirurgia de Cabeça e Pescoço de um Instituto especializado no tratamento clínico e cirúrgico em oncologia da cidade do Rio de Janeiro tenho, no dia a dia, a prática de lidar com pacientes que apresentam um pós-operatório complexo, em que há a demanda do uso de dispositivos obrigatórios para sua sobrevivência após a cirurgia tais como: sonda nasoenteral para alimentação, cânula de traqueostomia e drenos que geram ansiedade com o novo e se apresentam como desafio ao paciente para exercer seu autocuidado.

Por ser, de maneira geral, mutilante apresentando ao paciente modificações que o mesmo precisa se adequar para seguimento do tratamento, o câncer de cabeça e pescoço leva a reflexões acerca das dificuldades individuais apresentadas pelos pacientes.

Os pacientes com câncer de cabeça e pescoço despertam meu interesse por terem características como etilismo, tabagismo, histórico de problema familiar e/ou abandono familiar, higiene oral precária, além de condições socioeconômicas desfavoráveis. Todos são fatores de risco aumentado para o desenvolvimento desta doença (GUIMARAES E ROSA, 2008). E tais hábitos de abuso de bebida, tabagismo e má higiene oral já denotam um autocuidado prejudicado quanto à sua saúde.

1.2 Contextualização

Segundo o Ministério da Saúde (2011), as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são, atualmente, consideradas o maior problema público de saúde por corresponder a um total de 72% do total de mortes de indivíduos. E, na última década, as taxas atribuídas somente ao câncer aumentaram, em uma proporção de 20%. De acordo com o Relatório Mundial sobre o Câncer, a previsão esperada de novos casos para 2025 é de mais de 20 milhões a nível mundial, sendo que desses 80% dos totais de casos são esperados em países em desenvolvimento, como o Brasil (BRASIL, 2015; *INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER* - IARC, 2014).

Pode-se explicar tal crescimento devido novos hábitos de vida, condições de trabalhos, nutrição e consumo de alimentos industrializados que levam a alterações em perfis da sociedade. Diminuição nas taxas de mortalidade com o avanço da medicina, aumentando a expectativa de vida com consequente envelhecimento da população, cada vez mais propensa a desenvolver câncer (BRASIL, 2006).

Nas doenças crônicas, como o câncer, o êxito da terapêutica é diretamente ligado à adesão do usuário como pessoa participativa do seu tratamento. Ações de autocuidado que conscientizem a mudança de hábitos para atitudes cada vez mais benéficas à sua saúde, assim como sua aderência ao tratamento, devido a percepção de sua situação de saúde e da variável que remete a ela suas escolhas de vida (BRASIL, 2013).

Os tumores de cabeça e pescoço incluem localizações como cavidade oral, faringe, laringe, cavidade nasal, seios paranasais, tireoide e glândulas salivares (BRASIL, 2009). Segundo estudo epidemiológico de Stenson (2016), mais de 500.000 novos casos de câncer de cabeça e pescoço ocorrem a cada ano mundialmente, e a taxa de incidência nos homens é superior a 20 por 100.000 habitantes em algumas regiões do Brasil.

O sexo masculino é o mais afetado em uma proporção que varia de 2:1 a 4:1 quando comparado às mulheres. É o quinto mais comum tipo de neoplasia, tendo alta taxa de mortalidade e morbidade. Estima-se, que nos últimos 50 anos, a taxa de sobrevivência em 5 anos seja de 50% do total de pessoas acometidas (CAMPANA e GOIATO, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (2015), no Brasil, o câncer na cavidade oral ocupa a 6ª posição da incidência total de novos cânceres em ambos os sexos, excluindo o câncer de pele não melanoma, sendo o mais incidente dos cânceres de cabeça e pescoço. O segundo câncer mais comum desta localização é o de laringe e, no Brasil, há uma incidência maior quando comparado a outros países latinos: 8.000 casos novos e 3.000 mortes atingem, por ano, a população brasileira (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011). Todas essas áreas apresentam drenagem linfática para o pescoço e, assim, é o primeiro local que geralmente há metástase (BAGAN *et al.*, 2010).

O tratamento do câncer de cabeça e pescoço é definido a partir da localização e a extensão do câncer. Pode ser tratado com radioterapia exclusiva, somente com cirurgia, com posterior radioterapia ou com quimioterapia associada à radioterapia.

Quanto mais precoce for o diagnóstico, maior a possibilidade de a terapêutica definida evitar deformidades físicas e problemas psicossociais, já que o tratamento desse tipo de câncer pode causar problemas dentários, fala e deglutição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Mas o tratamento principal de escolha para este tipo de tumor sólido ainda é a cirurgia (GALBIATTI *et al.*, 2013; BOEHM *et al.*, 2010).

Gonçalves e Alcadipani (2005) tecem que no pós-operatório de tais procedimentos cirúrgicos, os pacientes acabam evidenciando dificuldades de aceitação no meio às mudanças funcionais e estéticas apresentadas. O convívio social e familiar sofre interferência importante e a qualidade de vida fica comprometida e muitos relatam o constrangimento e a insegurança vivenciados, uma vez que terão que se comunicar e alimentar de maneira distinta em relação a maioria.

No pós-operatório, a maioria dos pacientes terá a presença de traqueostomia (definitiva ou temporária), uso de sonda enteral para alimentação por, pelo menos, três semanas para preservação do sítio pós-cirúrgico e drenos cervicais, se o esvaziamento de gânglios linfáticos cervicais for adicionado (INCA, 2009).

Estudos comprovaram ao longo de anos que há uma relação entre um menor nível socioeconômico e a ocorrência de cânceres de cabeça e pescoço (RAO e DESAI, 1998; ESCRIBANO *et al.*, 2002; MAIER e TISCH, 1997; BOING e ANTUNES, 2011). Tal perfil epidemiológico contrasta com a complexidade de um pós-operatório no tratamento deste tipo de neoplasia. Essa complexidade remete a uma maior necessidade do autocuidado nesses tipos de pacientes a fim de minimizar as possíveis intercorrências.

Um pós-operatório que apresenta complicações termina por aumentar os custos do tratamento desnecessariamente, atrasar a continuidade da terapia adjuvante proposta, bem como o retorno dos pacientes às suas funções normais, como a retirada da traqueostomia e/ou da sonda para alimentação, dentro do previsto, influenciando de maneira negativa sua qualidade de vida, podendo ainda levar à morte (BRASIL, 2009; RAMOS *et al.*, 2010).

Complicações cirúrgicas comuns no pós-operatório de câncer de cabeça e pescoço incluem disartria, disfagia, infecção da ferida operatória, deiscência de feridas, hemorragia e via aérea comprometida. A respiração profunda, a tosse, a deambulação precoce e a higiene oral rigorosa são medidas simples, mas importantes para minimizar algumas das possíveis complicações da cirurgia, assim a

tarefa de educar o paciente deve ser um esforço a fim do mesmo se autocuidar quanto a essas medidas (LO *et al.*, 2011).

Em estudo sobre o autocuidado de pacientes renais crônicos, Ramos *et al.* (2007) afirmam, sobre a ação de educar o paciente, que é necessário que o enfermeiro aborde o paciente de maneira acessível para facilitar o entendimento e cooperação no tratamento, incentivando-o a enfrentar as mudanças advindas com a doença. Na equipe multiprofissional, o enfermeiro é o profissional que mais desenvolve atividades educativas junto aos pacientes, principalmente, relativas ao autocuidado, com o objetivo de conduzi-los à sua independência em questões de saúde.

Autocuidado denomina-se métodos usados com o propósito de permitir e dar poder às pessoas para que manejem sua própria saúde, enaltecendo a ação de cada um no gerenciamento do seu cuidado (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD *apud* MORAIS *et al.*, 2015).

Na enfermagem, Orem (HARTWEG, 1991) foi quem definiu, oficialmente, o primeiro conceito de autocuidado. Afirmou como o conjunto de práticas desenvolvidas em situações da vida em que o indivíduo direciona para si mesmo a fim de regular os fatores que afetam o seu próprio desenvolvimento saúde e bem-estar.

Posterior a sua definição de autocuidado, Orem propôs a teoria do Déficit do autocuidado. Diogenes e Pagliuria (2003, p. 288) afirmam:

...o déficit de autocuidado ocorre quando o ser humano se acha limitado para prover autocuidado sistemático, necessitando de ajuda de enfermagem. Constitui a essência da teoria geral de enfermagem de Orem, pois possibilita apontar a necessidade de enfermagem. Justifica-se quando o indivíduo acha-se incapacitado ou limitado para prover autocuidado contínuo e eficaz.

São identificados cinco métodos de ajuda para os pacientes com déficit de autocuidado: agir ou fazer para o outro, guiar o outro, apoiar o outro, proporcionar uma atmosfera que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a se tornar capaz, além de ensinar o outro (DIOGENES e PAGLIURIA, 2003).

Educação em saúde é um papel da enfermagem em todos os tipos de ambientes e culturas (RANKIN *et al.*, 2005; REDMAN *apud* LO *et al.*, 2010). Auxiliar no autocuidado é visto como ensinar uma sequência de desenvolvimentos ao paciente a fim de que consiga visualizar e compreender as informações para, em

seguida, ser equipado com habilidades para aplicar este conhecimento para melhorar sua saúde (LO *et al.*, 2010).

O autocuidado é um conceito em evolução e está relacionado à autonomia e responsabilidade pessoal de cada um. Pode ser contextualizado como um processo de saúde e bem-estar inerente ao ser, mas também pode ser adquirido, fazendo cada um a agir de forma eficaz no desenvolvimento do seu potencial para a saúde (SILVA e VALENTE RIBEIRO, 2015).

O que também é afirmado por Orem (2001) é que se a enfermagem não estabelecer previamente a capacidade para o autocuidado, ela não tem sustentação racional para julgar a falta de autocuidado. Logo, o Processo de Enfermagem, de acordo com Orem, deve-se iniciar pelo reconhecimento das deficiências e/ou capacidades para o autocuidado.

Segundo a resolução 368/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o Processo de Enfermagem é definido como um método que visa a orientação da assistência de enfermagem e a documentação da mesma. Já a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) promove organização ao trabalho do enfermeiro acerca do método e instrumentos, viabilizando a prática do Processo de Enfermagem (PE). A resolução ainda complementa que o Processo de Enfermagem deverá ocorrer deliberadamente e de maneira sistematizada em todos os ambientes em que houver a assistência do enfermeiro.

A SAE contribui para melhora na assistência de enfermagem, e traz benefícios para o paciente e equipe, permitindo uma avaliação das ações de enfermagem oferecidas ao paciente com o uso de um plano de enfermagem específico para cada um (MENDES e BASTOS, 2003; MARQUES e CARVALHO, 2005; CUNHA *et al. apud* MARQUES e CARVALHO, 2005;). Ademais, a execução de ações de enfermagem de maneira sistemática promove um maior vínculo entre paciente e enfermeiro, com melhoria no atendimento (TANNURE e PINHEIRO, 2009).

Todo o PE deve estar pautado por uma teoria, que vai funcionar como base para implantação da sistematização, com um conceito fundamentando a organização do serviço. Para selecionar qual teoria de enfermagem deve fundamentar a sua assistência, o enfermeiro necessita estar a par da dinâmica do seu local de trabalho, da característica dos demais enfermeiros da unidade e também do perfil dos pacientes assistidos (*ibid*).

São conhecidas diversas teorias de enfermagem: necessidades básicas de Horta, autocuidado de Orem, cuidado cultural de Leininger, adaptação de Roy. Desde a década de 80, os modelos mais usados na prática de enfermagem são os de Horta e Orem (BRASIL, 2015), sendo esta última a que fundamenta esta pesquisa.

O PE divide-se em cinco etapas: Histórico de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação e Avaliação de Enfermagem (BRASIL, 2009).

O Histórico de Enfermagem ocorre, continuamente, onde o enfermeiro coleta dados subjetivos e objetivos dos pacientes, de maneira deliberada e sistemática. O Diagnóstico de Enfermagem é a etapa em que ocorre a interpretação das informações obtidas na etapa anterior, que vai resultar na tomada de decisão sobre as respostas do paciente. Esta etapa é a base a seleção das ações com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados (*ibid*).

O Planejamento de Enfermagem contempla a definição de quais resultados espera-se obter, bem como a escolha de quais ações de enfermagem que serão colocadas em prática. Na etapa de Implementação ocorre, propriamente, a prática das ações de enfermagem que foram determinadas, anteriormente. Por último, a Avaliação de Enfermagem é o processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas do paciente a fim de avaliar se os resultados esperados foram obtidos. Nesta última etapa verifica-se, se há a necessidade de mudanças em todo o Processo de Enfermagem (*ibid*).

Para a tomada de decisão quanto à abordagem do paciente, o enfermeiro deve ter um pensamento crítico e habilidade. A *American Philosophical Association* define que o pensamento crítico é uma avaliação de maneira intencional com objetivo de interpretar, analisar e inferir. É um pensamento que direciona a investigação (HICKS-MOORE e PASTIRIK, 2006).

A habilidade de pensar criticamente uma determinada situação junto ao paciente está intimamente ligado ao tempo de experiência prática. Mesmo que o enfermeiro tenha tal habilidade naturalmente, a experiência profissional e o seu nível de capacitação serão essenciais para aperfeiçoamento desta habilidade (KUIPER e PESUT, 2004). É essencial para o uso do método científico na prática clínica do uso do Processo de Enfermagem (ALFARO-LEFEVRE, 2007).

Segundo Tanure e Pinheiro (2017), para a implantação do PE na prática, os enfermeiros precisam de instrumentos que possam favorecer a coleta e registro de dados. Assim, com o objetivo de ter subsídios para a prática do PE com avaliação do autocuidado de pacientes cirúrgicos por câncer de cabeça e pescoço, foi feita uma busca ativa de instrumentos existentes na literatura nacional, capazes de mensurar o autocuidado, nas bases de dados Scielo e BVS. Com a palavra-chave “instrumento”, e os descritores “autocuidado” e “enfermagem”, foram encontrados cinco instrumentos (DIAS, 1996; CAETANO e PAGLIUCA, 2006; FEIJO *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2013; GOMIDES, 2013; REZENDE, 2015). A fim de facilitar a visualização dos achados, desenvolveu-se o Quadro 1, que expôs o instrumento/escala; o objetivo do instrumento; se havia validação no meio científico nacional e a população alvo do instrumento. Apesar de seis estudos terem sido encontrados na busca, um instrumento repetiu-se em dois estudos, totalizando cinco instrumentos.

Quadro 1 - Instrumentos de avaliação de autocuidado. Rio de Janeiro, 2017

INSTRUMENTO/ ESCALA	OBJETIVO DO INSTRUMENTO	VALIDAÇÃO	POPULAÇÃO
CADEM Dias D.C. (1996)	Avaliar a capacidade de autocuidado.	Adaptado de Rameizl (1983) e não validado.	Adultos hospitalizados
Instrumento sem nome específico Caetano e Pagliuca (2006)	Analisar o autocuidado, abordando os requisitos de autocuidado universal, os relativos ao desenvolvimento e aqueles de alterações de saúde.	Refere validação.	Adultos portadores de HIV
<i>European Heart Failure Self-Care Behavior Scale</i> Feijo, MK <i>et al.</i> (2012)	Analisar a capacidade de autocuidado sobre reconhecimento dos sinais e sintomas e da tomada de decisão.	Adaptado de Jaarsma <i>et al.</i> (2003) e validado.	Adultos com Insuficiência Cardíaca
Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes Gomides, <i>et al</i> (2013)	Avaliar as atividades de autocuidado	Adaptado de Toobert, <i>et al.</i> (1994) e validado.	Adultos com diabetes Mellitus 2
<i>Primary Care Assessment Tool</i> Silva <i>et al.</i> (2013)	Analisar adesão ao autocuidado.	Adaptado de Shi <i>et al.</i> (2002) e validado.	Adultos e idosos hipertensos
Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes Rezende Neta <i>et al</i> (2015)	Mensuração das atividades de autocuidado.	Adaptado de Toobert <i>et al.</i> (1994) e validado.	Adultos com diabetes Mellitus 2

Fonte: Nogueira, 2017.

Dos cinco instrumentos encontrados, quatro eram destinados a um público específico (pacientes com vírus da imunodeficiência, pacientes com insuficiência cardíaca e pacientes diabéticos). Somente um abordava paciente hospitalizado de maneira geral e ainda não havia sido validado. Este instrumento foi o CADEM (Anexo 1) (Dias, 1996) adaptado do instrumento americano CADET. O instrumento original foi criado por enfermeiras norte-americanas que trabalhavam em uma clínica geriátrica (Rameizl, 1983). O acrônimo foi formado pelas iniciais das palavras “*communication, ambulation, daily living, excretion e transfer*” que, em tradução, significam comunicação, deambulação, atividades diárias, eliminações e mobilidade. Após a adaptação, Dias (1996) o considerou útil e de fácil uso pela enfermagem, porém não o validou no meio científico. Por validação, entende-se como o método que permite evidenciar se um instrumento, efetivamente, mede o que ele se propõe (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001; POLIT e BECK, 2011).

Tal fato despertou meu interesse para este instrumento e a importância que o mesmo pode trazer para diferentes clientela, principalmente, no ambiente hospitalar. Em seu estudo a própria pesquisadora Dias sugeriu a validação do mesmo.

Na adaptação de Dias (1996) cada letra refere-se a uma das funções e recebe pontos de 1 a 5. A soma total dos pontos das cinco funções define a capacidade do paciente para o autocuidado e permite classificar os pacientes em 4 níveis, que vai desde independente para o autocuidado a totalmente dependente de ajuda.

- C: comunicação;
- A: atividades diárias;
- D: deambulação;
- E: eliminações;
- M: mobilização.

Cruz e Vieira (2001) afirmaram que o instrumento CADEM auxiliava no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente, levando em consideração a capacidade do autocuidado.

Dias (1996) afirmou após sua pesquisa em um hospital de São Paulo que o instrumento permitiu verificar que os dados finais espelhavam exatamente o estado do paciente quanto à sua capacidade de autocuidado.

O instrumento CADEM foi ao longo dos anos citado e referenciado (PINHEIRO, 2000; BORGES, 2006; SARAT, 2007; PEREIRA *et al.*, 2011; FERREIRA, 2013; MARTINS, 2015), porém sem sua devida validação científica.

1.3 Objeto de Estudo

Define-se como objeto de estudo a ferramenta de avaliação de autocuidado CADEM.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo Geral

Validar o instrumento de avaliação de autocuidado CADEM para uso pela enfermagem por um comitê de especialistas.

1.4.2 Objetivos Específicos

- 1) Submeter para avaliação quanto à relevância, o instrumento CADEM;
- 2) Apresentar o instrumento modificado a partir das sugestões de alteração/ complementação dos quesitos pelos juízes;
- 3) Identificar, a partir do instrumento CADEM, o nível de capacidade para o autocuidado dos pacientes submetidos a cirurgia de cabeça e pescoço;
- 4) Comparar os resultados obtidos entre o instrumento CADEM e o instrumento modificado pelos especialistas.

1.5 Justificativa e Revisão Integrativa

Esta pesquisa justifica-se, pois, acredita-se que o instrumento CADEM será importante para uso pela enfermagem de maneira criteriosa na avaliação de

autocuidado de pacientes, a fim de direcionar ações diferenciadas conforme o nível estabelecido, e como a teoria de Orem preconiza.

A aplicação deste instrumento, junto a pacientes oncológicos em pós-operatórios de cirurgia de cabeça e pescoço tem relevância devido à importância epidemiológica que os cânceres de cabeça e pescoço possuem, bem como a necessidade de ações de autocuidados por estes pacientes a fim de minimizar intercorrências e como tentativa de recuperar sua independência, após as mudanças ocorridas em decorrência da cirurgia oncológica (MASON, 1992; SERRA, 2000; CHANDU *et al.*; 2002; White, 1997 *apud* CONNOR, 2005; RAMOS *et al.*, 2010; NASU *et al.*, 2011; HOFFMAN, 2012; QUEIRÓS, 2015).

Com o objetivo de justificar e apoiar o estudo em questão, foi feita uma revisão integrativa com busca ativa de trabalhos científicos em bases de dados, quanto à produção científica da enfermagem acerca do autocuidado em pacientes cirúrgicos por câncer de cabeça e pescoço.

Para Souza *et al.* (2010), a revisão integrativa tem como objetivo resumir dados finais de pesquisas sobre um tema específico, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. Chame-se integrativa por fornecer informações amplas sobre um assunto. O pesquisador pode elaborar uma revisão integrativa com os mais diversos objetivos, tais como definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular (ELDORE *et al.*, 2014).

As etapas da revisão sistemática constituem: definição de questão norteadora; amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (GANONG, 1987).

Assim, foi definida a seguinte questão norteadora para esta revisão: Qual a importância da assistência de enfermagem para promoção do autocuidado em pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos à cirurgia?

A busca deu-se nas bibliotecas *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Base de Dados da Enfermagem (BDENF) e *Cumulative Index of Nursing and Allied Health* (CINAHL). A

escolha destas bases ocorreu devido a grande importância das mesmas na literatura científica.

Foram definidos como descritores: autocuidado; enfermagem; enfermagem oncológica, neoplasias de cabeça e pescoço e cuidados pós-operatórios com base na Classificação dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e no *Medical Subject Headings* (MeSH).

Com as suas combinações dos descritores com uso do operador booleano *AND*, foram encontrados, 646 artigos. No Quadro 2 e Quadro 3, estão expostas as quantidades encontradas com as combinações dos descritores.

Quadro 2 - Resultado da busca de estudos nas bases de dados eletrônicas BVS e SciELO - Rio de Janeiro, 2017.

DESCRITORES	BASES DE DADOS				
	BVS ENFERMAGEM			SCIELO	TOTAL
	MEDLINE	BDENF	LILACS		
Autocuidado AND Enfermagem Oncológica	194	22	34	4	254
Autocuidado AND Neoplasias de Cabeça e Pescoço	113	2	3	-	118
Cuidados Pós- Operatórios AND Enfermagem oncológica	62	5	12	1	80
Cuidados Pós- Operatórios AND enfermagem AND neoplasias de cabeça e pescoço	45	-	2	-	47
TOTAL	414	29	51	5	499

Fonte: Nogueira, 2017.

Quadro 3 - Resultado da busca de estudos nas bases de dados eletrônicas CINAHL – Rio de Janeiro, 2017.

DESCRITORES	CINAHL
Self care AND Oncology Nursing	65
Self care AND Head and Neck Neoplasms	38
Postoperative Care AND Oncology Nursing	10
Postoperative Care AND Nursing AND Head and Neck Neoplasms	34
TOTAL	147

Fonte: Nogueira, 2017.

Após, foram aplicados os filtros com os critérios de inclusão: artigos disponíveis de maneira integral, gratuitamente, em português, inglês ou espanhol, no período dos últimos 5 anos (junho/2012 a junho/ 2017). Como critérios de exclusão: a) artigos repetidos na busca; b) teses ou dissertações.

Com base na leitura dos títulos e resumos dos estudos encontrados e, a partir dos critérios de inclusão e exclusão, chegou-se a um total de 23 artigos. Esses artigos foram lidos na íntegra de maneira reflexiva. Os estudos que não responderam à questão norteadora e à temática, acerca do autocuidado de pacientes oncológicos, foram excluídos, totalizando 11 produções selecionadas. Os onze artigos selecionados estão expostos no Quadro 4:

Quadro 4 - Estudos da Revisão integrativa - Rio de Janeiro, 2017.

N.	AUTORES/ ANO/ PAÍS	TÍTULO	PERIÓDICO	TUMOR / TRATAMENTO	BASE DE DADOS
1	Baehring; McCorkle, 2012 (Estados Unidos)	<i>Postoperative Complications in Head and Neck Cancer</i>	<i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i>	Câncer de cabeça e pescoço. Cirurgia.	CINAHL
2	Deng <i>et al.</i> , 2013 (Estados Unidos)	<i>Assessment of External Lymphedema in Patients With Head and Neck Cancer: A Comparison of Four Scales</i>	<i>Oncology Nursing Forum</i>	Câncer de cabeça e pescoço. Cirurgia, quimioterapia ou radioterapia.	MEDLINE
3	Hoffman, 2013 (Estados Unidos)	<i>Enhancing Self-Efficacy for Optimized Patient Outcomes through the Theory of Symptom Self- Management</i>	<i>Cancer Nursing</i>	Qualquer tipo de câncer, inclusive cabeça e pescoço. Cirurgia, quimioterapia ou radioterapia.	MEDLINE
4	Sobecki-Ryniak; Krouse, 2013. (Estados Unidos)	<i>Head and Neck Cancer: Historical Evolution of Treatment and Patient Self-Care Requirements</i>	<i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i>	Câncer de cabeça e pescoço. Cirurgia.	MEDLINE

5	Koller <i>et al.</i> , 2013 (Alemanha)	<i>Supporting self-management of pain in cancer patients: Methods and lessons learned from a randomized controlled pilot study</i>	<i>European Journal of Oncology Nursing</i>	Qualquer tipo de câncer, inclusive cabeça e pescoço. Cirurgia, quimioterapia ou radioterapia.	MEDLINE
6	Turner <i>et al.</i> , 2014 (Austrália)	<i>The ENHANCES study—Enhancing Head and Neck Cancer patients' Experiences of Survivorship: study protocol for a randomized controlled trial</i>	<i>Trials</i>	Cabeça e pescoço. Cirurgia, quimioterapia ou radioterapia.	MEDLINE
7	Jahn <i>et al.</i> , 2014 (Alemanha)	<i>Improvement of pain-related self-management for cancer patients through a modular transitional nursing intervention: A cluster-randomized multicenter trial</i>	<i>Pain</i>	Qualquer tipo de câncer, inclusive cabeça e pescoço. Cirurgia, quimioterapia ou radioterapia.	MEDLINE
8	Chambers <i>et al.</i> , 2014 (Austrália)	<i>A Randomized Trial Comparing Two Low-Intensity Psychological Interventions for Distressed Patients With Cancer and Their Caregivers</i>	<i>Oncology Nursing Forum</i>	Qualquer tipo de câncer, inclusive cabeça e pescoço. Cirurgia, quimioterapia ou radioterapia.	MEDLINE
9	Loerzel; Crosby, 2014 (Estados Unidos)	<i>Developing the Tracheostomy Care Anxiety Relief Through Education and Support (T-CARES) Program.</i>	<i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i>	Câncer de cabeça e pescoço. Cirurgia.	CINAHL
10	Jeffs; Ruits, 2015 (Reino Unido)	<i>Treatment and outcomes of head and neck oedema referrals to a hospital-based lymphoedema service</i>	<i>British Journal of Community Nursing</i>	Câncer de cabeça e pescoço. Cirurgia ou radioterapia.	MEDLINE

11	McKiernan; Thomas, 2016. (Estados Unidos)	<i>Human Papillomavirus–Related Oropharyngeal Cancer: A Review of Nursing Considerations</i>	<i>American Journal of Nursing</i>	Câncer de cabeça e pescoço. Cirurgia, quimioterapia ou radioterapia.	CINAHL
----	--	--	--	--	--------

Fonte: Nogueira, 2017.

Do total de artigos, quanto à localização do estudo, seis (54,5%) foram produzidos nos Estados Unidos, três (27,3%) na Europa e dois (18,2%) na Austrália. Não houve produções brasileiras encontradas. Sobre o ano de produção, os anos de 2013 e 2014, tiveram quatro (36,4%) produções cada. Os anos de 2012, 2015 e 2016, uma publicação em cada. O 1º semestre de 2017 não apresentou artigos expostos no período pesquisado. Acerca do banco de dados, oito artigos (72,7%) foram encontrados na MEDLINE e três (27,3%) na CINAHL.

Sete artigos (63,6%) abordaram, exclusivamente, o câncer de cabeça e pescoço e outros quatro (36,4%) sobre paciente oncológico de maneira geral, incluindo assim, os com neoplasia desta localização também. Sobre o tipo de tratamento avaliado, três publicações (27,3%) eram somente sobre pacientes cirúrgicos e as demais oito (72,7%) apresentavam-se sobre cirurgia e/ou radioterapia e quimioterapia.

A análise crítica dos artigos evidenciou a relação entre ações de autocuidado do paciente com a melhora da qualidade de vida, tendo a assistência de enfermagem como auxílio na promoção desta melhoria, ajudando na adesão dos pacientes ao tratamento. As intervenções educacionais adequadas demonstram vínculo importante com a melhora de sinais e sintomas, que se traduziram em aumento da qualidade de vida (BAEHRING e MCKORCLE, 2012; DENG *et al.*, 2013; HOFFMAN, 2013; SOBECKI-RYNIAK e KROUSE, 2013; TURNER *et al.*, 2014; JAHN *et al.*, 2014; CHAMBERS, *et al.*, 2014; MCKIERNAN e THOMAS, 2016).

A enfermagem em sua prática vem buscando apresentar e aprimorar novos métodos que possam ser aplicados aos pacientes oncológicos, com intuito do manejo de sua doença. Com enfoque no controle algico, o Programa de Enfermagem Oncológica (SCION) –PAIN (JAHN *et al.*, 2014) e o Programa de Controle de Dor *PRO-SELF Plus* (PCP) (KOLLER *et al.*, 2013), foram apresentados com objetivo de apoiar a autogestão da dor oncológica, com a atuação do

enfermeiro e sua prática educativa. Especificamente com o público alvo de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, enfermeiros desenvolveram dois programas exclusivos: o *Head and Neck Cancer Survivor Self-management Care Plan* (HNCP) (TURNER *et al.*, 2014), que objetivou a promoção da autogestão e autoeficácia destes paciente após o término do tratamento, além do programa de Alívio da Ansiedade de Tratamento de Traqueostomia através da educação e apoio (T-CARES) (LOERZEL *et al.*, 2014), que visou auxiliar no autocuidado com a traqueostomia e apresentou uma redução significativa na ansiedade com o uso programa.

Complicações cirúrgicas comuns no pós-operatório de câncer de cabeça e pescoço incluem disartria, disfagia, infecção da ferida operatória, deiscência de feridas, hemorragia, via aérea comprometida e linfedema (BAEHRING e MCKORCLE, 2012; JEFFS e RUIJS, 2015). E tais complicações, podem aumentar o nível de dor física e emocional (BAEHRING e MCKORCLE, 2012). Ações de educação para o autocuidado de habilidades específicas destes pacientes permite os mesmos a se ajustarem à sua doença, às mudanças que surgem, com melhor qualidade de vida (SOBECKI-RYNYAK e KROUSE, 2013).

A gestão de sintomas tem se tornado parte da responsabilidade do paciente oncológico consigo mesmo e, deve começar, desde o diagnóstico e continuar pela trajetória da doença, respeitando a autonomia do paciente como sujeito ativo (HOFFMAN, 2013).

De maneira geral, os enfermeiros oncológicos devem se associar aos seus pacientes com vistas a personalizar a autogestão de sintomas, com enfoque educativo (HOFFMAN, 2013; SOBECKI-RYNYAK e KROUSE, 2013; JAHN *et al.*, 2014; JEFFS e RUIJS, 2015). Tal assistência personalizada promove a implementação de ações específicas pelos pacientes que reconhecem e conseguem aliviar o tempo, a intensidade, e a qualidade desagradável dos sintomas. Assim, as intervenções do gerenciamento de sinais e sintomas, como dor, ansiedade, estresse, dentre outros, devem ser considerados como parte de uma abordagem diferenciada para cuidados (*ibid*).

A atuação da enfermagem deve focar não apenas o paciente, mas também o binômio paciente-cuidador sempre que existente, com direcionamento das intervenções de enfermagem a ambos, buscando agregar a família ao processo

(BAEHRING e MCKORCLE, 2012; SOBECKI-RYNIAK e KROUSE, 2013; KOLLER *et al.*, 2013; CHAMBERS *et al.*, 2014).

Mediante a leitura de estudos que abrangeram a temática da assistência de enfermagem para a promoção do autocuidado do paciente cirúrgico com câncer de cabeça e pescoço foi observado que as ações de enfermagem seguem o enfoque educativo junto ao paciente. Considera-se que os artigos encontrados evidenciaram a importância da assistência de enfermagem em todos os âmbitos nesta clientela.

O enfrentamento da doença com reconhecimento da sua capacidade de autogestão dos sinais e sintomas tais como dor oncológica (física ou emocional) ansiedade e estresse, permite ao paciente a melhora da qualidade de vida do mesmo e os enfermeiros apresentam-se como importantes protagonistas nesta dinâmica. A cirurgia de cabeça e pescoço apresenta um grande impacto na vida do paciente com alteração na fala, respiração e ingestão alimentar, assim, o acompanhamento personalizado é importante para esta população de pacientes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Pós-operatório de Câncer de Cabeça e Pescoço

A ressecção cirúrgica é a principal linha de tratamento para os cânceres de cabeça e pescoço. Os pacientes deste tipo de tumor enfrentam um desgaste físico e psicológico desta enfermidade e sua forma de tratamento, uma vez que nenhuma outra parte do corpo é tão exposta, tornando cicatrizes e mutilações visíveis (BAEHRING e MCKORKE, 2012). As complicações após o procedimento cirúrgico podem trazer consequências físicas, como dor, além de emocional, aumentando o período necessário de hospitalização, com consequente perda da qualidade de vida do paciente (PAYDARFAR e BIRKMEYER, 2006).

Dentre as possíveis complicações associadas às cirurgias de cabeça e pescoço destacam-se as fístulas salivares orocutâneas ou faringocutâneas. Em geral, a presença de saliva não é desejada perto de uma cirurgia oral devido ao seu potencial em causar ruptura dos pontos que resulta em fístulas salivares e infecções locais (BOMELI *et al.*, 2008). Isto ocorre pelo fato da saliva reduzir a resistência à tração de vicryl e suturas usadas para o fechamento de feridas cirúrgicas, aumentando a chance de fístula quando o paciente tem dificuldade de manejo de saliva (FERGUSON *et al.*, 2007). Bomeli *et al.* (2008) complementam sobre o risco aumentado de sangramento devido ao sítio cirúrgico contaminado com bactérias e saliva que podem levar a ruptura de pontos e enxertos, deixando expostos grandes vasos do pescoço.

Mesmo que tais ocorrências muitas vezes estejam associadas a fatores variados (tamanho do tumor, idade, grau de dependência ao álcool ou tabaco, tipo de ressecção, radioterapia prévia), a aderência do paciente ao tratamento é uma das causas (RAMOS *et al.*, 2010). A higiene bucal inadequada destes pacientes pode predispor a complicações como infecção da feridas cirúrgicas, inflamação e infecção dos tecidos orais circundantes, tais como gengivite ou mucosite. Assim, são necessárias técnicas de higiene oral e educação aos pacientes (CHANDU *et al.*, 2002).

Há um consenso mundial sobre a diminuição de complicações em pós-operatórios com o benefício da deambulação precoce após diversos tipos de cirurgias (ILIAS, 2006; ARCÊNCIO *et al.*, 2008; CORDEIRO *et al.*, 2015). Sobre

pacientes oncológicos de cabeça e pescoço, estudo de caso controle de Nasu *et al.* (2011) avaliou a deambulação precoce de 50 pacientes e concluiu que a prática também é eficiente, segura no pós-operatório e pode facilitar a alta. E, apesar do estímulo externo, somente o paciente engajado ao seu tratamento, vai aderir a este cuidado.

Uma adaptação necessária ao paciente em pós-operatório de câncer de cabeça e pescoço é o uso de via alternativa de alimentação que, na maioria das vezes, se dá pelo uso de cateter nasointestinal. Sempre que houver possibilidade, o paciente deve ser estimulado a participar ativamente desta terapia, com a manipulação do cateter, cuidando da instalação de dieta junto à equipe. Isso promove um paciente mais seguro do seu dispositivo, com melhor padrão de nutrição e menor risco de complicações (UNAMUNO e MARCHINI, 2002).

O preparo do cliente para a administração nutrição enteral tem início com o paciente ainda hospitalizado. O enfermeiro faz orientações enquanto administra a alimentação, de modo que o mesmo possa observar e participar, expressando qualquer dúvida ou preocupação (HINKLE e CHEEVER, 2016).

Outro desafio que muitos pacientes em pós-operatório irão ter é o manuseio da traqueostomia, que requer um reajuste no desempenho de algumas atividades de vida diárias bem como o desenvolvimento de habilidades para praticar o autocuidado na sua nova realidade (QUEIRÓS, 2015). A literatura referencia que qualquer tipo de estoma traz um impacto negativo na qualidade de vida de uma pessoa, afetando seu estilo de vida e sua imagem corporal (SALTER, 1992; NUGENT *et al.*, 1999; PERSSON e HELLSTROM, 2002). Os enfermeiros têm papel fundamental perante este paciente no pós-operatório, como auxiliar na adaptação à vida com um estoma, ensinando habilidades práticas, possibilitando a promoção da adesão do indivíduo ao seu autocuidado (BAXTER e SALTER, 2000; LO *et al.*, 2010).

Piwonka e Merino (1999 *apud* CONNOR, 2005) ressaltam que o autocuidado do estoma é o principal fator de ajuste psicológico positivo da formação do estoma. White (1997 *apud* CONNOR, 2005) postula que a adaptação psicológica à cirurgia do estoma pode ser significativa reforçada pela promoção precoce de habilidades de manejo de estoma logo após a cirurgia.

Todo este processo é dificultado pela barreira da comunicação entre enfermeiro e paciente, uma vez que o mesmo, ao ter traqueostomia, não poderá

falar, usando outras formas de comunicação, tais como escrita, quadro, gestos. No entanto, alguns podem ter problemas de alfabetização, o que afetará sua capacidade de comunicar e usar esses métodos (EVERITT, 2016). Para a maioria dos pacientes um dos piores problemas da hospitalização é a falta de informação. Os pacientes com melhor informação são mais capazes de seguir instruções, assim, a comunicação ao paciente deve ter uma participação ativa do mesmo (SERRA, 2000).

Apesar de ser da responsabilidade da enfermagem assegurar que a via aérea não fique comprometida após a cirurgia, o paciente deve aprender a cuidar da sua traqueostomia ainda no hospital, em fases que vão desde o uso do espelho para visualizar a cânula, à observação no manuseio pelo enfermeiro, o manuseio do paciente com a supervisão de profissional até autocuidado sozinho (MASON, 1992; SERRA, 2000; HOFFMAN, 2012). Esse processo deve ser individual a fim de levar os pacientes a um nível em que possam assumir seu autocuidado (GUL e KARADAG, 2010). E antes da alta de cuidados e hospitalar, os enfermeiros devem avaliar as necessidades de cada paciente, a fim de direcionar mais ações educativas (RANKIN *et al.*, 2005 *apud* LO *et al.*, 2010), principalmente os que usarão a traqueostomia em domicílio.

2.2 Teoria de Autocuidado de Dorothea Orem

Promover o real autocuidado não consiste em apenas dizer aos pacientes o que devem ou não fazer, mas significa identificar o papel central das pessoas usuárias na atenção à saúde, além de desenvolver um sentido de autorresponsabilidade (BRASIL, 2013). A Política Nacional de Humanização, não excluindo a responsabilidade do Estado em prover saúde, propõe que o profissional de saúde auxilie os usuários a cuidarem das doenças, principalmente, nas doenças crônicas, onde o resultado do trabalho de saúde depende muito da participação do sujeito.

A concepção de autocuidado muda dependendo da cultura social. A Organização Panamericana de Saúde (2006) o define como o conjunto de práticas realizadas por uma pessoa, objetivando a melhora de sua saúde. Não há um controle médico para prática. Santos e Sarat (2009) complementam ainda como

comportamentos próprios do ser humano, atitudes que o mesmo faz, necessárias à nossa sobrevivência.

À enfermagem é, epistemologicamente, inerente o cuidado às pessoas no processo saúde-doença, na promoção e recuperação da saúde. É um modo de estar com o outro, observando cada um com sua história, com suas características individuais, que mudam a sua capacidade de reabilitação, fazendo o cuidado a cada um diferenciado (SALVIANO *et al.*, 2016).

Para a prática deste cuidado, a enfermagem vem ao longo de anos se pautando em teorias de enfermagem com referências teóricas distintas, mas todas têm como objetivo final ser o suporte da profissão. Embasar o trabalho e o compromisso entre aquele que cuida e quem está sendo cuidado (CRIVARO *et al.*, 2007). E uma das teorias mais destacadas pela enfermagem é a teoria de Autocuidado de Orem.

O uso da teoria de Orem justifica-se pelo fato da mesma mostrar a importância do engajamento do cliente para seu autocuidado, estimulando-o a participar, de forma ativa, da sua recuperação, sendo a teoria de autocuidado mais referenciada a nível mundial (SANTOS e SARAT, 2008; RAIMUNDO *et al.*, 2012). O modelo de Orem também permite à enfermagem um direcionamento de ações assistenciais, respondendo às necessidades dos indivíduos, facilitando o planejamento da assistência de enfermagem para os mesmos.

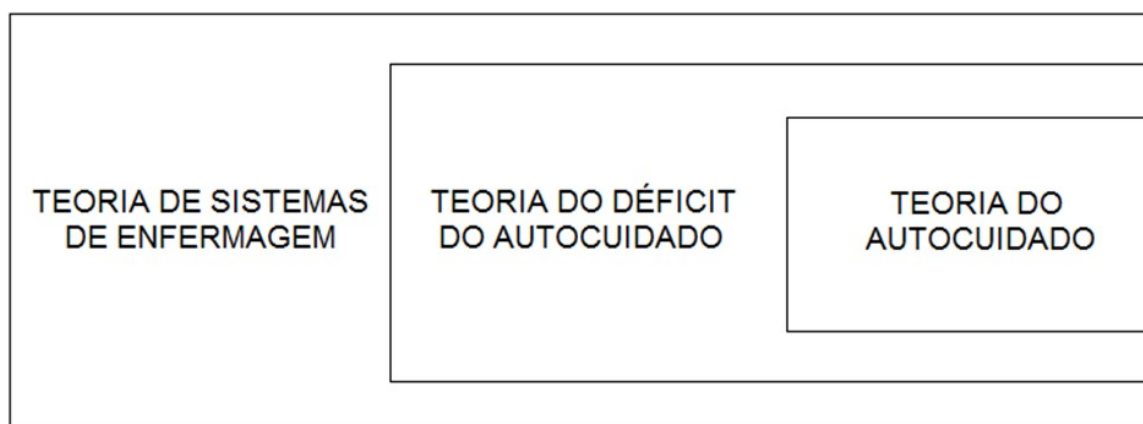
Dorothea Elizabeth Orem foi uma enfermeira norte-americana, nascida em 1914, em Maryland (Baltimore). Em 1930, começou seus estudos em enfermagem na *Providence School of Nursing* e concluiu com Bacharelado (1939) e Mestrado (1945) na *Catholic University of America*, ambas localizadas em Washington, DC. Possuía dois doutorados, um pela *Georgetown University* e outro pela *Illinois Wesleyan University* (HARTWEG, 1991). Faleceu em 22 de junho de 2007, aos 92 anos (DeLORME, 2007).

Sua trajetória acadêmica denota a importância que teve para o meio científico da enfermagem. Apesar de, na enfermagem, o termo autocuidado ter sido introduzido por Virginia Henderson e Lydia Hall, Orem foi a precursora da definição, ao perceber a dificuldade que muitos indivíduos tinham em praticar o autocuidado e, assim, decidiu formalizar um conceito. Segundo Dupas (1994), Orem vê o ser

humano com diferença de qualquer outro ser pela habilidade de poder pensar sobre si mesmo, e possibilidade de fazer ações favoráveis para si e para os outros.

A teoria geral de enfermagem de Orem é constituída por três divisões: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit do Autocuidado e a Teoria de Sistemas de Enfermagem. Segundo Santos e Sarat (2009), as três teorias são inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado apresenta o conceito de autocuidado e como ele se relaciona com o indivíduo; na Teoria do Déficit de Autocuidado observa-se quando há necessidade da ajuda da enfermagem; e na Teoria de Sistemas de Enfermagem identifica-se como os profissionais podem oferecer ajuda às necessidades de autocuidado. Uma se conecta à outra como demonstra a Figura 1.

Figura 1 - Teorias de Orem. Rio de Janeiro, 2017.



Fonte: ilustração adaptada de OREM, 2001.

2.2.1 Teoria do Autocuidado

Orem (2001) conceitua que autocuidado é uma função de regulação onde pessoas decidem por responder às exigências da vida, manter o seu desenvolvimento e funcionar de maneira integral. Pode ser adquirida e quando é realizado de maneira efetiva, auxilia o indivíduo a manter seu bem-estar. Diferencia-se de outras funções reguladoras do ser humano, por ser uma ação deliberada. Esta definição começou em 1956, mas foi formalizada e validada pelo trabalho do *Nursing Development Conference Group*, em 1967.

Já a agência de autocuidado é a capacidade do indivíduo em aderir esta prática e promover seu autocuidado no seu dia a dia. Seu desenvolvimento pode ocorrer devido curiosidade intelectual, pela instrução e supervisão de outros ou pela

experiência em praticar o autocuidado (OREM, 2001). No Brasil, as expressões mais difundidas pela enfermagem são capacidade de autocuidado (CADE, 2001; COURA *et al.*, 2013; ARAÚJO *et al.*, 2016), atividade de autocuidado (SANTOS e SARAT, 2009; RAIMONDO *et al.*, 2012) ou ação de autocuidado (BUB *et al.*, 2006; RAMOS *et al.*, 2007). Neste estudo, unificamos a nomenclatura como capacidade de autocuidado para facilitar o entendimento dos conceitos. Orem (2001) afirma que, às vezes, o indivíduo tem meios para realizar o autocuidado, porém não o faz, ou seja, não operacionaliza o autocuidado.

Outro conceito difundido por Orem (2001), a demanda terapêutica de autocuidado, constitui o total de ações de autocuidado, através de métodos válidos durante um período de tempo. Essa demanda atende às necessidades frente aos requisitos de autocuidado. São três as categorias de requisitos autocuidado descritas: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde.

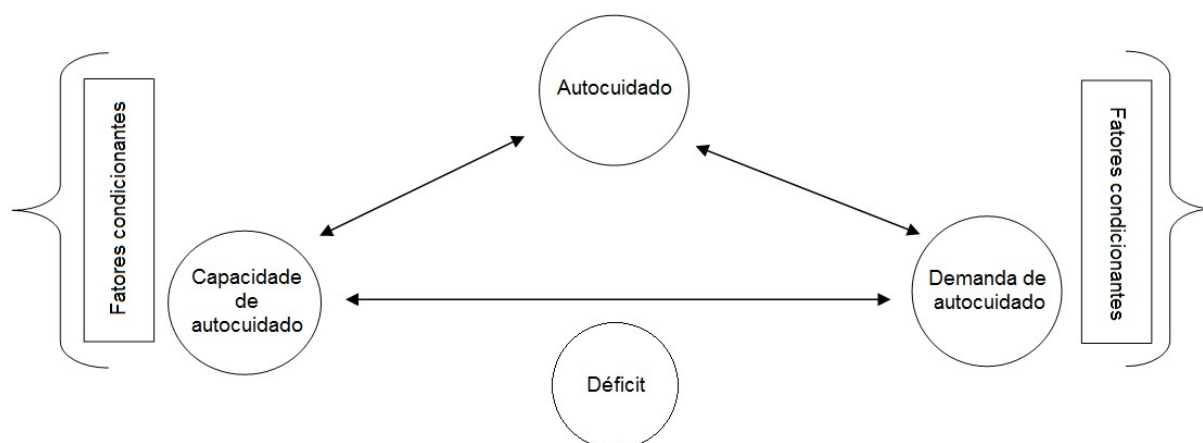
Foster e Jansses (2000) afirmam que, para Orem, os universais estão direcionados aos processos gerais da vida, e à continuidade da integridade do funcionamento humano. São comuns a todas as pessoas durante a vida e podem ser ajustadas conforme a idade, ambiente. Os requisitos de desenvolvimento são aqueles remetidos a processos de desenvolvimento a algum evento específico, como em adaptações que fazemos às novidades que surgem ao longo da vida. O desvio de saúde é o que surge em condições de doença e também pode ser consequência de medidas médicas exigidas para diagnosticar e corrigir uma condição.

Todos esses requisitos formam uma rede, onde os requisitos universais e os de desenvolvimento são primordiais para a evolução humana e a prevenção primária de doenças, enquanto o atendimento precoce dos desvios de saúde ajuda a controlar doenças nos estágios iniciais (prevenção secundária) ou nos mais avançados (prevenção terciária) (OREM, 2001).

Orem (2001) também cita que os membros da *Nursing Development Conference Group* reconheceram que certas características individuais afetavam a capacidade do mesmo de praticar seu autocuidado, em determinados períodos, e em determinadas situações. Essas características são denominadas fatores condicionantes básicos. São 10 fatores condicionantes a saber: idade, gênero, estado de desenvolvimento, estado de saúde, padrão de vida, fatores do sistema de saúde,

fatores do sistema familiar, fatores socioculturais, disponibilidades de recursos e fatores ambientais. O desenvolvimento e a manutenção capacidade de autocuidado dependem de tais fatores. A Figura 2 ilustra como os fatores interferem na capacidade de autocuidado e a demanda de autocuidado.

Figura 2 - Relação dos fatores condicionantes com a capacidade de autocuidado e a demanda de autocuidado. Rio de Janeiro, 2017.



Fonte: Ilustração adaptada de OREM, 2001.

2.2.2 Teoria do Déficit do Autocuidado

Para conceituar sua teoria, Orem escolheu a palavra “déficit” por explicar a relação entre a capacidade do indivíduo em praticar o autocuidado com a real demanda de autocuidado para consigo mesmo. Não se refere a uma determinada limitação, mas sim à capacidade de ação versus a necessidade (HARTWEG, 1991).

Nesta teoria, Orem (2001) explica por que os indivíduos precisam da enfermagem. A enfermagem pode ser exigida quando indivíduo é incapaz ou tem limitação para efetuar a capacidade de autocuidado frente a demanda necessária; ou quando o indivíduo é capaz, porém pode-se prever um aumento futuro da demanda que não será acompanhando pela capacidade de autocuidado.

Vitor, Lopes e Araújo (2010) comentam que teoria de enfermagem do déficit de autocuidado é o núcleo principal de Orem, sendo descrita, como uma teoria geral de enfermagem. Essa teoria auxilia à enfermagem a descobrir quando é necessária sua atuação.

Orem, de acordo com Foster e Jansses (2000), identificou cinco métodos de ajuda: 1) agir ou fazer para o outro; 2) guiar o outro; 3) apoiar o outro (física ou

psicologicamente); 4) proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação; e 5) ensinar o outro. O enfermeiro pode usar todos os métodos, concomitantemente ou separados.

2.2.3 Teoria dos Sistemas de Enfermagem

Esta teoria estrutura o conteúdo da prática de enfermagem. É a teoria que articula a ação de enfermagem com as demandas terapêuticas de autocuidado dos pacientes e capacidade do autocuidado (OREM, 2001).

A atividade de enfermagem é complexa em que, após estudos e treinamentos, há a habilidade para observar e preencher as demandas terapêuticas de autocuidado, exercitando sua própria ação de autocuidado (Orem 1991 *apud* FOSTER e JANSSENS, 2000). Para satisfazer os requisitos de autocuidado do indivíduo, Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem, conforme ilustrado na Figura 3: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação.

Para Orem (2001), o sistema totalmente compensatório é quando o indivíduo não tem capacidade de cuidar de si e, assim, a enfermagem presta sua assistência, substituindo-o. Três subtipos de sistema totalmente compensatório são reconhecidos: sistema em que pessoa é incapaz de se engajar em qualquer forma de ação deliberada (exemplo: paciente em coma); sistema de enfermagem para pessoas que estão conscientes para fazer decisões e julgamentos sobre autocuidado mas não podem ou não devem executar ações; sistema de enfermagem para pessoas que não podem fazer julgamento e decisões sobre autocuidado, porém podem executar algumas medidas de autocuidado com orientação e supervisão contínua.

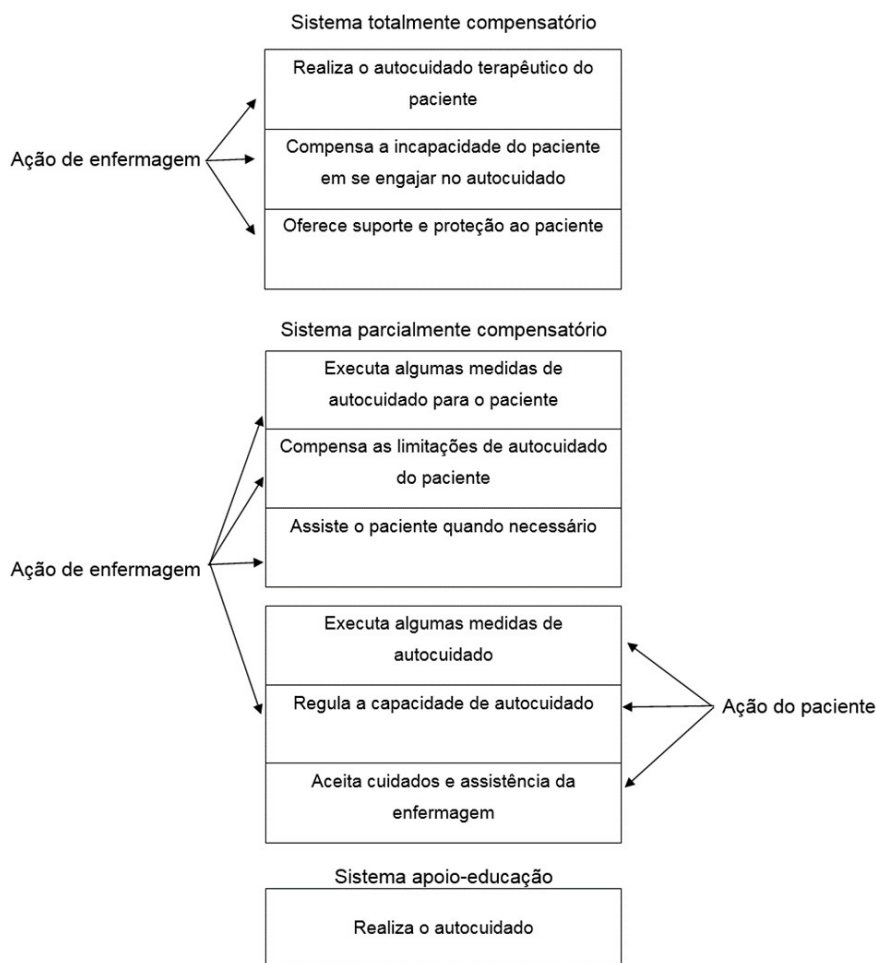
Sistema parcialmente compensatório, quando a enfermeira e o indivíduo participam, conjuntamente, na realização de ações terapêuticas de autocuidado. A distribuição de responsabilidade à enfermeira e ao paciente varia com a limitação atual do paciente para atividades; o conhecimento do paciente e habilidades necessárias; e o fator psicológico do paciente para executar ou aprender ações de autocuidado. Tanto o paciente quanto a enfermeira podem ser protagonistas neste

sistema. Nestas situações todas as cinco formas de ajuda podem ser usadas (OREM, 2001).

O sistema de apoio-educação é quando o indivíduo necessita de assistência na forma de apoio, orientação e ensinamento. O paciente pode executar e aprender sobre medidas de autocuidado. É o único sistema em que os requisitos do paciente estão condicionados a tomada de decisão, controle de comportamento e aquisição de conhecimento e habilidades. Como subtipos deste sistema, no primeiro, o paciente pode executar medidas de cuidado, porém precisa de direcionamento e apoio da enfermagem. No segundo, o ensino é o método preferencial de ajuda. No terceiro, prover ao paciente um ambiente de desenvolvimento é o método de escolha. E no quarto subtipo, o paciente é competente quanto ao autocuidado, porém necessita de direcionamento periódico, assim, a enfermagem funciona como uma consultoria (OREM, 2001).

Orem (2001) afirma que a produção de cada um dos sistemas em situações concretas requer condições facilitadoras interpessoais, e interação enfermagem-paciente. Um ou mais sistemas pode ser usado no mesmo paciente, à medida que o paciente vai evoluindo de uma condição que diminui sua capacidade de autocuidado.

Figura 3 - Representação dos sistemas de enfermagem.



Fonte: adaptado de OREM, 2001.

A enfermagem em seu âmbito profissional é quem ajuda paciente, gerando a interação dos dois lados a partir da assistência, além da abordagem holística junto aos familiares, junto ao tratamento, levando orientações, estimulando-os em práticas de autocuidado. Para isto, a educação em saúde é necessária e o enfermeiro se envolve em trabalhos de ensino atuando como professor do paciente (HOST *et al.*, 2006)

As práticas de educação em saúde pela enfermagem é uma realidade devido alterações no modelo de saúde, com a introdução do conceito de promoção da saúde. O processo de ensino é uma estratégia reconhecida para o enfrentamento de problemas que afetam a sociedade. A atuação da enfermagem é uma relação de diálogo reflexiva, onde faz o paciente se perceber como capaz de alterar sua saúde. A enfermagem como ciência se inova com metodologias de ensino para melhor assistência (LOPES *et al.*, 2009; PINHEIRO, 2011).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Pesquisa metodológica com delineamento descritivo exploratório para a validação do conteúdo de uma escala de caráter quantitativo. Neste tipo de pesquisa, o conhecimento obtido fundamenta-se na investigação, mensuração e compreensão minuciosa da verdade objetiva (SOUZA *et al.*, 2007).

Possui desenho não experimental que pode ser definido como aquele que se não têm definição casual, controle de variáveis ou grupos de comparação. Não há interferência do pesquisador que apenas observa de maneira natural a fim de obter seus dados (*ibid*). Este tipo de metodologia permite obter e organizar dados, pela validação e confiabilidade de instrumentos (POLIT e BECK, 2011).

A validade permite evidenciar se o mesmo, efetivamente, mede o que ele se propõe. A validade apresenta vários aspectos: aparência, conteúdo, critério e do construto (*ibid*). Neste estudo, optou-se por avaliar a validade de conteúdo, que propõe conferir se o instrumento possui itens apropriados para medir um construto específico, englobando corretamente seu domínio. Assim, o estudo seguiu duas etapas: Na 1ª etapa foi o processo de validação de conteúdo por juízes especialistas para refinamento e aprimoramento do instrumento e, na 2ª etapa, a aplicação do instrumento nos participantes da pesquisa (item 3.3.2.)

3.2 Etapa 1: Validação de Conteúdo

O julgamento da validade de conteúdo foi realizado por um grupo de experts na área de abrangência do instrumento (autocuidado e oncologia). O ideal para a avaliação do conteúdo de um instrumento é a formação de um comitê que deve ser da confiança do pesquisador (LYNN *apud* DINI, 2013). E, apesar de haver divergências na literatura sobre o número ideal de integrantes, definimos um limite de, no mínimo, 5 juízes no total do painel, conforme indica Lynn (1986), que foi citada em mais de 3 mil artigos em estudos sobre validação.

Segundo a literatura, a escolha dos juízes deve ser baseada em: ter experiência clínica; publicar sobre o tema; ser perito na estrutura conceitual envolvida e ter conhecimento metodológico sobre a construção de questionários e

escalas (GRANT e DAVIS, 1997; DAVIS, 1992 *apud* ALEXANDRE E COLUCI, 2009), assim, seguimos essas diretrizes para a formação do comitê.

3.2.1 Juízes e Amostra

A procura do painel de juízes foi feita no sistema de busca na Plataforma Lattes. Como os selecionados são de diferentes regiões do Brasil, o contato entre a pesquisadora e os mesmos foi basicamente por correio eletrônico. Aos juízes foi enviada uma carta-convite (Apêndice 1) por endereço eletrônico. Os selecionados tiveram seus dados descritos na ficha de caracterização (Apêndice 2).

Os critérios avaliados nos currículos lattes para escolha dos juízes nesta pesquisa foram:

- graduação em enfermagem e;
- experiência assistencial em enfermagem oncológica de, no mínimo, 5 anos, ou;
- experiência em qualquer área de enfermagem, de no mínimo, 5 anos, porém com 2 publicações (mínimo) no meio científico nos últimos 5 anos, sobre enfermagem com a abordagem em autocuidado ou uma publicação no meio científico de processo validação de algum instrumento para uso pela enfermagem brasileira.

3.2.2 Instrumento para Coleta de Dados

Nesta etapa, ocorrida em maio/2017, foram usados para coleta de dados a ficha de caracterização dos juízes (Apêndice 2), e o formulário de avaliação de conteúdo (Apêndice 3).

Na avaliação de conteúdo, os juízes foram solicitados para que emitissem questionamentos e sugestões com finalidade de melhora dos itens. O conteúdo do instrumento foi revisto e com considerações de mudança fornecidas pelo painel de experts, sugeriu-se um novo instrumento CADEM Nogueira-Souza (Anexo 2).

3.3 Etapa 2: Aplicação do Instrumento

3.3.1 Cenário

A pesquisa foi realizada nos meses de junho e julho de 2017 em um Instituto da rede pública federal especializada no atendimento oncológico na cidade do Rio de Janeiro devido a sua importância no cenário nacional no controle do câncer com ações de prevenção, detecção precoce e tratamento. O setor específico da pesquisa foi a Clínica Cirúrgica de Cabeça e Pescoço, composta por 27 leitos.

3.3.2 Participantes e Amostra

Pacientes com câncer de cabeça e pescoço em pós-operatório internados num Instituto da rede pública federal especializada no atendimento oncológico no Rio de Janeiro. Após confirmação diagnóstica na rede básica, os pacientes entram no Sistema de Regulação onde são direcionados aos diversos polos de tratamento de câncer no estado do Rio de Janeiro.

Uma vez encaminhados ao Instituto, os pacientes têm sua 1ª consulta médica agendada em que há a marcação de exames complementares a fim do estadiamento da doença. Após os exames, uma mesa redonda entre médicos ocorre, para definição do tratamento dos pacientes direcionados. Os que são considerados cirúrgicos são colocados nas agendas de programação. Com a cirurgia marcada, os pacientes são chamados para internação no setor de cirurgia de cabeça e pescoço um dia antes da data programada. Ao chegarem ao setor são recebidos pelo enfermeiro e há a coleta do histórico de enfermagem. Neste momento, ocorrem também as orientações sobre rotinas do hospital e orientações pré-operatórias, como quanto à necessidade de jejum de 12 horas; banho na manhã da cirurgia com clorohexedina degermante e higienização da cavidade oral com uso de enxaguatório bucal sem álcool. A enfermeira questiona o paciente sobre a autorização e conhecimento sobre o procedimento cirúrgico e elucida dúvidas. No dia da cirurgia, os pacientes são encaminhados pela enfermeira ao centro cirúrgico de acordo com a programação do mapa cirúrgico. O tempo de cirurgia é em média de 3-4 horas. Após o retorno do procedimento cirúrgico, o paciente é posicionado no leito, com cabeceira em 45°, exceto as cirurgias com orientação médica contrária. As grades são levantadas, e os pacientes são orientados a repouso.

De maneira geral, no 1º dia de pós-operatório, os pacientes são encaminhados ao banho de aspersão, e recebem orientação da enfermeira quanto à necessidade de higiene oral com solução enxaguante não alcóolica de 2 em 2 horas; não ingerir, nem acumular saliva na cavidade oral; e estímulo a deambulação. Se houver sonda de alimentação, o paciente e acompanhante recebem orientações quanto à manipulação desta. Em caso de traqueostomia temporária ou permanente, a enfermeira inicia as explicações sobre a nova via respiratória como retirada da subcânula para limpeza; limpeza da área peritraqueostomal e curativo peritraqueostomal.

Para selecionar os pacientes do estudo, os critérios de inclusão foram: idade acima de 18 anos e 2º dia de pós-operatório. Foram excluídos os menores de 18 anos; pacientes em pós-operatório imediato; pacientes em pós-operatório a partir do 3º dia da cirurgia; pacientes que tiveram intercorrências no trans-operatório ou pós-operatório. O setor específico da pesquisa, a Clínica Cirúrgica de Cabeça e Pescoço tem a programação de, aproximadamente, 3 a 5 cirurgias por dia útil, excluindo as 4ª feiras, em que não há expediente da equipe de cirurgia desta clínica no Centro Cirúrgico, devido o acontecimento da Mesa Redonda da equipe. Assim, ocorre por semana, por volta de 15 a 20 cirurgias, com uma média de 60 cirurgias mensais.

Foi definido como número mínimo para amostragem, 50 participantes, uma vez que o tempo para realização da coleta era de 1 mês. Os participantes selecionados, tiveram dados socioeconômicos e nosológicos coletados, e foram avaliados com o uso dos instrumentos CADEM (original e adaptado) no 2º dia de pós-operatório.

3.3.3 Instrumentos para Coleta de Dados

Nesta 2ª etapa, foi utilizada a ficha de informações sociodemográficas e nosológicas (Apêndice 4) com coleta da idade, escolaridade, profissão, renda, diagnóstico médico, e cirurgia realizada dos pacientes selecionados. Os dados desta ficha foram coletados pelo prontuário. Também foram usados o instrumento CADEM original (Anexo 1) e o instrumento CADEM Nogueira-Souza (Anexo 2), simultaneamente, em que ambos foram preenchidos pela pesquisadora, com uso da técnica de observação estruturada, para documentar ações e eventos específicos.

3.4 Aspectos Éticos

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 foi utilizada como princípio ético legal, determinada pelo Conselho Nacional de Saúde. O respeito é necessário, pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e da Instituição Co-participante, sendo parecer favorável em ambos (Apendice 5), com nº CAAE 62471116.3.0000.5285 e 62471116.3.3001.5274, respectivamente.

Aos participantes de pesquisa, os pacientes, foram explicados os objetivos da pesquisa solicitando a participação do mesmo na pesquisa, permitindo a sua observação. Depois de esclarecido sobre a sua livre participação e garantia de anonimato, foi solicitado que assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 6), uma vez que concordasse com a participação. A coleta de dados socioeconômicos e nosológicos foi feita pelos prontuários, com identificação de cada indivíduo por uma numeração a fim de facilitar a coleta e preservar a identidade do mesmo.

Aos juízes especialistas, após a carta convite, foi enviado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 7) para participarem no julgamento do instrumento.

Em relação a pesquisadora Denise Dias, que desenvolveu o instrumento CADEM após uma adaptação (Dias, 1996), foi feito contato por via eletrônica e a mesma autorizou a validação de conteúdo do instrumento (Apêndice 8).

3.5 Organização e análise dos dados

Para a análise da validade de conteúdo (1ª etapa), os dados foram organizados em planilhas no arquivo Word® (fins de comparação) e, após, foram transcritos para o programa Excel®. Estes foram submetidos a análise estatística, por meio do uso do teste de índice de validade de conteúdo (IVC), de maneira individual em cada item avaliado e, posteriormente, de maneira global no instrumento como um todo.

A forma mais usada para mensurar a validade de um instrumento é o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Ele permite a avaliação de cada item individualmente (IVC-I) e da escala como um todo (IVC-S) (POLIT e BECK, 2006). Este método emprega uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro. Para avaliar a relevância/representatividade, as respostas incluíam: 1 = não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4 = item representativo (ALEXANDRE e COLUCI, 2011).

O total de pontos do índice de cada item é avaliado pela média de pontuações de “3” ou “4” dada pelos especialistas (GRANT e DAVIS, 1997), conforme a seguinte fórmula:

$$\text{IVC-I} = \frac{\text{Número de respostas “3” e “4”}}{\text{Número total de respostas}} \quad (\text{ALEXANDRE e COLUCI, 2011}).$$

E pode-se chegar ao resultado do IVC-S (total) de três formas de acordo com POLIT e BECK (2006), porém decidimos por calcular o valor a partir da média dos valores dos itens obtido separadamente (IVC-I), dividindo pelo número total de itens.

Para a avaliação do instrumento como um todo, apesar de divergências na literatura, muitos escritores indicam que um IVC-S de 0.80 ou mais é aceitável (GRANT e DAVIS, 1997; POLIT e BECK, 2006).

4 RESULTADOS

4.1 Etapa 1 – Validação de Conteúdo

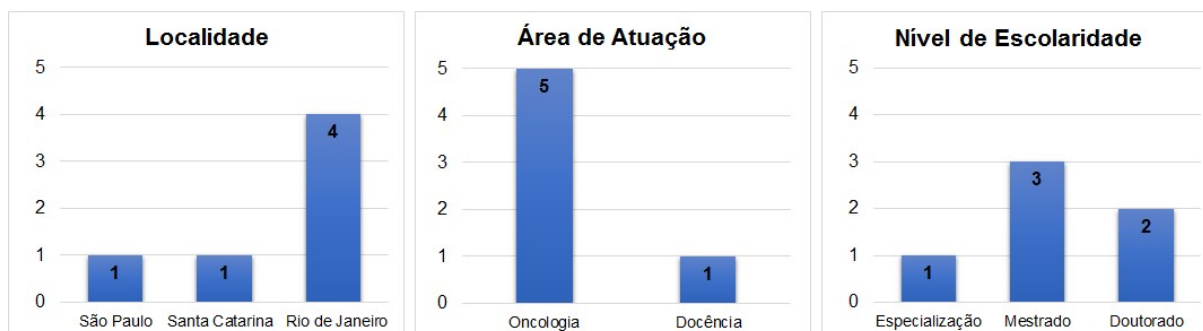
4.1.1 Amostra dos Juízes

Na área de busca da plataforma lattes, foram inseridos os assuntos “oncologia”; “enfermagem”; “autocuidado” e “validação”. Foi selecionado o filtro “Atuação profissional” com a grande área “Ciências da Saúde” e área “Enfermagem”. Após os resultados, foram selecionados a partir dos critérios de inclusão pela análise do currículo lattes, 10 juízes aptos a fazerem parte do comitê de especialistas. Após o envio da carta convite, somente 6 juízes aceitaram o convite dentro de 20 dias, que foi o tempo limite acertado na carta convite para retorno da resposta do aceite ou não para participação do estudo. Assim foi enviado aos juízes, o termo de consentimento livre e esclarecido, bem como formulário para avaliação do instrumento CADEM.

4.1.2 Caracterização dos Juízes

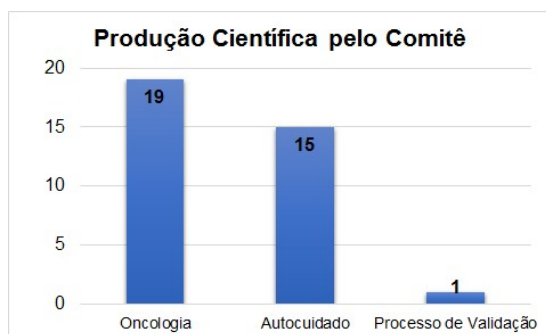
Todos os juízes do painel eram enfermeiras. Quatro eram do Rio de Janeiro, uma de Santa Catarina e a outra de São Paulo, com tempo de experiência profissional entre seis a vinte anos, sendo que 5 trabalhavam, especificamente, em oncologia e uma na área da docência. Sobre o nível de escolaridade, duas profissionais já possuíam doutorado completo, duas estavam com o doutorado em andamento, uma apresentava grau de mestre e uma apresentava título de especialista Lato Sensu em oncologia. O comitê tinha um total de 21 artigos publicados sobre as temáticas abordadas, sendo 19 abordavam a oncologia; 15 sobre autocuidado e 1 sobre processo de validação. Nota-se que alguns artigos abordavam as temáticas oncologia e autocuidado de maneira conjunta. O Gráfico 1, o Gráfico 2 e o Quadro 5 expõem a caracterização dos juízes.

Gráfico 1 - Caracterização dos juízes quanto à localização, experiência profissional e nível de especialidade. Rio de Janeiro, 2017.



Fonte: Nogueira, 2017.

Gráfico 2 - Caracterização dos juízes quanto à produção científica. Rio de Janeiro, 2017.



Fonte: Nogueira, 2017.

Quadro 5 - Síntese da produção científica dos juízes. Rio de Janeiro, 2017.

	Título	Objetivos	Temática
1	Saúde do homem, masculinidades e a relação com câncer de laringe: implicações para a enfermagem	Analisar a abordagem sobre a saúde do homem, as masculinidades e sua relação com o câncer de laringe na produção científica nacional, apresentar as características dessa produção, apontar as lacunas existentes e indicar as implicações para a enfermagem.	Oncologia Autocuidado
2	O cuidado à pessoa traqueostomizada: análise de um folheto educativo.	Identificar e analisar os recursos de comunicação expressos pelo folheto educativo para mediar conteúdos sobre o cuidado à pessoa traqueostomizada.	Oncologia Autocuidado

3	Cuidando e promovendo adaptação do cliente com estoma na perspectiva da concepção de Roy.	Identificar os estímulos e comportamento da cliente após a confecção do estoma, elaborar as intervenções de enfermagem e avaliar as intervenções estabelecidas.	Oncologia Autocuidado
4	O cliente laringectomizado na situação de abandono familiar: identificação de diagnósticos de enfermagem	Identificar os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes na situação de abandono familiar de clientes laringectomizados por neoplasia de laringe, empregando a Taxonomia I de NANDA	Oncologia
5	Avaliação da dor em pacientes oncológicos	Avaliar a algia em pacientes oncológicos atendidos por uma associação beneficente Em um município de Minas Gerais	Oncologia
6	Avaliação da dor em mulheres com câncer de mama submetidas à exérese da rede linfática axilar	Avaliar a intensidade e características do quinto sinal vital, a dor, em 20 mulheres com câncer de mama submetidas à cirurgia mamária com exérese linfática axilar	Oncologia Autocuidado
7	Assistência de enfermagem perioperatória aos pacientes com câncer de bexiga	Caracterizar o perfil de pacientes com câncer de bexiga em uma unidade cirúrgica de um hospital especializado em oncologia do interior paulista e analisar os cuidados de enfermagem realizados para esta clientela.	Oncologia Autocuidado
8	Significados da qualidade de vida no contexto da quimioterapia pelo paciente com câncer colorretal	Interpretar os significados atribuídos à qualidade de vida por pacientes com câncer colorretal em quimioterapia.	Oncologia
9	Necessidades do estomizado intestinal em seguimento oncológico: revisão integrativa	Analisar a produção científica nacional e internacional sobre as necessidades dos pacientes estomizados intestinais oncológicos em seguimento ambulatorial e as ações de enfermagem nesse contexto.	Oncologia Autocuidado
10	Estratégias de ensino para o autocuidado de estomizados intestinais.	Identificar, na produção científica, estratégias de ensino do autocuidado para estomizados intestinais.	Oncologia Autocuidado
11	O trabalho dos profissionais de enfermagem em unidade de terapia intensiva na assistência ao paciente oncológico	Identificar os fatores que influenciam a atuação dos profissionais de enfermagem em unidades oncológicas e estratégias que favoreçam a assistência ao paciente oncológico na literatura.	Oncologia

12	Fístula Faringocutânea em Paciente Oncológico: Implicações para a Enfermagem	Descrever as principais implicações da complicação fístula faringocutânea para subsidiar a assistência de enfermagem.	Oncologia Autocuidado
13	Características socioculturais e clínicas de estomizados intestinais e de familiares em um Programa de Ostomizados	Analisar as características socioculturais e clínicas de estomizados intestinais e de familiares no Programa de Ostomizados de um município paulista.	Oncologia Autocuidado
14	Vídeo educativo: estratégia de ensino-aprendizagem para pacientes em tratamento quimioterápico	Descrever as etapas de desenvolvimento de um vídeo educativo sobre o tratamento quimioterápico, como estratégia de educação para os pacientes oncológicos em quimioterapia.	Oncologia Autocuidado
15	O ensino do autocuidado aos pacientes e seus familiares: uma revisão integrativa.	Caracterizar a literatura nacional e internacional sobre o ensino do autocuidado a pacientes estomizados intestinais e seus familiares.	Oncologia Autocuidado
16	Os direitos legais dos sobreviventes brasileiros com câncer	Analisar a exposição sobre os direitos dos sobreviventes com câncer em relação à legislação vigente, abordados por três folhetos informativos, na perspectiva do enfermeiro.	Oncologia Autocuidado
17	Nursing care to the women with breast cancer: literature review	Analisar a produção científica nacional sobre os cuidados de enfermagem às mulheres com câncer de mama	Oncologia Autocuidado
18	O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais	Levantar o conhecimento dos pacientes oncológicos sobre seus direitos, identificar os mais conhecidos e verificar o conhecimento dos procedimentos para sua solicitação.	Oncologia
19	Registro e avaliação das práticas de promoção da saúde nos grupos da atenção primária	Conhecer o registro e a avaliação das práticas de promoção da saúde nos grupos realizadas pela equipe da atenção primária.	Autocuidado
20	Elaboração e validação do instrumento de entrevista de enfermagem.	Elaborar e validar o instrumento entrevista de enfermagem para a coleta de dados na assistência de enfermagem, guiado pelo referencial de Orem	Validação de Autocuidado

21	Análise bibliométrica de artigos sobre laringectomia total	Analisar a produção intelectual sobre laringectomia total.	Oncologia
----	--	--	-----------

Fonte: Nogueira, 2017.

Ao analisar os artigos desenvolvidos pelos juízes, denota-se conhecimento sobre a temática abordada nesta pesquisa, com amplo saber acerca enfermagem oncológica com enfoque na questão de autocuidado, sendo Orem a grande referência quando o autocuidado emerge.

4.1.3 Avaliação do Comitê

Os resultados da concordância dos juízes quanto ao conteúdo do CADEM e o índice de validade de conteúdo para o instrumento estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Índice de validade de conteúdo do instrumento. Rio de Janeiro, 2017.

Constructo	IVC
Comunicação/ Definição	1
Comunicação/ Graduação 1	1
Comunicação/ Graduação 2	0,83
Comunicação/ Graduação 3	1
Comunicação/ Graduação 4	1
Comunicação/ Graduação 5	0,83
Atividades diárias/ definição	1
Atividades diárias/ Graduação 1	1
Atividades diárias/ Graduação 2	1
Atividades diárias/ Graduação 3	0,83
Atividades diárias/ Graduação 4	0,83
Atividades diárias/ Graduação 5	1
Deambulação/ Definição	1
Deambulação/ Graduação 1	1
Deambulação/ Graduação 2	1
Deambulação/ Graduação 3	1
Deambulação/ Graduação 4	1
Deambulação/ Graduação 5	1
Eliminações/ Definição	1
Eliminações/ Graduação 1	1
Eliminações/ Graduação 2	1

Eliminações/ Graduação 3	0,83
Eliminações/ Graduação 4	0,83
Eliminações/ Graduação 5	0,83
Mobilidade/ Definição	0,83
Mobilidade/ Graduação 1	1
Mobilidade/ Graduação 2	0,83
Mobilidade/ Graduação 3	0,83
Mobilidade/ Graduação 4	0,83
Mobilidade/ Graduação 5	0,83
TOTAL DE PONTOS / NÍVEL I	1
TOTAL DE PONTOS / NÍVEL II	0,83
TOTAL DE PONTOS / NÍVEL III	1
TOTAL DE PONTOS / NÍVEL IV	1
ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO	0,935

Fonte: Nogueira, 2017.

Ainda que tenham concordado com o conteúdo, e o instrumento CADEM tenha atingindo um IVC satisfatório de 0,935, os juízes se expressaram quanto às possíveis melhorias para o refinamento do instrumento. As principais sugestões sobre cada constructo estão expostas no Quadro 6 que permitiram o instrumento CADEM Nogueira-Souza (Quadro 7). No Quadro 6, em vermelho encontra-se a única sugestão que não foi aproveitada.

Quadro 6 - Sugestões dos juízes. Rio de Janeiro, 2017.

Constructo	Considerações, críticas e sugestões
Comunicação/ Definição	Citar a compreensão e cognição.
Comunicação/ Graduação 1	Substituir ou excluir o termo abstrações. Idéia de complexidade não está clara.
Comunicação/ Graduação 2	Inserir a compreensão e coerência. Incluir se compreende e obedece a ordens. Acrescentar a escrita como método de comunicação. Rever quanto à comunicação em paciente em uso de tubo endotraqueal.
Comunicação/ Graduação 3	Descrever melhor o termo confuso. Incluir se compreende e obedece a ordens.
Comunicação/ Graduação 4	Descrever melhor para facilitar a diferenciação da graduação 3.
Comunicação/ Graduação 5	Avaliar se o instrumento é válido para paciente sedados ou comatosos.
Atividades diárias/ Definição	Completar a definição.
Atividades diárias/ Graduação 1	Mudar a redação para uniformizar a escrita com as demais graduações.
Atividades diárias/ Graduação 2	Mudar a redação para uniformizar a escrita com as demais graduações. Na graduação 2, já deveria ser acrescentado sobre o uso de dispositivo de

	alimentação, constando a avaliação se o paciente ao possuir dispositivo, consegue manuseá-lo.
Atividades diárias/ Graduação 3	Mudar a redação para uniformizar a escrita com as demais graduações. Explicar melhor para facilitar a diferenciar da graduação 4. Especificar o que são aparatos terapêuticos.
Atividades diárias/ Graduação 4	Melhorar a redação. Especificar o motivo da dificuldade.
Atividades diárias/ Graduação 5	Especificar melhor a questão do uso de sonda alimentar, pois não é compatível afirmar que o paciente apto a andar, vestir-se e banhar-se sozinho seja classificado como graduação 5 por fazer uso de sonda alimentar. Especificar o motivo da dificuldade.
Deambulação/ Definição	Acrescentar a ideia de capacidade física.
Deambulação/ Graduação 1	Acrescentar “problemas ou dificuldades”.
Deambulação/ Graduação 2	Especificar qual tipo de auxílio necessita.
Deambulação/ Graduação 3	Explicar melhor para facilitar a diferenciar da graduação 2. Especificar o tipo de apoio.
Deambulação/ Graduação 4	Especificar que a restrição no leito é devido a uma situação temporária.
Deambulação/ Graduação 5	Explicar o porquê da não deambulação.
Eliminações/ Definição	Substituir o termo defecar.
Eliminações/ Graduação 1	Acrescentar que é sem auxílio.
Eliminações/ Graduação 2	A graduação 2 deveria ser a graduação 3, uma vez que há uma restrição no leito. Na graduação 2, já deveria ser acrescentado sobre o uso de dispositivo de eliminação (cateter vesical, colostomia) que não impede a deambulação. Deveria constar a avaliação de que o paciente ao possuir dispositivo, se o mesmo consegue manuseá-lo.
Eliminações/ Graduação 3	A graduação 2 deveria passar a graduação 3. Citar que há restrição no leito para uso de comadre e/ou patinho.
Eliminações/ Graduação 4	Explicar o porquê das perdas ocasionais. Explicitar se consegue ir ao banheiro sozinho ou não.
Eliminações/ Graduação 5	Referir sobre o uso da fralda. Incluir o uso de dispositivo de eliminação (cateter vesical, colostomia) que nesta graduação, o paciente não tem condições de manuseá-lo.
Mobilidade/ Definição	A definição apresenta-se sintética. Aperfeiçoar a definição.
Mobilidade/ Graduação 1	Mudar a redação para uniformizar a escrita com as demais graduações.
Mobilidade/ Graduação 2	Explicar o porquê da dificuldade de mobilidade.
Mobilidade/ Graduação 3	Explicitar o tipo de ajuda parcial. Excluir a recomendação de colchão especial, pois seria uma prescrição de cuidados que foge do objetivo do instrumento que é avaliar o nível de autocuidado do paciente.
Mobilidade/ Graduação 4	Melhorar a redação. Excluir a necessidade de troca frequente; necessidade de colchão especial; rolo de apoio e almofadas de proteção, pois são itens de prescrição de cuidados que foge do objetivo do instrumento que é avaliar o nível de autocuidado do paciente.
Mobilidade/ Graduação 5	Referir se que a movimentação ocorre apenas no leito e com total auxílio. Excluir a necessidade de colchão especial; rolo de apoio e almofadas de

	proteção, pois são itens de prescrição de cuidados que foge do objetivo do instrumento que é avaliar o nível de autocuidado do paciente.
TOTAL DE PONTOS / NÍVEL I	Completar o texto afirmando que é independente da enfermagem.
TOTAL DE PONTOS / NÍVEL II	Mudar a redação para uniformizar a escrita com os demais níveis.
TOTAL DE PONTOS / NÍVEL III	Mudar a redação para uniformizar a escrita com os demais níveis.
TOTAL DE PONTOS / NÍVEL IV	Completar o texto afirmando que é totalmente dependente da enfermagem.

Fonte: Nogueira, 2017.

Das considerações sugeridas, apenas uma não foi acatada conforme Quadro 6. Uma juíza questionou se o instrumento seria viável ao paciente sedado ou comatoso, sugerindo avaliar esta questão. Uma vez que o instrumento baseia-se em Orem e, segundo a mesma, na teoria dos sistemas de enfermagem, o sistema totalmente compensatório funciona quando há a incapacidade total de autocuidado, incluindo neste caso o tipo de paciente citado pela juíza (comatoso/sedado).

A fim de concluir o processo de validação, as demais sugestões pertinentes à revisão do conteúdo do instrumento CADEM foram aceitas. O CADEM modificado foi nomeado como CADEM Nogueira-Souza e encontra-se no Quadro 7, sendo que as principais revisões encontram-se destacadas em vermelho.

Quadro 7 - CADEM Nogueira-Souza com alterações aplicadas.

C (Comunicação)	A (Atividades diárias)	D (Deambulação)	E (Eliminações)	M (Mobilidade)
Capacidade de enviar e receber mensagens de modo compreensível utilizando sua cognição.	Capacidade para realizar atividades diárias para manutenção do bem estar (higiene corporal, alimentação, hidratação adequada, vestimenta).	Capacidade física para locomover-se de um local para o outro.	Capacidade para urinar e evacuar voluntariamente em lugar apropriado, com continência urinária e fecal.	Capacidade de mover partes do corpo, seja independente ou voluntário , mantendo o posicionamento corporal adequado.
1- Comunica-se verbalmente de forma compreensível e coerente. Obedece e atende quando solicitado.	1- Vai ao banheiro, banha-se, veste-se , faz higiene oral, alimenta-se e ingere líquidos por via oral sozinho.	1- Deambula sozinho sem apresentar problemas ou dificuldades.	1- Continência urinária e fecal. Consegue ir ao banheiro para as eliminações, sem auxílio.	1- Deita-se, muda de decúbito no leito, levanta e senta na cadeira de forma independente, sem apresentar problemas ou dificuldades.
2- Não se comunica verbalmente (cirurgia, trauma, tumor, traqueostoma), porém substitui sua comunicação de maneira compreensível com gestos ou escrita. Compreende e obedece a ordens.	2- Vai ao banheiro, banha-se, veste-se, alimenta-se e ingere líquidos por via oral sozinho, porém necessita de alguma ajuda em atividades menores (como calçar sapato, higiene oral, cortar carne, segurar copo), que pode estar relacionado à fraqueza, pós-operatório, idade, déficit visual ou dispositivos terapêuticos como terapia venosa, drenos. () Pode fazer uso de sonda para alimentação que pode estar relacionado a cirurgia ou disfagia, porém sabe manusear sua via alimentar,	2- Deambula sozinho, mas apresenta restrição dos movimentos que pode ser devido à artrite, idade ou sequela motora, e necessita de observação. () Ou necessita de algum auxílio ou observação para transportar dispositivos terapêuticos como soros, drenos, bolsas coletoras.	2- Usa dispositivo como cateter vesical de demora; ostomia intestinal, que pode estar relacionado a controle hídrico, pós-operatório, obstrução tumoral, porém sabe manusear seu dispositivo, necessitando de observação e/ou eventual auxílio.	2- Apresenta alguma dificuldade para movimentar-se que pode estar relacionada à fraqueza, pós-operatório, idade, sequela motora, amputação, porém consegue mover-se deitar-se, mudar de decúbito e sentar na cadeira sozinho, pois usa partes não comprometidas do corpo para compensar a perda funcional.

	necessitando de observação e/ou eventual auxílio. () Ou necessita de assistência de enfermagem devido algum curativo.			
3- Comunica-se verbalmente, porém confuso e desorientado quanto ao tempo, espaço. Demonstra compreender e obedece a ordens.	3- Vai ao banheiro, mas não sozinho. Precisa de algum auxílio para banhar-se, vestir-se e/ou alimentar-se e ingerir líquidos (via oral ou via alternativa), que pode estar relacionado à fraqueza, pós-operatório, idade, ou dispositivos terapêuticos como terapia venosa, drenos.	3- Deambula sozinho, porém somente com apoio de: muleta, andador, órtese.	3- Continência urinária e fecal, porém devido restrição no leito (temporária ou não), faz uso de comadre e/ou patinho.	3- Deita-se, muda de decúbito no leito, levanta-se e senta-se na cadeira com ajuda parcial da enfermagem.
4- Comunica-se verbalmente, porém apresenta disartria, com falas desconexas e incoerentes. Demonstra não compreender ordens e solicitações.	4- Necessita ser transportado para o banheiro em cadeira higiênica. Necessita de total auxílio para lavar-se, vestir-se, alimentar-se e ingerir líquidos (via oral ou via alternativa), que pode estar relacionado à fraqueza, pós-operatório, idade, sequela motora.	4- Deambula, porém, com contra-indicação temporária devido condição clínica atual como infarto agudo do miocárdico, trombose venosa profunda, plaquetopenia, pós-operatório; sangramento.	4- Consegue ir ao banheiro mas devido perdas ocasionais de fezes e/ou urina (diarréia, incontinência), necessita, eventualmente, do uso de fralda.	4- Apresenta grande dificuldade para movimentar-se,, que pode estar relacionada à fraqueza, pós-operatório, idade, sequela motora ou neurológica. Quando sentado fora do leito, não mantém o equilíbrio, necessitando de apoio e observação. Ou por agitação psicomotora ou confusão mental, necessita de restrição mecânica o que lhe restringe a mobilidade.
5- Nenhuma comunicação verbal, não reage a estímulos verbais.	5- Não tem condições de banho de aspersão, necessitando de banho no leito. Necessita de total auxílio para lavar-se, vestir-se, alimentar-se e ingerir líquidos (via oral ou via alternativa), que pode estar relacionado à fraqueza, pós-operatório, idade, sequela motora.	5- Não deambula, devido incapacidade física (idade; plegia; paresia; paralisia de membros inferiores.)	5- Sem condições físicas de ir ao banheiro. () Necessita, obrigatoriamente, do uso de fralda, pois não consegue sinalizar quando vai urinar e/ou evacuar. () Pode fazer uso de dispositivos como cateter vesical de demora, ostomia intestinal, que pode estar relacionado a controle hídrico, pósoperatório, obstrução tumoral, mas sem condições de manusear seu dispositivo.	5- Necessita de total auxílio para movimentar-se no leito.
		PONTOS	COMENTÁRIOS	
C(Comunicação)				
A (Atividades diárias)				
D (Deambulação)				
E (Eliminações)				
M (Mobilidade)				
TOTAL DE PONTOS				

NÍVEL DE CAPACIDADE PARA O AUTOCUIDADO	TOTAL DE PONTOS	DEFINIÇÃO
I	5	Independente da enfermagem para o AC.
II	6-10	Necessita de apoio e pequeno auxílio da enfermagem para alcançar o autocuidado.
III	11-17	Necessita de moderada a grande ajuda da enfermagem para alcançar o autocuidado.
IV	18-25	Totalmente dependente de auxílio da enfermagem.

Fonte: Nogueira, 2017.

Neste novo instrumento CADEM Nogueira- Souza, sugere-se que, para obter-se a pontuação referente a cada construto, seja considerada a situação que confere nota mais baixa ao paciente. Como exemplo, conforme o CADEM Nogueira-Souza, um paciente que, no construto Atividades Diárias, consegue ir ao banheiro, banhar-se, vestir-se, fazer higiene oral, alimentar-se e ingerir líquidos por via oral sozinho, teria nota 1 neste quesito. Porém, se o paciente possui algum curativo, a nota a ser atribuída seria 2, conforme o instrumento apresenta. No CADEM original, Dias (1996) orientava, para obtenção da nota final de cada construto, uma média das notas conforme a situação do paciente, porém consideramos que chegar a esta média poderia ser mais complicado, gerando notas errôneas. Assim, com intuito de facilitar, decidiu-se recomendar neste instrumento CADEM Nogueira-Souza, a pontuação do paciente em cada construto pela nota mais baixa que o representar.

4.2 Etapa 2: Aplicação dos Instrumentos CADEM

4.2.1 Amostra dos Participantes

Foram selecionados entre junho/2017 a julho/2017, 65 pacientes internados em pré-operatório de cirurgia de cabeça e pescoço. Os pacientes foram abordados ainda no pré-operatório, momento de admissão na enfermaria de cirurgia de cabeça e pescoço. Os objetivos do estudo foram explicados neste momento. Nove pacientes se recusaram a participar do estudo. Quatro pacientes tiveram sua cirurgia suspensa

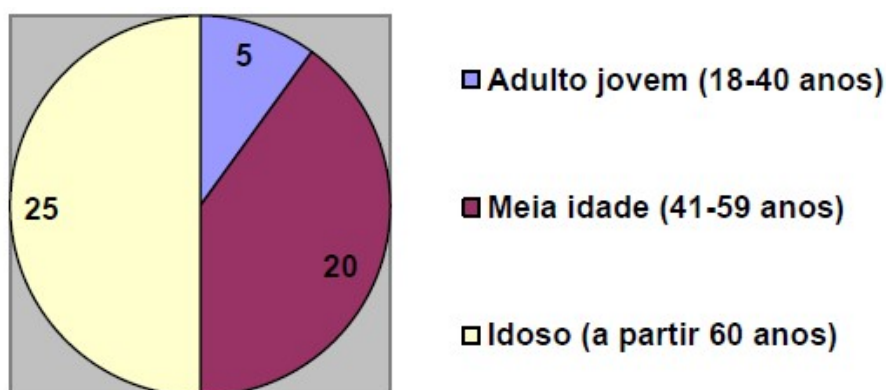
no dia programado devido a problemas de atraso no centro cirúrgico. Dois pacientes foram encaminhados à Unidade de Pós-Operatório devido a complicações intra-operatórias e gravidade do quadro. Todos esses participantes, 15 no total, foram excluídos da pesquisa, totalizando um número de 50 pacientes aptos a serem avaliados pelo instrumento no 2º dia de pós-operatório.

4.2.2 Caracterização dos Participantes

A caracterização dessa amostra quanto à idade, sexo, nível de escolaridade e hábitos de tabagismo e etilismo estão expostos no

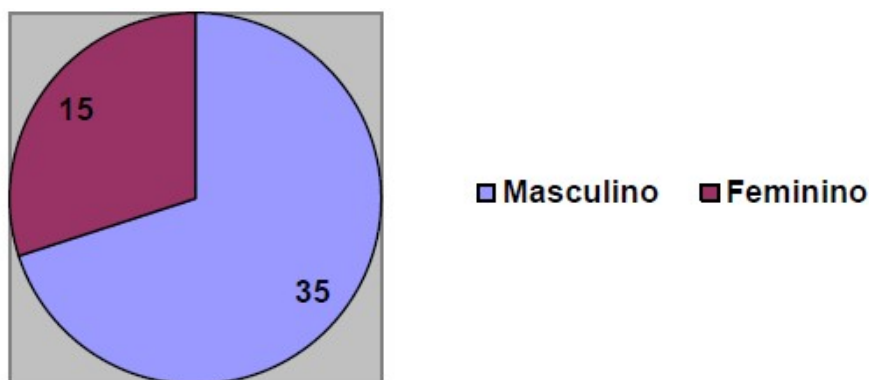
Gráfico 3, Gráfico 4, Gráfico 5 e Gráfico 6, respectivamente. A variável renda foi excluída pois havia falha no registro dessa informação nos prontuários, sendo uma limitação encontrada.

Gráfico 3 - Faixa etária. Rio de Janeiro, 2017.



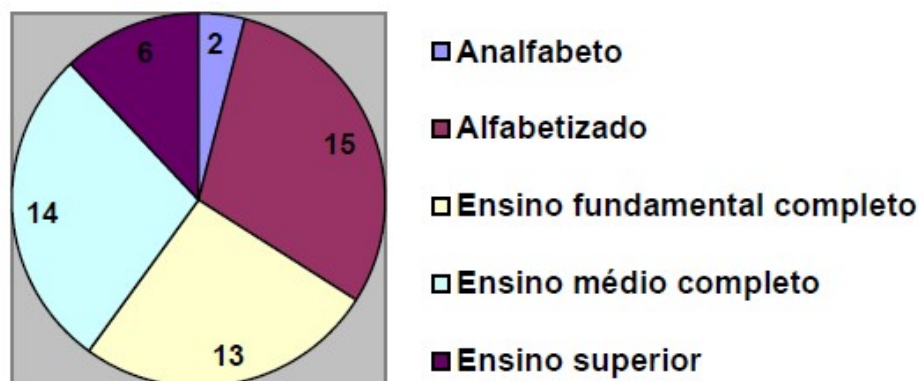
Fonte: Nogueira, 2017.

Gráfico 4 - Gênero dos participantes. Rio de Janeiro, 2017.



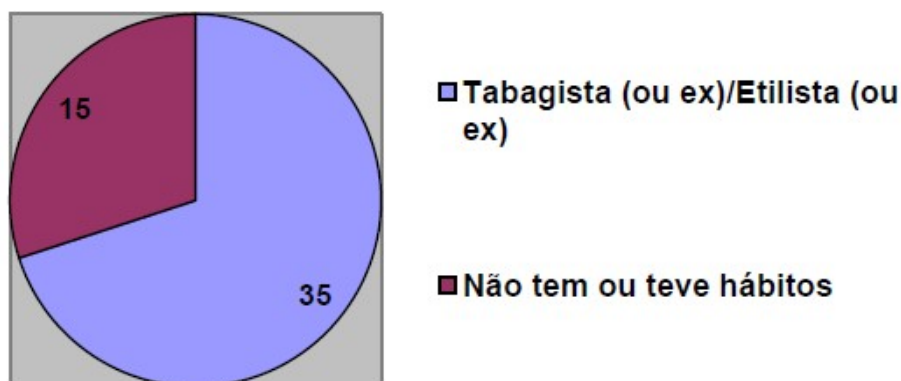
Fonte: Nogueira, 2017.

Gráfico 5 – Escolaridade. Rio de Janeiro, 2017.



Fonte: Nogueira, 2017.

Gráfico 6 - Hábitos de álcool e fumo. Rio de Janeiro, 2017.



Fonte: Nogueira, 2017.

4.2.3 Faixa Etária

O Gráfico 3 evidencia que dentro dessa clientela pesquisa, 25 participantes (50%) estavam dentro da faixa etária de idoso, a partir de 60 anos. Isso corrobora com a ciência atual que já fez forte associação entre o envelhecimento com o risco de desenvolvimento de câncer (SAHYOUN, 2001; CURADO e MARTINS, 2006; ALVARENGA *et al*, 2008, XU e TAYLOR, 2014) neste caso, o de cabeça e pescoço. Os adultos de meia idade (41 aos 59 anos) vieram após, com 20 indivíduos (40%) e os adultos jovens (até 29 anos) foram o que apresentaram a minoria, apenas 5 indivíduos.

4.2.4 Gênero

Acerca do gênero, houve uma grande diferença entre o sexo feminino e o sexo masculino. 35 indivíduos (70%) eram homens, e 15 (30%) eram mulheres. O mesmo é encontrado nas publicações no mundo científico (ALVARENGA *et al.*, 2008; BERGAMASCO *et al.*, 2008; LAMBERT *et al.*, 2011; FERNANDES *et al.*, 2013; STENSON *et al.*, 2017). Embora esta neoplasia ocorra, principalmente, no sexo masculino, tem ocorrido um aumento na ocorrência de casos no sexo feminino, o que pode ser devido a novos hábitos de consumo de cigarro e álcool (ATABO e BRADLEY, 2007).

4.2.5 Escolaridade

Quanto à escolaridade foi exposto que dois (4%) indivíduos eram analfabetos. Quinze pacientes (30%), tinham apenas concluído a alfabetização. Treze (26%) concluíram o ensino fundamental e 14 pacientes (28%) haviam concluído o ensino médio. Apenas 5 pacientes (10%) possuíam o diploma de nível superior. Apesar de poder haver interferência pelo local de estudo ser um hospital público do sistema único de saúde, esses achados evidenciam a própria característica epidemiológica desses tipos de tumores, já constatada em diversos estudos. Tais estudos encontraram a forte relação entre o nível de escolaridade e a incidência de câncer de cabeça e pescoço, como se os anos de estudos funcionassem como fator protetor contra o câncer (FAGGIANO *et al.*, 1994; MAIER e TISCH, 1997; CARVALHO *et al.*, 2010; BOING e ANTUNES, 2011; SANTOS *et al.*, 2012, FERNANDES *et al.*, 2013).

4.2.6 Hábitos de álcool e fumo

Outra variável avaliada foi quanto aos hábitos de consumo de bebida alcoólica e/ou tabagismo. Dos 50 pacientes, 35 indivíduos (70%) deles têm ou já teve um desses hábitos de maneira isolada ou associada. Os demais 15 (30%) pacientes, negaram os dois hábitos. Esta associação mostra o risco aumentado para o desenvolvimento para o câncer de cabeça e pescoço, uma vez que o álcool e o tabaco são, conhecidamente pela ciência, substâncias carcinogêneas, ou seja, com capacidade de danificar o material genético celular, causando erros na multiplicação

de células, com consequente possível desenvolvimento de células tumorais (SHAW, 2009). Diversos trabalhos apresentam a mesma constatação (ALVARENGA *et al.*, 2008; LAMBERT *et al.*, 2011; SANTOS *et al.*, 2011; FERNANDES *et al.*, 2013; STENSON *et al.*, 2017). Galbiatti *et al.* (2013) após revisão de literatura, concluiu que o álcool e o fumo ainda são os principais fatores de risco. Boing e Antunes (2011) afirmam que o risco de câncer pode ser potencializado quando há o uso frequente dos dois produtos e no estudo detectamos que 24 pacientes (48%) fazia ou já fez uso de ambos produtos, concomitantemente.

4.3 Comparativo entre nível de autocuidado dos participantes pelo Instrumento CADEM Original e CADEM Nogueira-Souza

Após aplicar o instrumento CADEM original nos participantes da pesquisa, verificou-se com a observação estruturada, que 32 pacientes (64%) se encontravam no nível II de capacidade para o autocuidado, ou seja, hábil para o autocuidado, porém necessita de apoio e pequena ajuda. Dezesseis pacientes (32%) estavam no nível III, onde necessitariam de ajuda moderada a grande para alcançar o autocuidado. Apenas um paciente encontrava-se no nível I, independente para o autocuidado. No nível IV, um paciente foi classificado como totalmente dependente de ajuda. Os resultados estão expostos na Tabela 2.

Tabela 2 - Nível de capacidade para o autocuidado pelo instrumento CADEM original. Rio de Janeiro, 2017.

NÍVEL DE CAPACIDADE PARA O AUTOCUIDADO	OCORRÊNCIA
I (ATÉ 5 PONTOS)	1
II (6 – 10 PONTOS)	32
III (11- 17 PONTOS)	16
IV (18-25 PONTOS)	1

Fonte: Nogueira, 2017.

Durante a aplicação foi verificado, em algumas situações, que o instrumento CADEM aparentava excluir algumas capacidades individuais de cada paciente nivelando-os em uma mesma graduação de forma equivocada. Como exemplo, no constructo atividades diárias, que incluía a vertente da alimentação e hidratação, o instrumento classificava todos os pacientes em uso do dispositivo de alimentação

(sonda nasoenteral, gastrostomia, etc.) com nota 5 (máxima), o que pelo instrumento classificaria o paciente neste item como deficiente em seu autocuidado, deixando de fora a avaliação quanto à habilidade e capacidade do mesmo quanto ao manuseio do dispositivo. Sobre o constructo eliminação, o mesmo foi encontrado, quanto ao uso de dispositivos de eliminação (colostomia, cateter vesical de demora). Tais equívocos encontrados na aplicação, foram de encontro com o que os juízes já haviam assinalado durante o julgamento pelo comitê, na 1ª etapa.

Como já discutido durante a fundamentação teórica, na atenção hospitalar, a responsabilidade em ambos os casos é do enfermeiro, mas visando o autocuidado com objetivo, principalmente, à alta hospitalar, há a necessidade de se observar o paciente quanto às suas potencialidades, compartilhando com o mesmo o seu cuidado, estimulando à prática de atos em seu benefício, que neste caso seria manipulação destes dispositivos, que muitas vezes permanecerão em uso pelo paciente no domicílio.

Baseando-se em OREM (2001), a mesma afirma que o déficit de autocuidado não se refere a uma limitação específica, mas sim estabelece a relação entre o que o indivíduo é capaz e a necessidade que ele tem. No instrumento proposto pelos juízes, esta avaliação foi revista levando em consideração também a capacidade do paciente em usar seu dispositivo, mas sem excluir o fato que a presença deste dispositivo é sim uma limitação, porém tentou-se fazer uma análise entre a capacidade versus necessidade do indivíduo dentro destas questões para, assim, emergir nos resultados, a real capacidade para o autocuidado, a fim de melhor direcionar a assistência de enfermagem.

Simultaneamente a aplicação do instrumento CADEM original, foi feita a aplicação do instrumento CADEM Nogueira-Souza a partir da avaliação dos experts. Essa avaliação foi feita com intuito de verificar se as modificações oferecidas, trariam na prática, mudanças na classificação dos participantes quanto ao seu autocuidado. A Tabela 3, expõe os novos achados:

Tabela 3 - Nível de capacidade para o autocuidado pelo instrumento CADEM Nogueira-Souza. Rio de Janeiro, 2017.

NÍVEL DE CAPACIDADE PARA O AUTOCUIDADO	OCORRÊNCIA
I (ATÉ 5 PONTOS)	1
II (6 – 10 PONTOS)	46
III (11- 17 PONTOS)	2
IV (18-25 PONTOS)	1

Fonte: Nogueira, 2017.

Para facilitar a comparação, a Figura 4 apresenta novamente a Tabela 2 e a Tabela 3 mostrando como fica notória a diferença encontrada nos resultados após a revisão do instrumento CADEM:

Figura 4 - Comparativo entre a tabela 2 e a tabela 3. Rio de Janeiro, 2017.

Nível de capacidade para o autocuidado pelo CADEM original	OCORRÊNCIA	Nível de capacidade para o autocuidado pelo CADEM Nogueira-Souza	OCORRÊNCIA
I (ATÉ 5 PONTOS)	1	I (ATÉ 5 PONTOS)	1
II (6 – 10 PONTOS)	32	II (6 – 10 PONTOS)	46
III (11- 17 PONTOS)	16	III (11- 17 PONTOS)	2
IV (18-25 PONTOS)	1	IV (18-25 PONTOS)	1

Fonte: Nogueira, 2017.

Catorze (28%) pacientes classificados como nível III no instrumento CADEM original passaram a ser classificados como nível II após a avaliação com o instrumento CADEM Nogueira-Souza. O principal motivo desta alteração foi a mudança na classificação no item “Atividades diárias” quanto ao uso de dispositivo de alimentação, muito presente em pacientes de cabeça e pescoço. Como já falado anteriormente, o uso de dispositivo alternativo à alimentação oral já graduava o paciente com 5 pontos. Com a nova revisão, após o comitê de especialistas, esta classificação foi alterada, levando também em consideração se o paciente possuía ou não condições de manipular seu dispositivo, necessitando de observação e/ou eventual auxílio da equipe de enfermagem.

Apesar desta comparação evidenciar a mudança de nível de 14 pacientes, outros 11 pacientes também tiveram sua pontuação alterada com o novo instrumento, porém permaneceram no mesmo nível anterior, assim um total de 25 participantes (50%) tiveram uma nova pontuação, mostrando assim o impacto quantitativo e qualitativo no refinamento do instrumento.

Conforme Tabela 3, apenas 1 paciente apresentou-se no nível I de capacidade de autocuidado, em que se torna independente da enfermagem. Relembrando o que já foi abordado na fundamentação teórica de OREM, a capacidade de autocuidado vai sendo construída e um indivíduo passa por diferentes fases ao longo da evolução de sua condição e, se tratando de paciente em pós-operatório, em algum momento ele apresentou menor capacidade de autocuidado e dependeu mais da enfermagem, porém evoluiu à independência para ao autocuidado no 2º dia de pós-operatório que foi o momento escolhido para avaliação neste estudo.

O instrumento modificado detectou que 46 pacientes (92%) dos avaliados foram classificados quanto à sua capacidade de autocuidado como nível II, ou seja, necessitam de apoio e pequeno auxílio da enfermagem para alcançar o autocuidado.

Com os resultados obtidos, podemos perceber que o CADEM Nogueira-Souza destacou a autonomia dos pacientes cirúrgicos de câncer de cabeça e pescoço quanto ao seu cuidado. Soares e Camargo Jr (2007) afirmam que ser autônomo não é sinônimo de independência. Um sujeito autônomo enxerga o quanto necessita do outro. Para uma troca saudável, deve-se fortalecer as relações existentes entre profissional da saúde e pacientes, excluindo a ideia autoritária dessas relações, reconhecendo que neste processo saúde-doença, tanto os profissionais como pacientes devem ter espaço. Os doentes são agentes com responsabilidades em todo esse caminho.

Ser autônomo é poder tomar decisões que afetam sua vida e saúde, capacidade de escolha sobre o que é melhor para seu “bem estar”, com liberdade em como pensar (ARAÚJO *et al*, 2008). A autonomia do paciente é algo recente na história médica. Até o século 19, permeava a ideia que a decisão quanto à saúde de uma pessoa era unicamente da classe médica. Somente no final do século, a ética do modelo biomédico inicia a obrigação da existência de um consentimento por parte do paciente sobre sua vida (OLIVEIRA, 2007). Na bioética, a autonomia permite o

paciente saber qual seu limite, auxiliando-o na escolha das melhores decisões com respeito à dignidade humana (DURAN *apud* OLIVEIRA, 2007).

Na relação profissional e paciente, sobre autonomia entende-se como a posse de competência e livre escolha dentre as opções existentes. Como profissional, o enfermeiro deve ser fonte de informações para facilitar a escolha de qual atitude será a melhor (MENDES e CALDAS, 2001).

A classificação de intervenções de enfermagem (NIC), define como intervenção, o apoio à tomada de decisão, em que o enfermeiro fornece informações e apoio ao paciente que está tomando uma decisão sobre cuidados de sua saúde (BULECHEK *et al.*, 2016). Já a classificação de resultados de enfermagem (NOC), apresenta como resultado esperado, a autonomia pessoal, em que um indivíduo realiza ações pessoais para o exercício do governo nas decisões (MOORHEAD *et al.*, 2016).

Nesta reconstrução da autonomia no autocuidado, os enfermeiros têm ações que vão desde substituir o paciente quando o mesmo não pode agir por si próprio (sistema totalmente compensatório); atuar perante o paciente de maneira conjunta em ações de autocuidado (sistema parcialmente compensatório), além de ações de educação quando o paciente precisa de orientações e supervisão para realizar seu autocuidado (sistema educação-saúde) (OREM, 2001).

4.4 Avaliação por Constructo no CADEM Nogueira-Souza

Avaliando cada constructo individualmente na população estudada, verificou-se que, quanto à comunicação, 27 pacientes (54%) apresentaram-se na graduação 1, ou seja, comunicavam-se verbalmente de forma compreensível e coerente, obedecendo quando solicitado. Vinte e três pacientes (46%) encontraram-se na graduação 2, pois não se comunicavam verbalmente devido a traqueostomia, porém conseguiam compensar isso com gestos ou escrita de maneira compreensível. As demais graduações deste constructo não tiveram pacientes que se encaixaram.

Acerca das atividades diárias, um (2%) paciente foi classificado com grau 1, pois ia ao banheiro, banhava-se, vestia-se, realizava a higiene oral, alimentava-se e ingeria líquidos por via oral sozinho. Trinta e sete pacientes (74%) estavam na graduação 2, que no instrumento se refere a pacientes que vão ao banheiro, banham-se, vestem-se, alimentam-se e ingerem líquidos por via oral sozinhos,

porém necessitam de alguma ajuda em atividades menores. Podem fazer uso de sonda para alimentação, mas sabem manusear sua via alimentar, necessitando de observação e/ou eventual auxílio. Podem também necessitar da assistência de enfermagem devido algum curativo. Com as anotações pertinentes sobre cada paciente no instrumento, verificou-se que nesta clientela, a classificação em grau 2 deste constructo foi devido, primordialmente, ao uso de sonda para alimentação e presença de curativo cirúrgico. Onze pacientes (22%) foram classificados como grau 3, ou seja, iam ao banheiro, porém não conseguiam ir sozinhos, e precisavam de alguma ajuda para as demais atividades. Um único (2%) paciente ficou com grau 5 neste constructo por necessitar de banho no leito, em uso sonda para alimentação, dependendo totalmente da enfermagem para instalação e controle da dieta infundida. A graduação 4 não apresentou pacientes classificados.

No constructo deambulação, doze (24%) pacientes encontravam-se classificados no grau 1, por deambularem sozinhos. Trinta e sete pacientes (74%), deambulavam sozinhos, porém necessitavam de algum auxílio ou observação devido, principalmente, drenos e, assim, foram classificados como graduação 2 neste constructo. Um (2%) indivíduo estava no grau 5, por não deambular. A graduação 3 e 4 não tiveram pacientes.

Sobre o constructo eliminações, 46 pacientes (98%) tinham continência urinária e fecal e conseguiam ir ao banheiro, assim estavam na graduação 1 desta variável. Dois pacientes (4%) faziam uso de dispositivo urinário mas sabiam manipular o mesmo para esvaziar, com a enfermagem auxiliando e observando, sendo classificados como grau 2. Um paciente (2%) foi classificado como grau 4, devido incontinência urinária necessitando do uso de fralda de maneira eventual, principalmente, à noite. E um (2%) paciente ficou na graduação 5, por não ter condições de ir ao banheiro, e necessitar de cateter vesical contínuo em que a enfermagem fazia todos os cuidados. A graduação 3 não houve pacientes classificados.

No último constructo avaliado, o de mobilidade, 45 indivíduos (90%) deitavam, mudavam de decúbito, levantavam e sentavam de maneira independente, sendo classificados em grau 1. Um paciente (2%) apresentava alguma dificuldade para movimentar-se sozinho, porém usava partes do corpo não comprometidas para tal atividade, assim, encontrava-se classificado na graduação 2. Três pacientes (6%)

necessitavam de ajuda parcial da enfermagem para conseguirem se mobilizar, ou seja, foram definidos como graduação 3. E um único paciente (2%), apresentava grande dificuldade para mobilização no leito, porém conseguia ficar sentado fora do leito, mas não mantinha o equilíbrio sozinho, precisando de apoio e observação, assim estava na graduação 4 deste quesito. A graduação 5 não apresentou pacientes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu validar o conteúdo do instrumento CADEM adaptado por Dias em 1996 para a classificação de pacientes adultos em quatro níveis de capacidade de autocuidado: nível I (hábil para o autocuidado), nível II (hábil, porém necessita de pequena ajuda), nível III (necessita de moderada a grande ajuda para alcançar o autocuidado) e nível IV (totalmente dependente).

O instrumento adaptado por Dias (1986) abrange cinco constructos de autocuidado: comunicação, atividades diárias, deambulação, eliminações e mobilidade em que cada constructo representa uma área a ser avaliada com potenciais necessidades e dificuldades. Esta estrutura de cinco constructos foi mantida, bem como os cinco níveis de graduação em cada um e a soma para resultar nos níveis de capacidade de autocuidado. Foi revisto, porém, a maneira de graduar corretamente cada paciente em cada constructo.

Após a apresentação do instrumento ao comitê de juízes, com seis especialistas, fez-se o refinamento do mesmo, dando origem ao instrumento CADEM Nogueira-Souza. Os juízes apresentaram concordância com um IVC de 0,935 bastante satisfatório, e remeteram sugestões de possíveis alterações. As alterações foram avaliadas e adicionadas ao novo instrumento. Todos os juízes recomendaram o instrumento para a prática assistencial.

A aplicação do instrumento CADEM original de maneira simultânea à aplicação do CADEM Nogueira-Souza nos pacientes em pós-operatório de cirurgia de cabeça e pescoço mostrou diferença no resultado obtido na categorização desses pacientes, evidenciando que as alterações feitas gerariam impacto na prática assistencial.

Após a classificação dos pacientes em níveis de capacidade, o instrumento não remeteu estes resultados em intervenções específicas para a prática da assistência de enfermagem. A princípio, aparentava ser uma limitação do instrumento, porém, foi percebido que não é possível fazer essa relação entre a classificação do nível de capacidade de autocuidado e intervenção de maneira tão genérica, uma vez que a avaliação desta situação deve ser única e individual. Deve-se avaliar o paciente como um todo, não apenas o nível que ele apresentou. Assim, cada paciente terá suas intervenções próprias e diferenciadas dos demais. O instrumento justamente apresenta uma sessão de comentários após a pontuação de

cada quesito, pois, assim, o enfermeiro deve assinalar as particularidades deste paciente para facilitar no planejamento do seu cuidado.

Ademais, o instrumento mostrou-se efetivo no planejamento da atividade de enfermagem. Com a classificação de paciente em níveis torna-se mais prático identificar quais os pacientes requerem mais atenção, principalmente, no contexto da enfermagem na saúde brasileira, onde o número de enfermeiros é aquém da necessária, além do envolvimento do enfermeiro em múltiplas atividades, tirando-o, infelizmente, do foco no paciente, que deve ser prioridade.

Fazendo uma relação entre os sistemas de enfermagem de Orem e os níveis de capacidade de autocuidado do instrumento poderíamos associar o nível I (independência) ao sistema de apoio-educação, onde o paciente executa sua capacidade de autocuidado e regula o exercício e o desenvolvimento do mesmo junto à enfermagem com ações educativas. Conforme exposto na fundamentação teórica, Orem (2001) afirma que mesmo sendo hábil para realizar seu autocuidado, e podendo aprender, o paciente não pode fazê-lo sem assistência. Ele é independente para alcançar o autocuidado, porém, ainda sim, precisa ser guiado (eventualmente ou não); orientado, além de ter um ambiente de desenvolvimento fornecido pela enfermagem.

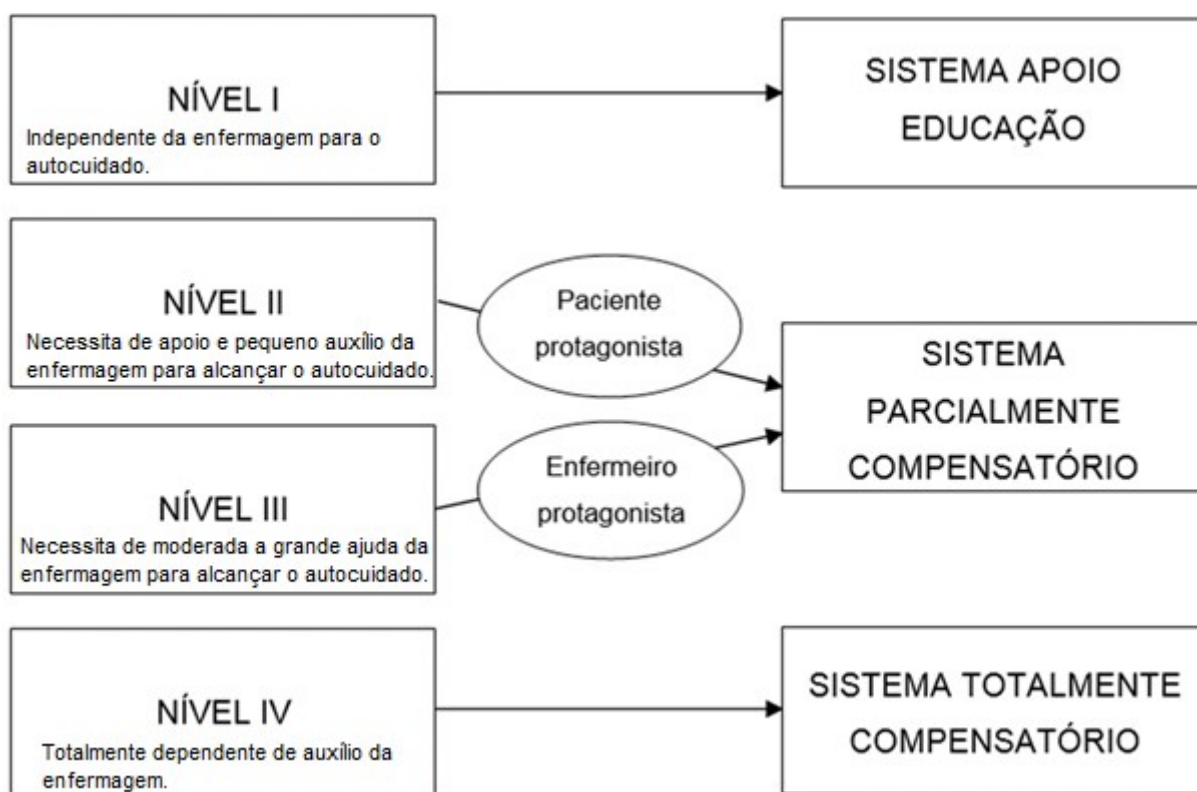
Os níveis II e III (necessita de apoio e pequeno auxílio e necessita de moderada a grande ajuda da enfermagem) podem se encaixar no sistema parcialmente compensatório, em que ambos agem. A enfermagem executa algumas medidas de autocuidado do paciente, compensa a limitação de autocuidado do mesmo, assiste o paciente quando necessário e regula a capacidade de autocuidado. O paciente, por sua vez, executa também o autocuidado, regula-o e aceita cuidados e assistência do enfermeiro.

Segundo Orem (2011), no sistema parcialmente compensatório, a distribuição de responsabilidade entre enfermeiro e paciente varia a partir de situações que o paciente encontra-se. Neste sistema, o protagonista das ações pode ser o enfermeiro ou o paciente. Para trazer esta constatação ao instrumento, pode-se sugerir que quando o paciente é o protagonista nas medidas de cuidado, o nível do mesmo seria o II, e quando o protagonista passa a ser o enfermeiro, o paciente estaria no nível III. E, como Orem também afirma, nestas situações todas as cinco formas de ajuda podem ser usadas, a lembrar: agir ou fazer para o outro, guiar o

outro, apoiar o outro, proporcionar uma atmosfera que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a se tornar capaz, além de ensinar o outro.

Por último o nível IV (totalmente dependente), pode ser comparado ao sistema totalmente compensatório, em que a enfermagem realiza o autocuidado terapêutico do paciente, compensa a inabilidade do paciente em se engajar ao autocuidado e oferece apoio e proteção ao paciente. Lembrando também que um ou mais sistemas pode ser usado em um mesmo paciente durante o período que recebe assistência, conforme sua evolução. O esquema apresentado na Figura 5 visualiza esta relação entre os níveis de capacidade para o autocuidado do instrumento com os sistemas de enfermagem de Orem (2001).

Figura 5 - Relação entre a Teoria do Sistema de Enfermagem e os níveis de capacidade de autocuidado do instrumento CADEM. Rio de Janeiro, 2017.



Fonte: Nogueira, 2017.

Ainda avaliando o instrumento, foi visto como real limitação do instrumento, as definições dos níveis II e III, com a citação de “pequeno auxílio da enfermagem”, bem como “necessita de moderada a grande ajuda”. Tais termos são subjetivos e a busca por instrumentos que mensurem de forma clara e objetiva seria de

incontestável benefício para o dimensionamento das ações de enfermagem na prática.

A aplicação do instrumento junto aos pacientes de cabeça e pescoço mostrou-se útil com o estabelecimento da capacidade de autocuidado, com reconhecimento das deficiências e/ou capacidades. Facilitou o Processo de Enfermagem quanto à coleta de dados subjetivos e objetivos de maneira sistematizada permitindo a tomada de decisão do enfermeiro. No novo instrumento sugerido, os resultados obtidos quanto ao nível de capacidade de autocuidado refletiram a situação atual dos pacientes.

Todavia, dentro deste contexto do paciente cirúrgico de cabeça e pescoço foi reconhecida como outra limitação do instrumento a avaliação do traqueostoma/traqueostomia apenas quanto à dificuldade que o mesmo traz à comunicação do indivíduo. O instrumento não faz referência sobre como o paciente consegue se portar em relação a esta realidade que é tão frequente nesta clientela e que afeta sua qualidade de vida e sua imagem corporal. Orem (2001) contextualiza que os seres humanos, naturalmente têm necessidades comuns de ingestão de materiais que são ar, água e comida. Os quesitos água e comida são citados no constructo atividades diárias, porém a ingesta de ar, na forma de respiração não foi contemplada no instrumento.

Deve-se também ressaltar a importância do enfermeiro especialista. A prática assistencial vai moldando as características dos profissionais sendo aprimorada por novos saberes que surgem com as vivências, convívio no meio e participação em eventos (BUETTO, 2009). A enfermagem vem ampliando sua assistência em pacientes oncológicos que exige conhecimentos técnico-científico específicos. É necessário entender os mecanismos do câncer, suas formas de tratamento, com domínio de novas tecnologias (*ibid*), como a apresentada neste estudo. A qualificação do enfermeiro em posse do instrumento pode influenciar a uma interpretação de dados de maneira equivocada.

O desenvolvimento de instrumentos voltados, especificamente, para os pacientes cirúrgicos de cabeça e pescoço poderia auxiliar a prática assistencial uma vez que contemplassem a singularidade destes pacientes.

Novos estudos são recomendados para associar a utilização do CADEM Nogueira-Souza às ações práticas da enfermagem frente aqueles pacientes

avaliados. O processo de validação de um instrumento é complexo, contínuo, assim, sugere-se a realização das demais etapas de validação em pesquisas futuras.

6 DISSEMINAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo promoveu a realização de um artigo, intitulado “O enfermeiro e o autocuidado de pacientes oncológicos de cabeça e pescoço” a partir da revisão sistemática que foi submetido à Revista da Rede Enfermagem do Nordeste (RENE), estando sob análise.

Durante o 20º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem, o pôster “Revisão integrativa da prática de enfermagem junto ao autocuidado de pacientes oncológicos de cabeça e pescoço” foi apresentado em novembro de 2017.

Com os demais resultados obtidos com o estudo, pretende-se a confecção de um novo artigo, bem como a participações em outros eventos para apresentação dos frutos, como o CADEM Nogueira-Souza.

7 REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, pp: 3061-3068. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>> Acesso em: 24 out. 2016

ALFARO-LEFEVRE R. **Critical Thinking and Clinical Judgment, A Practical Approach**. Saunders/Elsevier, St. Louis. 2007.

ALVARENGA, L. de M.; RUIZ, M. T.; PAVARINO-BERTELLI, E. C.; RUBACK, M. J. C.; MANIGLIA, J. V.; GOLONI-BERTOLLO, M. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 74, n. 1, pp: 68-73. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-72992008000100011&script=sci_abstract&tlng=pt>

ARAÚJO, A. A. de; BRITO, A. M. de; NOVAES, M. de. Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários?. **Revista Bioética**. V. 16, n.1, pp: 117 – 124. 2008.

ARCÊNCIO, L.; SOUZA, M.D.; BORTOLON, B.S.; FERNANDES, A.C.M.; RODRIGUES, A.J.; EVORA, P.R.B. Cuidados pré e pós-operatórios em cirurgia cardiotorácica: uma abordagem fisioterapêutica. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, v. 23, n. 3, pp: 400-410. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382008000300019> . Acesso em: 04 out. 2016.

ATABO, A.; BRADLEY, P. J. Management principles of head and neck cancers during pregnancy: A review and case series. **Oral Oncology**, v. 44, pp: 236– 241. 2008. Disponível em : < [http://www.oraloncology.com/article/S1368-8375\(07\)00066-8/pdf](http://www.oraloncology.com/article/S1368-8375(07)00066-8/pdf)>

BAEHRING, E., MCKORCLE, R. Postoperative complications in head and neck cancer. **Clin J Oncol Nurs**. V. 16, n. 6, pp: 203-209. 2012.

BAGAN, J.; SARRION, G.; JIMENEZ, Y. Oral cancer: clinical features. **Oral Oncol.**, v. 46, n. 6, pp: 414-417. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.oraloncology.2010.03.009>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

BAQUEDANO, I. R.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, C. R. S.; MARTINS, T. A.; ZANETTI, M. L. Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em Serviço de Urgência no México. **Rev. esc. enferm. USP**, v.44, n.4, pp: 1017-1023. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400023>. Acesso em: 04 out. 2016.

BARBOSA, M.M.; SÁ, G.M.; LIMA, R.A. **Diagnóstico e Tratamento dos Tumores de Cabeça e Pescoço**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001. 237p.

BAXTER, A.; SALTER, M. Stoma care nursing. **Nursing Standard**, v. 14, n. 19, pp: 59. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.7748/ns2000.01.14.19.59.c2749>>. Acesso em 04 out. 2016.

BERGAMASCO, V. D.; MARTA, G. N.; KOWALSKI, L. P.; CARVALHO, A.L. Perfil epidemiológico do câncer de cabeça e pescoço no Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 37, n. 1, pp. 15 – 19. 2008. Disponível em: < http://www.sbccc.org.br/wp-content/uploads/2014/11/art_41.pdf>

BOING, A.F.; ANTUNES, J.L.F. Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, pp:615-622. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000200025>. Acesso em 24 out. 2016.

BOMELI, S.R.; DESAI, S.C.; JOHNSON, J.T.;ROHAN, R.W. Management of salivary flow in head and neck cancer patients – A systematic review. **Oral Oncol**, v. 44, n. 11, pp: 1000-1008. 2008. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1016/j.oraloncology.2008.02.007>> Acesso em: 30 out. 2016.

BORGES, H.; TEODORO, J.;VALENTE, R. Planejamento de alta hospitalar do Idoso em ortotraumatologia. **Revista Enformação**. 2006. Disponível em: <<http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/397/1/Enforma%C3%A7%C3%A3o%202006%2016.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2016

BRASIL. Associação Médica Fluminense e Conselho Federal de Medicina. **Projeto diretrizes. Câncer de Laringe: Tratamento**. Brasília: 2011. 14p.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358 de 15/10/2009. **Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências**. Diário Oficial da União. Brasília, 23 out. 2009, Seção 1, p.179.

_____. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Processo de enfermagem: guia para a prática** – São Paulo : COREN-SP, 2015. 113 p.

_____. Ministério da Saúde. **Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro. 2015. 122p.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil** Rio de Janeiro: INCA, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Rotina Interna do INCA: serviço de cirurgia de cabeça e pescoço**. 2ed. 2009. 188p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_e_spanhol.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 28 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doe_ncas_cronicas.pdf

BOEHM A.; WICHMANN G.; MOZET C.; DIETZ A. Current therapy options in recurrent head and neck cancer. **HNO**. V. 58, n. 8, p. 762-9. 2010. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1007/s00106-010-2156-0>>. Acesso em: 11 out 2016.

BUB, M. B. C.; MEDRANO, C.; SILVA, C.D.; WINK, S.; LISS, P.; SANTOS, E. K. A. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto contexto - enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n. spe, p. 152-157, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Out. 2016.

BUETTO, L.S. Os significados de ser enfermeiro especialista em oncologia. **Dissertação de Mestrado em Enfermagem**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. USP. São Paulo. 2009.

BULECHEK, G.M., BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN, J.M. **Classificação das intervenções de enfermagem – NIC**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. 944 p.

CAMPOS, G. G.; REIS, J. G. C.; HADJ, L. A. E.; ARAÚJO, M. L.; MELLO, P. P.; L. F. P. MELLO. Laringectomia frontal anterior: técnica de Tucker. Estudo retrospectivo. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**. São Paulo, v. 70, n. 2, p. 171-176. 2004.

CAMPAMA, I. G.; GOIATO, M. C. Tumores de cabeça e pescoço: epidemiologia, fatores de risco, diagnóstico e tratamento. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.34, n.1, pp. 20-26. 2013. Disponível em: <<http://apcdaracatuba.com.br/revista/2014/03/03.pdf>> Acesso em: 04 Out. 2016.

CARVALHO, A. M. C.; KOIFMAN, R. J.; KOIFMAN, S. Caracterização da Demanda de Atenção para Neoplasias de Cabeça e Pescoço no Hospital do Câncer de Rio Branco, AC, 2008-2009. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v.39, n. 4, p: 255-260. 2010.

CHAMBERS; et al. A Randomized Trial Comparing Two Low-Intensity Psychological Interventions for Distressed Patients with cancer and their caregivers. **Oncology Nursing Fórum**. 2014.

CHANDU, A.; STULNEL, C.; BRIDGEMAN, A.M.; SMITH, A.C.H. Maintenance of mouth hygiene in patients with oral cancer in the immediate post-operative period.

Australian Dental Journal, v. 47, n. 2, pp. 170-173. 2002. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1834-7819.2002.tb00323.x/pdf>> Acesso em: 04 Out. 2016.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE. F.; POTVIN, L. DENIS, J.L.; BOYLE P. **Saber preparar uma pesquisa**. 3ª ed. São Paulo: Abrasco; 1999.

CORDEIRO, A.L.; SILVA, A.A.; SANTANA, M.I.; CARVALHO, S.; GUIMARÃES, A.R. Impacto hemodinâmico da deambulação nos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. **Revista do DERC**, v. 21, n. 2. 2015. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/sbc-derc/revista/2015/21-2/pdf/10-artigo-impacto.pdf>> Acesso em: 04 Out. 2016.

COURA, A. S.; ENDERS, B. C.; FRANÇA, I. S. X.; VIEIRA, C. E. N. K.; DANTAS, D. N. A.; MENEZES, D. J. C. Capacidade de autocuidado e sua associação com os fatores sociodemográficos de pessoas com lesão medular. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, pp: 1150-1157. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501150&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Nov. 2016.

CRIVARO, E. T., ALMEIDA, I. S., SOUZA, I. E. O. O cuidar humano: articulando a produção acadêmica de enfermagem ao cuidado e ao cuidador. **Rev Enferm UERJ**, v. 15, n. 2, pp. 248-54. 2007. Disponível em<<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a15.pdf>>. Acesso em 04 out 2016.

CURADO, M.P.; MARTINS, E. Incidência e mortalidade dos cânceres de cabeça e pescoço no Brasil. **Rev Bras Cir Cabeça e Pescoço** , v. 35, n. 3, pp. 136- 141. 2006. Disponível em <http://www.sbccp.org.br/wp-content/uploads/2014/11/2006_353-136-141.pdf>

DE BEM, A. B.; LANZER, E. A.; FILHO, E. T.; SANCHEZ, O. P.; JUNIOR, P. B. Validade e confiabilidade de instrumento de avaliação da docência sob a ótica dos modelos de equação estrutural. **Avaliação (Campinas)**, Sorocaba, v. 16, n. 2, pp. 375-401. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772011000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Nov. 2016.

DeLORME, R.H. Dorothea Elizabeth Orem made nursing theory “exciting, realistic and usable”. **Southern Cross**, p. 3. July 19, 2007. Disponível em: <<https://diosav.org/sites/all/files/archives/S8726p03.pdf>>. Acesso em: 01 out 2016.

DENG, J; RIDNER, SH; DIETRICH, MS; WELLS, N; MURPHY, BA. Assessment of external lymphedema in patients with head and neck cancer: a comparison of four scales. **Oncol Nurs Forum**, v. 40, n. 5, pp:501-6. 2013.

DEVON, H. A.; BLOCK, M. E.; MOYLE-WRIGHT, P.; ERNST, D. M.; HAYDEN, S. J.; LAZZARA, D. J.; SAVOY, S. M.; KOSTAS-POLSTON, E.K. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. **J Nurs Scholarsh**, v. 39, n. 2, pp: 155- 164. 2007. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2007.00161.x/full>>. Acesso em: 30 out 2016.

DIAS, D. C. Instrumento para avaliação da capacidade de autocuidado de pacientes adultos: CADEM. **Rev. bras. Enferm.** Brasília , v. 49, n. 3, pp. 315-332. Sept. 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671996000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 nov. 2016.

DINI, A.P. Validação do instrumento de classificação de pacientes pediátricos. **Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas**. Campinas. São Paulo. 2013.

DIOGENES, M.A.R.; PAGLIUCA, L.M.F. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, pp: 286-293. 2003.

DUPAS, G.; PINTO, I.C.; MENDES, M.D.; BENEDINI, Z. Reflexão e síntese acerca do modelo de autocuidado de Orem. **Acta Paul Enf**, v. 7, n. 1, pp: 19-26. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/acta/index.php?volume=7&numero=1&item=res3.htm&item=pdf/art3.pdf>>. Acesso em 30 out 2016.

ELDORE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão Integrativa *versus* Revisão Sistemática. **Rev Min Enferm**, v. 18, n. 1, pp: 9-11. Disponível em: <<http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>>.

ESCRIBANO, U. A.; RABANAL, R. I.; GARCIA, G. A.; MIRALLES, O. L.; GARCIA, A.; GONZALEZ, B. M.; GAVILAN B. J. Pharyngeal cancer prevention: evidence from a case-control study involving 232 consecutive patients. **J Laryngol Otol**, v. 116, n. 7, pp: 523-531. 2002. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/S0022215102001603>>. Acesso em: 30 out 2016.

EVERITT, E. Tracheostomy 3: care of patients with permanent tracheostomy. **Nursing Times**, v. 112: 21/22/23, pp: 17-19. 2016. Disponível em: <<https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/respiratory/tracheostomy-3-care-of-patients-with-permanent-tracheostomy/7004966.article>>. Acesso em 30 out. 2016.

FAGGIANO, F.; ZANETTI R.; COSTA G. Cancer risk and social inequalities in Italy. **J Epidemiol Community Health**, v. 48, n.5, pp: 447-452. 1994. Disponível em: <<http://jech.bmj.com/content/48/5/447>>

FEIJO, M. K.; AVILA, C. W.; SOUZA, E. N.; JAARSMA, T. RABELO, E. R. Adaptação transcultural e validação da European Heart Failure Self-care Behavior Scale para o português do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, pp: 988-996. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000500022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 nov. 2016.

FERGUSON, R. E. H.; SCHULER, K.; THORNTON, B.P.; VASCONEZ, H. C.; RINKER, B.. 2007 The Effect of Saliva and Oral Intake on the Tensile Properties of Sutures. **Annals of Plastic Surgery**, v. 58, n. 3, pp: 268-272. 2007. Disponível em: <<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:land>>. Acesso em: 04 out. 2016.

FERNANDES, G. M.; BERGMANN, A.; OLIVEIRA, J. F. Análise epidemiológica de população com câncer de cabeça e pescoço: influência sobre as complicações pós operatórias. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 42, n. 3, pp: 140-149. 2013. Disponível em: < <http://www.sbccp.org.br/wp-content/uploads/2014/11/REVISTA-SBCCP-42-3-artigo-04.pdf>>

FERRAZ, M. I. R. Produção científica brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: revisão integrativa. **Rev. bras. Enferm.**, v. 65, n. 3, pp: 529-

534. 2012. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000300020&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 nov. 2016.

FERREIRA, Z.G. Reabilitação Psicossocial de Pessoas com Doença Mental de Evolução Prolongada – Estilos de Vida Saudáveis. **Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**. Instituto Politécnico Setúbal. Escola Superior de Saúde. Portugal. 2013.

FOSTER, P.C., JANSSENS, N.P. Dorothea E. Orem In: GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas. 2000.

GALBIATTI, A. L. S.; PADOVANI-JUNIOR, J. A.; MANÍGLIA, J. V.; RODRIGUES, C. D. S. R.; PAVARINO, E. C.; GOLONI-BERTOLLO, E. N. Câncer de cabeça e pescoço: causas, prevenção e tratamento. **Braz. j. Otorhinolaryngol.** São Paulo, v. 79, n. 2, pp: 239-247. 2013. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942013000200018&lng=en&nrm=iso. Acesso em 31 Oct. 2016.

GANONG, L. **Research in Nursing & Health**, v. 10, n. 1, pp: 1-11. 1987.

GRANT, J.S.; DAVIS, L.T. Selection and use of content experts in instrument development. **Research in Nursing & Health**, v. 20, pp: 269–274.1997. Disponível em:
[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199706\)20:3%3C269::AID-NUR9%3E3.0.CO;2-G/epdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1098-240X(199706)20:3%3C269::AID-NUR9%3E3.0.CO;2-G/epdf). Acesso em 04 nov. 2016.

GOMIDES, D. dos S.; VILLAS-BOAS, L. C. G.; COELHO, A. C. M.; PACE, A. E. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. **Acta paul. Enferm.** São Paulo, v. 26, n. 3, pp: 289-293. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000300014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 Nov. 2016.

GONÇALVES, A. J.; ALCADIPANI, F. C. **Clínica e cirurgia de cabeça e pescoço**. Ribeirão Preto: Tecmedd. 2005. 432p.

GUIMARAES, J.L.M.; ROSA, D.D. **Rotinas em oncologia** . Porto Alegre: Artmed. 2008.

GUL, N. D.; KARADAG A. An evaluation of the quality of life in patients with tracheostomy. **Pak J Med Sci**. v. 26, n. 2, pp: 444-449. 2010. Disponível em: <<http://pjms.com.pk/issues/aprjun2010/abstract/article39.html>>. Acesso em 08 out. 2016.

HARTWEG, D.L. **Dorothea Orem: self-care deficit theory**. – (Notes on nursing theories: vol.4). United States of America. 1991.

HERCHENHORN, D.; DIAS, F.L. - Advances in radiochemotherapy in the treatment of head and neck cancer. **Rev. Hosp. Clín. Fac. Med.** S. Paulo, v. 59, n.1, pp: 39-46. 2004. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/rhc/article/view/30398/32282>> Acesso em: 03 out. 2016.

HICKS-MOORE S.L.; PASTIRIK, P.J. Evaluating critical thinking in clinical concept maps: a pilot study. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. v.3, n.1. 2006.

HINKLE, J.L.; CHEEVER, K.H. Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica, volumes 1 e 2. Tradução VOEUX, P.L., et al. – 13. ed. – Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2016

HOFFMAN, A.J. Enhancing self-efficacy for optimized patient outcomes through the theory of symptom self-management. **Cancer Nurs**, v. 36, n. 1, pp: 16–26. 2013.

HOFFMAN, H. Self Care Schedule for the Tracheostomy Patient. **Iowa Head and Neck Protocols Clinical Pathways Nursing Protocols**. 2012.

HOLST M.; WILLENHEIMER R.; MÅRTENSSON J.; LINDHOLM M.; STRÖMBERG A. Telephone follow-up of self-care behaviour after a single session education of patients with heart failure in primary health care. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 6, n.2, pp: 153-159. 2007. Disponível em: < <http://cnu.sagepub.com/content/6/2/153.full.pdf+html>>. Acesso em 30 out. 2016.

ILIAS, E. J. **Como diminuir o íleo pós-operatório?**. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 52, n. 1, pp: 5. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302006000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Nov. 2016.

JAARSMA, T; STROMBERG, A. ; MARTENSSON, J. ; DRACUP, K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. **The European Journal of Heart Failure**, v. 5, pp: 363–370. 2005. Disponível em: <[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/S1388-9842\(02\)00253-2/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/S1388-9842(02)00253-2/pdf)>. Acesso em 03 out. 2016.

JAHN P, KUSS O, SCHMIDT H, BAUER A, KITZMANTEL M, JORDAN K, et al. Improvement of pain-related self-management for cancer patients through a modular transitional nursing intervention: A cluster-randomized multicenter trial. **Pain**. 2014; 155(4):746-54.

JEFFS E, RUIJS M. Treatment and outcomes of head and neck oedema referrals to a hospital-based lymphoedema service. **British Journal of Community Nursing**. Br J Community Nurs. 2015; 20 (supl 4): 6-13.

JEMAL, A.; BRAY, F.; CENTER, M. M.; FERLAY, J.; WARD, E.; FORMAN, D. Global Cancer Statistics. **CA CANCER J CLIN**, v. 61, n.2, pp: 69-90. 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20107/epdf>>. Acesso em 30 out. 2016.

KOLLER; et al. Supporting self-management of pain in cancer patients: Methods and lessons learned from a randomized controlled pilot study. **European Journal of Oncology Nursing**. 2013.

KUIPER, R.A.; PESUT, D.J. Promoting cognitive and metacognitive reflective reasoning skills in nursing practice: self-regulated learning theory. **Journal of Advanced Nursing**. v.45, n.4, p.381-391. 2004.

LAMBERT, R.; SAUVAGET, C.; CANCELA, M. C.; SANKARANARAYANAN, R. Epidemiology of cancer from the oral cavity and oropharynx. **European Journal of Gastroenterology & Hepatology**, v. 23, n.8, pp: 633-641. 2011.

LINN, A. C.; AZOLLIN, K.; SOUZA, E. N. Association between self-care and hospital readmissions of patients with heart failure. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 3, pp:469-474.

2016. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690312i>>. Acesso em 24 out. 2016.

LO S.F.; WANG Y.T.; WU L.Y.; HSU M.Y.; CHANG S.C.; HAYTER M. Multimedia education programme for patients with a stoma: effectiveness evaluation. **Journal of Advanced Nursing**, v. 67, n. 1, pp: 68–76. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05455.x/full>>. Acesso em: 04 nov. 2016.

LOBIONDO-WOOD G, HABER J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. 330p.

LOERZEL; CROSBY. Developing the Tracheostomy Care Anxiety Relief Through Education and Support (T-CARES) Program. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 18, n. 5, pp: 522-527. 2014.

LOPES, E. M.; ANJOS, S .J. S. B.; PINHEIRO, A. K. B. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, pp: 273- 277. 2009. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a24.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2016.

MAIER H.; TISCH, M. Epidemiology of laryngeal cancer: results of the Heidelberg case-control study. **Acta Otolaryngol**, v. 527, n. Suppl, pp: 160-164. 1997. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.3109/00016489709124063>>. Acesso em: 30 out. 2016.

MARQUES, L.V.P., CARVALHO, D.V. Sistematização da assistência de enfermagem em centro de tratamento intensivo: percepção das enfermeiras. **Rev. Min. Enferm**, v.9, n.3, pp:199-205. 2005.

MARTINS, P. A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação face à pessoa com alteração da deglutição, em situação de AVC, promotora da independência na atividade de vida comer e beber. **Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Santarem**. Escola Superior de Saúde de Santarem. Portugal. 2015.

MASON, J.; MURTY, G.E.; FOSTER, H.; BRADLEY, P.J. Tracheostomy self care: the Nottingham system. **Journal of Laryngology and Otology**, v. 106, pp: 723-734.

1992. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/S0022215100120699>>. Acesso em: 22 out. 2016.

MENDES, M.A.; BASTOS, M.A.R. Processo de enfermagem: seqüências no cuidar, fazem a diferença. **Rev. Bras. Enferm**, v. 56, n. 3, pp:271-276. 2003.

MENDES, H. W. B.; CALDAS JUNIOR, A. L. Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, pp: 20-26, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000300004&lng=en&nrm=iso>.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M. **Classificação dos resultados de enfermagem – NOC**. 5ªed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

MORAIS, H. C. C.; GONZAGA, N. C.; AQUINO, P. S. Estratégias de autocuidado apoiado para pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, pp: 136-143. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100136&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Nov. 2016.

NASU, T.; KOIKE, S.; NODA, D.; ISHIDA, A.; KIKUCHI, N.; AOYAGI, M. Efficacy analysis of early postoperative ambulation in patients with head and neck cancer of free reconstruction surgery. **Toukeibu Gan**, v. 37, n. 1, pp: 110-115. 2011. Disponível em: < <http://doi.org/10.5981/jjhnc.37.110> >. Acesso em 07 out. 2016.

NETA, D. S. R; SILVA, A. R. V. da; SILVA, G. R. F. da. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 68, n. 1, pp: 111-116. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100111&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2016.

NUGENT, K.; DANIELS, P.; STEWART, B.; PATANKAR, R.; JOHNSON, C. Quality of life in stoma patients. **Diseases of the Colon and Rectum**, v. 42, n. 12, pp: 1569–1574. 1999. Disponível em: <

http://journals.lww.com/dcrjournal/Abstract/1999/42120/Quality_of_life_in_stoma_patients_.11.aspx>. Acesso em 15 out. 2016.

O'CONNOR G. Teaching stoma-management skills: the importance of self-care. **British Journal of Nursing**, v. 14, n. 6, pp: 320– 324. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2005.14.6.17800>>. Acesso em 26 out. 2016.

OLIVEIRA, A. C. de; SA, L.; SILVA, M. J. P. da. O posicionamento do enfermeiro frente à autonomia do paciente terminal. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 60, n. 3, pp: 286-290. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300007&lng=en&nrm=iso>.

OREM, D. **Concepts of practice**. 6ed. Mosby : St. Louis, 2001.

PAYDARFAR, J.A., & BIRKMEYER, N.J. Complications in head and neck surgery: A meta-analysis of postlaryngectomy pharyngocutaneous fistula. **Archives of Otolaryngology—Head and Neck Surgery**, v.132, pp: 67–72. 2006.

PIRES, A.F; SANTOS, B. N.; SANTOS, P. N.; BRASIL, V. R.; LUNA, A. A. A importância da teoria de do autocuidado de Dorothea E. Orem no cuidado de enfermagem. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 9, n. 2, pp: 2015. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/rccs/article/view/2533/1292>>. Acesso em: 04 out. 2016.

PINHEIRO, A.K.B. Enfermagem e práticas de educação em saúde. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 2, pp: 225. 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2_pdf/a01v12n2.pdf>. Acesso em: 15 out. 2016.

PINHEIRO, F.A. Déficits e capacidade para autocuidado em pacientes pós acidente vascular cerebral: análise em pacientes internados no HUOL-UFRN, 1999. Natal; s.n; dez. 2000. 109p. **Tese em Português**.

PEREIRA, A. D.; PINHO, A. E. P.; SANTOS, M. E. S. S.; CORRÊA, R. G. C. F. Características, conhecimento e autocuidado de idosos portadores de diabetes mellitus com úlcera de pé. **Rev Pesq. Saúde**, v. 11, n. 2, pp: 20-25. 2010. Disponível

em:<<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/547>>. Acesso em: 24 out. 2016.

PEREIRA, M. M. M.; XAVIER, S. S. M.; ARAUJO, M. G. P.; VALENÇA, C. N.; MENEZES, R. M. P.; GERMANO, R. M. A teoria do autocuidado de orem e sua aplicabilidade como marco teórico: análise de uma pesquisa. **Rev enferm UFPE on line**, v. 5, n. 4, pp: 896-900. 2011. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/1358/3065>. Acesso em 04 nov. 2016.

PERSSON, E.; HELLSTROM, A. L. Experiences of Swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, v. 29, n. 2, pp: 103–108. Disponível em: http://journals.lww.com/jwocnonline/Abstract/2002/03000/Experiences_of_Swedish_Men_and_Women_6_to_12_Weeks.11.aspx . Acesso em 26 out. 2016.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Res Nurs Health**, v. 29, n. 5, pp: 489-497. 2006. Disponível em: <http://cfd.ntunhs.edu.tw/ezfiles/6/1006/attach/33/pta_6871_6791004_64131.pdf>. Acesso em: 12 set. 2016.

QUEIRÓS, S. M. M.; SANTOS, C. S. V. B.; BRITO, M. A. C.; PINTO, I. E. S. Construção do Formulário de Avaliação da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra , v. Série IV, n. 7, pp: 51-60. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000700006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2016.

RAIMONDO, M. L.; FEGADOLI, D.; MÉIER, M. J.; WALL, M. L.; LABRONICI, L. M.; RAMEIZL, P. CADET, A Self-Care Assessment Tool. **Geriatric Nursing**, November/December, 1993. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0197-4572\(83\)80169-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0197-4572(83)80169-4)> Acesso em: 15 set. 2016.

RAMOS, I.C.; CHAGAS, N. R.; FREIRAS, M. C.; MONTEIRO, A. R. M.; LEITE, A. C. S. A teoria de OREM e o cuidado a paciente renal crônico. **R Enferm UERJ**, v. 15, n.

2, pp: 444-449. 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n3/v15n3a20.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

RAMOS, G. H. A.; CRIVELARO, A. L. S. OLIVEIRA, B. V.; PEDRUZZI, P. A. G.; FREITAS, R. R. Fístulas orocutâneas após cirurgia de câncer da cavidade oral: fatores de risco. **Rev. Col. Bras. Cir**, v. 37, n. 2, pp. 86-91. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912010000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 out. 2016.

RAO, D. N.; DESAI, P. B. Risk assessment of tobacco, alcohol and diet in cancers of base tongue and oral tongue: a case control study. **Indian J Cancer**, v. 35, n. 35, pp: 65-72. 1998. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/13438788_Risk_assessment_of_tobacco_alcohol_and_diet_in_cancers_of_base_tongue_and_oral_tongue_-_A_case_control_study>. Acesso em: 18 out. 2016.

RUBIO, D. M. G.; BERG-WEGER, M.; TEBB, S. S.; LEE, E. S.; RAUCH, S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, v. 27, n. 2, pp: 94-104. 2003. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/pdf/42659521.pdf?seq=1#page_scan_tab_contents>. Acesso em: 04 out. 2016.

SALTER M. What are the differences in body image between patients with a conventional stoma compared with those who have had a conventional stoma followed by a continent pouch? **Journal of Advanced Nursing**, v. 17, pp: 841–848. 1992. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.1992.tb02006.x/pdf>>. Acesso em: 26 out. 2016.

SALVIANO, M. E. M.; NASCIMENTO, P. D. F. S.; PAULA, M. A. de, VIEIRA, C. S.; FRISON, S. S.; MAIA, M. A.; SOUZA, K. V.; BORGES, E. L. Epistemologia do cuidado de enfermagem: uma reflexão sobre suas bases. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 6, pp: 1240-1245. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601240&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 27 out. 2016.

SANTOS, I.; SARAT, C.F.N. Modalidades de aplicação da Teoria do Autocuidado de Orem em comunicações científicas de enfermagem brasileira. **Rev. enferm. UERJ**, v.16, n. 3, p: 313-318. 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a03.pdf>>. Acesso em 01 nov. 2016.

SANTOS, R.A.; PORTUGAL F.B.; FELIX, J.D.; SANTOS, P.M.O.; SIQUEIRA, M.M. Avaliação Epidemiológica de Pacientes com Câncer no Trato Aerodigestivo Superior: Relevância dos Fatores de Risco Álcool e Tabaco. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 58, n. 1, pp: 21-29. 2012. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v01/pdf/05_artigo_avaliacao_epidemiologica_pacientes_cancer_trato_aerodigestivo_superior_relevancia_fatores_risco_alcool_tabaco.pdf>

SARAT, C.F.N. Aplicação da teoria de Orem na prática de Enfermagem: análise de comunicações científicas. Rio de Janeiro; s.n; 2007. 96 p. ilus, tab, graf. Apresentada a Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Faculdade de Enfermagem para obtenção do grau de Mestre**. 2007. Disponível em: <http://www.btdt.uerj.br/tde_busca/termo.php?codArquivo=738>. Acesso em 01 nov. 2016

SAHYOUN, N.R.; LENTZNER, H.; HOYERT, D.; ROBINSON, K.N. Trends in Causes of Death Among the Elderly. **Aging Trends**, n.1. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics. 2001. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/nchs/data/ahcd/agingtrends/01death.pdf>>

SERRA, A. Tracheostomy care. **Nursing Standard**, v. 14, n. 42, pp: 45-52. 2000. Disponível em: http://anaesthesiaconference.kiev.ua/downloads/Tracheostomy%20care_2000.pdf. Acesso em 26 out. 2016.

SHAW, J.G. Carcinogênese e genética. In: GATES, R. A.; FINK, R.M. **Segredos em Enfermagem Oncológica: Respostas necessárias ao dia-a-dia**. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed. 652 p. 2009.

SHI L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the adult primary care assessment tool. **J Fam Pract**, v. 50, n. 2, pp: 161-175. 2002. Disponível em:

<<http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Shi%202001.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2016.

SILVA, C. S.; PAES, N. A.; FIGUEIREDO, T. M. R. M.; CARDOSO, M. A. A.; SILVA, A. T. M. C.; ARAÚJO, J. S. S. Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, pp: 584-590. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300584&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 nov. 2016. SILVA, J.M.C.; SILVA, J. M. C.; VALENTE RIBEIRO, P. P. S. Estratégias de autocuidado das pessoas com doença oncológica submetidas a quimioterapia/radioterapia e a sua relação com o conforto. **Enferm. glob.**, v.14, n.37, pp: 372-383. 2015. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/pt_revision2.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2016.

SOARES, J. C. R. de S.; CAMARGO JR., K. R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface** (Botucatu), v. 11, n.21, pp: 65-78. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2017.

SOBECKI-RYNIAK; KROU. Head and Neck Cancer: Historical Evolution of Treatment and Patient Self-Care Requirements. **Clinical Journal of Oncology**, v. 17, n. 6, pp: 659-663. 2013.

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, pp: 502-507. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em on 04 out. 2016.

STACCIARINI, T. S. G.; HAAS, V. J.; PACE, A. E. Factors associated with insulin self-administration by diabetes mellitus patients in the Family Health Strategy. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, pp: 1314-1322. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 out. 2016

STENSON, K.M.; BROCKSTEIN, B. E.; ROSS, M. E. Epidemiology and risk factors for head and neck cancer. **Uptodate**. 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-risk-factors-for-head-and-neck-cancer>>. Acesso em 18 ago. 2017.

STEWART, B.; WILD, C.P. (eds.), International Agency for Research on Cancer, WHO. **World Cancer Report 2014**. Disponível em:<<https://shop.iarc.fr/products/wcr2014>>. Acesso em: 18 out. 2016.

TACANI, P.M.; FRANCESCHINI, J. P.; TACANI, R.E.; MACHADO, A.F.; MONTEZELLO, D.; GÓES, J.C. Retrospective study of the physical therapy modalities applied in head and neck lymphedema treatment. **Head Neck**, v. 38, n. 2, pp: 301-308. 2016.

TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A.M.P. SAE, **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

TOOBERT, D. J.; GLASGOW, R. E. Assessing diabetes self-management: the summary of diabetes self-care activities questionnaire. In: Bradley C, editor. **Handbook of Psychology and Diabetes**. Switzerland: Harwood Academic; 1994. p. 351-75.

TORRES, G. de V.; DAVIM, R. M. B.; NÓBREGA, M. M. L. da. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de OREM: estudo de caso com uma adolescente grávida. **Rev.latino-am.enfermagem**, v. 7, n. 2, pp. 47-53. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000200007> Acesso em: 01 nov. 2016

TURNER; et al. The ENHANCES study—Enhancing Head and Neck Cancer patients' Experiences of Survivorship: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 15, n. 191. 2014.

UNAMUNO, M.R.D.L.; MARCHINI, J.S. Sonda nasogástrica/ nasoentérica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 35, n. 2, pp: 95-101.

VIEIRA, J. M; CRUZ, I. C. F. da. Produção científica de enfermagem sobre déficit no autocuidado banho/higiene: implicações para a (o) enfermeira (o) de cuidados intensivos. 2001. **Monografia (Especialização): - Escola de Enfermagem**, UFF, 2001. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/bnn04esp02.htm>>. Acesso em 01 nov. 2016.

VITOR, A.F.; LOPES, M.V.O.; ARAUJO, T.L. Teoria do déficit de autocuidado: Análise de sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 3, pp: 611-616. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300025>. Acesso em: 26 out. 2016.

XU, Z.; TAYLOR, J.A. Genome-wide age-related DNA methylation changes in blood and other tissues relate to histone modification, expression and cancer. **Carcinogenesis**, v. 35, n. 2, pp: 356-364. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3908753/pdf/bgt391.pdf>>

8 CRONOGRAMA

[illegible]

9 ANEXOS

9.1 Anexo 1 – Instrumento CADEM

C (Comunicação)	A (Atividades diárias)	D (Deambulação)	E (Eliminações)	M (Mobilidade)
Capacidade de enviar e receber mensagens.	Capacidade para realizar atividades para manutenção da higiene corporal, alimentação e hidratação adequada.	Capacidade para locomover-se e um local para o outro.	Capacidade para urinar ou defecar voluntariamente em lugar apropriado, ou continência urinária e fecal.	Capacidade de manter o tônus muscular e posicionamento corporal adequado.
1- Comunica-se verbalmente de forma compreensível e coerente. Obedece a ordens de relativa complexidade e é capaz de abstrações.	1- Pode banhar-se, escovar os dentes, ir ao banheiro, alimentar-se e ingerir líquidos sozinho.	1- Deambula sozinho sem apresentar problemas.	1- Continência urinária e fecal. Consegue ir ao banheiro.	1- Pode deitar-se, mudar o decúbito na cama, levantar-se e sentar na cadeira de forma independente.
2- Não se comunica verbalmente devido a algum aparato (tubo endotraqueal, etc) ou déficit (laringectomia, ou outro), porém comunica-se por gestos (movimentos com a cabeça, mão, mímica facial, etc).	2- Tem capacidade para banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro e alimentar-se, mas precisa de ajuda, como por exemplo, para colocar o sapato, cortar carne, escovar os dentes. Ou necessita de ajuda em função de algum curativo ou procedimento terapêutico.	2- Deambula sozinho, mas apresenta restrição dos movimentos (devido à artrite, envelhecimento, sequelas de AVC, etc), e necessita de observação, ou algum auxílio devido a aparatos terapêuticos como soros, etc.	2- Continência urinária e fecal, faz uso de comadre e/ou papagaio.	2- Apesar da dificuldade para movimentar-se, consegue mover-se sozinha pois usa o lado ou partes não comprometidas do corpo para compensar a perda funcional.
3- Comunica-se verbalmente, mas confuso.	3- Necessidade de alguma ajuda (devido à fraqueza, idade ou aparatos terapêuticos) para ir ao banheiro, alimentar-se, vestir-se.	3- Necessita de apoio para deambular. Usa aparatos: muletas, andador ou outros.	3- Usa dispositivos: CVD, colostomia, etc.	3- Necessita de ajuda parcial para deitar-se, levantar-se e sentar-se na cadeira. Colchão especial é aconselhável.
4- Comunica-se verbalmente de forma pouco compreensível (disartria), às vezes incompreensíveis, ou incoerentes. Demonstra não compreender perguntas ou solicitações.	4- Necessita ser transportado para o chuveiro, auxílio para lavar-se, vestir-se e alimentar-se.	4- Paciente com restrição no leito devido patologia (IAM/TVP). Ou necessita ser conduzido em cadeira de rodas, maca ou outro aparato.	4- Apresenta perda ocasionais de fezes e/ou urina.	4- Necessita de ajuda (Hemiparesia, sequelas neurológicas, queda do estado geral, etc). Quando colocado sentado fora do leito não mantém o equilíbrio e necessita de apoio e observação. Ou, devido à confusão mental, ou agitação psicomotora, necessita de restrição mecânica que lhe restringe a mobilidade, necessitando de trocas frequentes. Colchão especial é recomendável, assim como rolos de apoio e almofadas de proteção.
5- Nenhuma comunicação verbal, não reage a estímulos verbais.	5- não tem condições de banho no chuveiro e necessita de auxílio para ser banhado no leito. Não deglute e necessita de sonda para alimentação. Ou necessita ser alimentado na boca, pausadamente.	5- Não deambula.	5- Apresenta perdas frequentes ou incontinência urinária e fecal.	5- Necessita de ajuda total para movimentar-se. Colchão especial é extremamente importante para diminuir a pressão, assim como rolos de apoio e almofadas de proteção.

Adaptado de Dias (1996)

	PONTOS	COMENTÁRIOS
C(Comunicação)		
A (Atividades diárias)		
D (Deambulação)		
E (Eliminações)		
M (Mobilidade)		
TOTAL DE PONTOS		

Adaptado de Dias (1996)

NÍVEL DE CAPACIDADE PARA O AUTOCUIDADO	TOTAL DE PONTOS	DEFINIÇÃO
I	5	Independente para o AC.
II	6-10	Hábil para o AC, porém necessita de apoio e pequena ajuda.
III	11-17	Necessita de ajuda moderada, a grande para alcançar o AC.
IV	18-25	Totalmente dependente de ajuda.

Adaptado de Dias (1996)

9.2 ANEXO 2 – INSTRUMENTO CADEM NOGUEIRA-SOUZA

C (Comunicação)	A (Atividades diárias)	D (Deambulação)	E (Eliminações)	M (Mobilidade)
Capacidade de enviar e receber mensagens de modo compreensível utilizando sua cognição.	Capacidade para realizar atividades diárias para manutenção do bem estar (higiene corporal, alimentação, hidratação adequada, vestimenta).	Capacidade física para locomover-se de um local para o outro.	Capacidade para urinar e evacuar voluntariamente em lugar apropriado, com continência urinária e fecal.	Capacidade de mover partes do corpo, seja independente ou voluntário, mantendo o posicionamento corporal adequado.
1- Comunica-se verbalmente de forma compreensível e coerente. Obedece e atende quando solicitado.	1- Vai ao banheiro, banha-se, veste-se, faz higiene oral, alimenta-se e ingere líquidos por via oral sozinho.	1- Deambula sozinho sem apresentar problemas ou dificuldades.	1- Continência urinária e fecal. Consegue ir ao banheiro para as eliminações, sem auxílio.	1- Deita-se, muda de decúbito no leito, levanta e senta na cadeira de forma independente, sem apresentar problemas ou dificuldades.
2- Não se comunica verbalmente (cirurgia, trauma, tumor, traqueostoma), porém substitui sua comunicação de maneira compreensível com gestos ou escrita. Compreende e obedece a ordens.	2- Vai ao banheiro, banha-se, veste-se, alimenta-se e ingere líquidos por via oral sozinho, porém necessita de alguma ajuda em atividades menores (como calçar sapato, higiene oral, cortar carne, segurar copo), que pode estar relacionado à fraqueza, pós-operatório, idade, déficit visual ou dispositivos terapêuticos como terapia venosa, drenos. () Pode fazer uso de sonda para alimentação que pode estar relacionado a cirurgia ou disfagia, porém sabe manusear sua via alimentar, necessitando de observação e/ou eventual auxílio. () Ou necessita de assistência de enfermagem devido algum curativo.	2- Deambula sozinho, mas apresenta restrição dos movimentos que pode ser devido à artrite, idade ou sequela motora, e necessita de observação. () Ou necessita de algum auxílio ou observação para transportar dispositivos terapêuticos como soros, drenos, bolsas coletoras.	2- Usa dispositivo como cateter vesical de demora; ostomia intestinal, que pode estar relacionado a controle hídrico, pós-operatório, amputação, porém sabe manusear seu dispositivo, necessitando de observação e/ou eventual auxílio.	2- Apresenta alguma dificuldade para movimentar-se que pode estar relacionada à fraqueza, pós-operatório, idade, sequela motora, amputação, porém consegue mover-se deitar-se, mudar de decúbito e sentar na cadeira sozinho, pois usa partes não comprometidas do corpo para compensar a perda funcional.
3- Comunica-se verbalmente, porém confuso e desorientado quanto ao tempo, espaço. Demonstra compreender e obedece a ordens.	3- Vai ao banheiro, mas não sozinho. Precisa de algum auxílio para banhar-se, vestir-se e/ou alimentar-se e ingerir líquidos (via oral ou via alternativa), que pode estar relacionado à fraqueza, pós-operatório, idade, ou dispositivos terapêuticos como terapia venosa, drenos.	3- Deambula sozinho, porém somente com apoio de: muleta, andador, órtese.	3- Continência urinária e fecal, porém devido restrição no leito (temporária ou não), faz uso de comadre e/ou patinho.	3- Deita-se, muda de decúbito no leito, levanta-se e senta-se na cadeira com ajuda parcial da enfermagem.
4- Comunica-se verbalmente, porém apresenta disartria, com falas desconexas e incoerentes. Demonstra não compreender ordens e solicitações.	4- Necessita ser transportado para o banheiro em cadeira higiênica. Necessita de total auxílio para lavar-se, vestir-se, alimentar-se e ingerir líquidos (via oral ou via alternativa), que pode estar relacionado à fraqueza, pós-operatório, idade, sequela motora.	4- Deambula, porém, com contra-indicação temporária devido condição clínica atual como infarto agudo do miocárdico, trombose venosa profunda, plaquetopenia, pós-operatório; sangramento.	4- Consegue ir ao banheiro mas devido perdas ocasionais de fezes e/ou urina (diarréia, incontinência), necessita, eventualmente, do uso de fralda.	4- Apresenta grande dificuldade para movimentar-se, que pode estar relacionada à fraqueza, pós-operatório, idade, sequela motora ou neurológica. Quando sentado fora do leito, não mantém o equilíbrio, necessitando de apoio e observação. Ou por agitação psicomotora ou confusão mental, necessita de restrição mecânica o que lhe restringe a mobilidade.

5- Nenhuma comunicação verbal, não reage a estímulos verbais.	5- Não tem condições de banho de aspersão, necessitando de banho no leito. Necessita de total auxílio para lavar-se, vestir-se, alimentar-se e ingerir líquidos (via oral ou via alternativa), que pode estar relacionado à fraqueza, pós-operatório, idade, sequela motora.	5- Não deambula, devido incapacidade física (idade; plegia; paresia; paralisia de membros inferiores.)	5- Sem condições físicas de ir ao banheiro. () Necessita, obrigatoriamente, do uso de fralda, pois não consegue sinalizar quando vai urinar e/ou evacuar. () Pode fazer uso de dispositivos como cateter vesical de demora, ostomia intestinal, que pode estar relacionado a controle hídrico, pósoperatório, obstrução tumoral, mas sem condições de manusear seu dispositivo.	5- Necessita de total auxílio para movimentar-se no leito.
		PONTOS	COMENTÁRIOS	
C(Comunicação)				
A (Atividades diárias)				
D (Deambulação)				
E (Eliminações)				
M (Mobilidade)				
TOTAL DE PONTOS				
NÍVEL DE CAPACIDADE PARA O AUTOCUIDADO		TOTAL DE PONTOS	DEFINIÇÃO	
I		5	Independente da enfermagem para o AC.	
II		6-10	Necessita de apoio e pequeno auxílio da enfermagem para alcançar o autocuidado.	
III		11-17	Necessita de moderada a grande ajuda da enfermagem para alcançar o autocuidado.	
IV		18-25	Totalmente dependente de auxílio da enfermagem.	

10 APÊNDICES

10.1 Apêndice 1 – Carta-Convite aos Juízes

Prezado (a),

Sou aluna do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e juntamente com a Prof. Dra. Sônia Regina de Souza, estou realizando o estudo intitulado: “Validação do instrumento CADEM: subsídio para o autocuidado de pacientes em pós-operatório por câncer de cabeça e pescoço”.

Nas doenças crônicas, como o câncer, o êxito da terapêutica é diretamente ligado à adesão do usuário como pessoa participativa do seu tratamento. Ações de autocuidado que conscientizem a mudança de hábitos.

Enquanto enfermeira assistencial da enfermaria de Cirurgia de Cabeça e Pescoço de um Instituto especializado no tratamento clínico e cirúrgico em oncologia da cidade do Rio de Janeiro lido com pacientes que apresentam um pós-operatório complexo em que os mesmos precisam atuar ativamente a fim de limitar possíveis complicações.

Orem foi quem definiu primeiro o autocuidado na enfermagem. Afirmou como o conjunto de práticas desenvolvidas em situações da vida em que o indivíduo direciona para si mesmo a fim de regular os fatores que afetam o seu próprio desenvolvimento saúde e bem-estar. Justifica-se a abordagem desta teórica pelo fato de ser a teoria de autocuidado mais referenciada a nível mundial.

O que também é afirmado por Orem é que se a enfermagem não estabelecer previamente a capacidade para o autocuidado, ela não tem sustentação racional para julgar a falta de autocuidado. Assim, com o objetivo de ter subsídios para avaliação do autocuidado, foi feita uma busca de instrumentos na literatura nacional, capazes de mensurar o autocuidado, nas bases de dados Scielo e BVS. Foram encontrados cinco instrumentos sendo que quatro eram destinados a um público específico (pacientes com vírus da imunodeficiência, pacientes com

insuficiência cardíaca e dois para pacientes diabéticos). Somente um abordava paciente a nível hospitalar e ainda não havia sido validado.

Este instrumento foi o CADEM (Dias, 1996) adaptado do inglês CADET. Após a adaptação, Dias o considerou de fácil uso pela enfermagem, porém não a validou no meio científico. Tal fato despertou meu interesse para este instrumento e a importância que o mesmo pode trazer para diferentes clientela, principalmente, no ambiente hospitalar.

Diante do reconhecimento de sua experiência profissional e/ou seu histórico de publicações, viemos por meio deste, convidá-lo a colaborar com esta pesquisa, na qualidade de juiz especialista, participando do processo de validação do instrumento, com seu julgamento quanto aos aspectos: objetivo, estrutura, o e relevância dos itens avaliados.

Uma vez que você aceite este convite, pedimos que responda este e-mail, para posterior envio do instrumento e do formulário de avaliação. Caso prefira receber o material por correio, nos envie o endereço atualizado.

Aguardamos o seu retorno e contamos com sua colaboração.

Atenciosamente,

Camile de Souza Fortuna Nogueira

10.2 Apêndice 2 – Ficha de Caracterização dos Juízes

JUÍZ Nº _____

SEXO: _____ IDADE: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____

ESCOLARIDADE:

- ☐ GRADUAÇÃO
- ☐ ESPECIALIZAÇÃO EM ANDAMENTO
- ☐ ESPECIALIZAÇÃO COMPLETA
- ☐ MESTRADO EM ANDAMENTO
- ☐ MESTRADO COMPLETO
- ☐ DOUTORADO EM ANDAMENTO
- ☐ DOUTORADO COMPLETO

ÁREA DE ATUAÇÃO:

- ☐ ENFERMAGEM ONCOLÓGICA
- ☐ OUTRA ÁREA DA ENFERMAGEM: _____
- ☐ TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL: _____

PUBLICAÇÃO NO MEIO CIENTÍFICO:

- ☐ SOBRE ENFERMAGEM E AUTOCUIDADO (QUANTIDADE: _____)
- ☐ ENFERMAGEM ONCOLÓGICA (QUANTIDADE: _____)
- ☐ VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA USO A NA ENFERMAGEM (QUANTIDADE: _____)

10.3 Apêndice 3 – Formulários de Avaliação pelos Juízes

Instruções para julgamento

Prezado profissional,

Para julgar o instrumento, considere a teoria de autocuidado de OREM. Foi apresentado um julgamento em escala de Likert que vai desde ‘Não relevante ou representativo’ (1), até “Relevante ou representativo” (4).

Por representatividade entendemos como a habilidade de um item em representar o domínio de conteúdo como descrito. Escolha sua opção tanto para a definição de cada item do instrumento CADEM (comunicação, atividades diárias, deambulação, eliminações e mobilização), bem como as situações graduadas de 1 a 5 para cada um. Após faça a mesma avaliação com os níveis de capacidade para exercer o autocuidado. Se possível, após suas avaliações, acrescente sugestões e considerações para melhoria do instrumento.

	Constructo: Comunicação	Relevância	Comentários e sugestões
Graduação	Definição: Capacidade de enviar e receber mensagens.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
1	Comunica-se verbalmente de forma compreensível e coerente. Obedece a ordens de relativa complexidade e é capaz de abstrações.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
2	Não se comunica verbalmente devido a algum aparato (tubo endotraqueal, etc) ou déficit (laringectomia, ou outro), porém comunica-se por gestos (movimentos com a cabeça, mão, mímica facial, etc).	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
3	Comunica-se verbalmente, mas confuso.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
4	Comunica-se verbalmente de forma pouco compreensível (disartria), às vezes incompreensíveis, ou incoerentes. Demonstra não compreender perguntas ou solicitações.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
5	Nenhuma comunicação verbal, não reage a estímulos verbais.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	

	Constructo: Atividades diárias	Relevância	Comentários e sugestões
Graduação	Definição: Capacidade para realizar atividades para manutenção da higiene corporal, alimentação e hidratação adequada.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
1	Pode banhar-se, escovar os dentes, ir ao banheiro, alimentar-se e ingerir líquidos sozinho.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
2	Tem capacidade para banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro e alimentar-se, mas precisa de ajuda, como por exemplo, para colocar o sapato, cortar carne, escovar os dentes. Ou necessita de ajuda em função de algum curativo ou procedimento terapêutico.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
3	Necessidade de alguma ajuda (devido à fraqueza, idade ou aparatos terapêuticos) para ir ao banheiro, alimentar-se, vestir-se.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
4	Necessita ser transportado para o chuveiro, auxílio para lavar-se, vestir-se e alimentar-se.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
5	Não tem condições de banho no chuveiro e necessita de auxílio para ser banhado no leito. Não deglute e necessita de sonda para alimentação. Ou necessita ser alimentado na boca, pausadamente.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	

	Construto: Deambulação	Relevância	Comentários e sugestões
Graduação	Definição: Capacidade para locomover-se de um local para o outro.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
1	Deambula sozinho sem apresentar problemas.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
2	Deambula sozinho, mas apresenta restrição dos movimentos (devido à artrite, envelhecimento, sequela de AVC, etc), e necessita de observação, ou algum auxílio devido a aparatos terapêuticos como soros, etc.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
3	Necessita de apoio para deambular. Usa aparatos: muletas, andador ou outros.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
4	Paciente com restrição no leito devido patologia (IAM/TVP). Ou necessita ser conduzido em cadeira de rodas, maca ou outro aparato.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
5	Não deambula.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	

	Constructo: Eliminações	Relevância	Comentários e sugestões
Graduação	Definição: Capacidade para urinar ou defecar voluntariamente em lugar apropriado, ou continência urinária e fecal.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
1	Continência urinária e fecal. Consegue ir ao banheiro.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
2	Continência urinária e fecal, faz uso de comadre e/ou papagaio.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
3	Usa dispositivos: CVD, colostomia, etc.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
4	Apresenta perda ocasionais de fezes e/ou urina.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
5	Apresenta perdas frequentes ou incontinência urinária e fecal.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	

	Constructo: Mobilidade	Relevância	Comentários e sugestões
Graduação	Definição: Capacidade de manter o tônus muscular e posicionamento corporal adequado.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
1	Pode deitar-se, mudar o decúbito na cama, levantar-se e sentar na cadeira de forma independente.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
2	Apesar da dificuldade para movimentar-se, consegue mover-se sozinha pois usa o lado ou partes não comprometidas do corpo para compensar a perda funcional.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
3	Necessita de ajuda parcial para deitar-se, levantar-se e sentar-se na cadeira. Colchão especial é aconselhável.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
4	Necessita de ajuda (Hemiparesia, sequelas neurológicas, queda do estado geral, etc). Quando colocado sentado fora do leito não mantém o equilíbrio e necessita de apoio e observação. Ou, devido à confusão mental, ou agitação psicomotora, necessita de restrição mecânica que lhe restringe a mobilidade, necessitando de trocas frequentes. Colchão especial é recomendável, assim como rolos de apoio e almofadas de proteção.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
5	Necessita de ajuda total para movimentar-se. Colchão especial é extremamente importante para diminuir a pressão, assim como rolos de apoio e almofadas de proteção.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	

Total/ Nível	Classificação quanto ao nível de capacidade para exercer o autocuidado	Relevância	Comentários e sugestões
5/I	Independente para o autocuidado.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
6-10/II	Hábil para o autocuidado, porém necessita de apoio e pequena ajuda.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
11-17/III	Necessita de ajuda moderada a grande para alcançar o autocuidado.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	
18-25/IV	Totalmente dependente de ajuda.	☐ 1 - Não relevante ou não representativo ☐ 2- Precisa de grande alteração para ser relevante ou representativo ☐ 3- Item necessita de pequena alteração para ser relevante ou representativo ☐ 4- Relevante ou representativo	

10.4 Apêndice 4 – Ficha de Dados Socioeconômicos e Nosológicos

Data da coleta: __/__/__

Numeração designada ao paciente: _____

Diagnóstico médico: _____

Data da cirurgia: __/__/__

Cirurgia proposta: _____

Cirurgia realizada (caso sofra alteração no momento cirúrgico): _____

Idade: _____

Sexo: _____

Nível escolaridade: _____

Renda familiar: _____

Profissão: _____

Tabagismo: _____

Álcool: _____

Drogas ilícitas: _____

10.5 Apêndice 5 – Aprovação do Comitê de Ética

UNIRIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO 								
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP								
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO CADEM: SUBSÍDIO PARA AUTOCUIDADO APOIADO DE PACIENTES CIRÚRGICOS POR CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO Pesquisador: CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA Área Temática: Versão: 2 CAAE: 62471116.3.0000.5285 Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO Patrocinador Principal: Financiamento Próprio DADOS DO PARECER Número do Parecer: 1.942.707 Apresentação do Projeto: Nas doenças crônicas, como o câncer, o êxito da terapêutica é diretamente ligado a adesão do usuário como pessoa participativa do seu tratamento e pacientes em pós-operatório de cirurgia oncológica de cabeça e pescoço precisam atuar ativamente a fim de limitar possíveis complicações e retomar sua independência após as alterações que a cirurgia ocasionou. Para ter subsídios para avaliação dos autocuidados, foi feita uma busca de instrumentos na literatura nacional, capazes de mensurar o autocuidado. Dos achados, o instrumento CADEM era o único que abordava paciente a nível hospitalar e ainda não havia sido validado. Pesquisa metodológica com delineamento descritivo exploratório para a validação e confiabilidade do conteúdo de uma escala de caráter quantitativo. Apresenta como objetivo geral validar o instrumento de avaliação de autocuidado CADEM. Objetivos específicos são avaliar a confiabilidade do instrumento de avaliação de autocuidado CADEM; aplicar o instrumento de avaliação de autocuidado CADEM em pacientes em pós-operatório de cirurgia oncológica de câncer de cabeça e pescoço; correlacionar dados socioeconômicos e nosológicos com os dados obtidos pela ferramenta CADEM. O estudo acontecerá em duas etapas: Na 1ª ocorrerá a validação de conteúdo por meio de painel de experts na área e na 2ª será simultaneamente a aplicação do instrumento nos participantes da pesquisa com validação de construto e confiabilidade. Os participantes da pesquisa serão pacientes com								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Endereço: Av. Pasteur, 296</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bairro: Urca</td> <td style="border: none; text-align: right;">CEP: 22.290-240</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">UF: RJ</td> <td style="border: none; text-align: right;">Município: RIO DE JANEIRO</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Telefone: (21)2542-7796</td> <td style="border: none; text-align: right;">E-mail: cep.unirio09@gmail.com</td> </tr> </table>	Endereço: Av. Pasteur, 296		Bairro: Urca	CEP: 22.290-240	UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO	Telefone: (21)2542-7796	E-mail: cep.unirio09@gmail.com
Endereço: Av. Pasteur, 296								
Bairro: Urca	CEP: 22.290-240							
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO							
Telefone: (21)2542-7796	E-mail: cep.unirio09@gmail.com							

UNIRIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 1.942.707

câncer de cabeça e pescoço em pós-operatório enquanto internados num Instituto da rede pública federal especializada no atendimento oncológico na cidade do Rio de Janeiro. Com base na média mensal de 60 cirurgias cabeça e pescoço, foi definido a amostragem de 160 pacientes num período de 04 meses, entre março e junho de 2017. Para a análise da validade de conteúdo, será considerada um IVC total mínimo de 0,8. Para a validade de construto e da confiabilidade, os dados serão tabulados em planilhas eletrônicas no programa Microsoft Excel® e serão analisados com auxílio do SPSS 20.0® for Windows. Para análise das relações entre as variáveis sociodemográficas e nosológicas, com os dados obtidos após a aplicação do instrumento CADEM na amostra, será feita a análise estatística bivariada, com uso do coeficiente de Spearman (ρ).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Validar o instrumento de avaliação de autocuidado CADEM para uso pela enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Para a 1ª etapa do projeto os riscos são considerados mínimos. Como trata-se de um instrumento para validação de conteúdo, pode ocorrer do especialista não se sentir confortável ao realizar a avaliação. Neste sentido é assegurado ao mesmo que poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Para a 2ª etapa: Os pacientes, participantes do estudo, serão informados que estarão sendo avaliados quanto ao autocuidado. Neste sentido, também será assegurado que caso o mesmo sinta algum desconforto e ou constrangimento quanto a esta observação, ele poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. **Benefícios:** Sistematização da avaliação da capacidade de autocuidado de pacientes em pós-operatório de cirurgias de cabeça e pescoço.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

adequados

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

-

Endereço: Av. Pasteur, 296
Bairro: Urca CEP: 22.290-240
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 E-mail: cep.unirio09@gmail.com

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 1.942.707

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_831471.pdf	09/02/2017 15:24:45		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	REVISAO TCLE PACIENTES.pdf	09/02/2017 15:21:11	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	REVISAO TCLE JUIZES.pdf	09/02/2017 15:20:43	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	29/11/2016 11:12:57	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto
Outros	formularioInca.pdf	29/11/2016 11:00:21	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto
Outros	AUTORIZAÇÃO DE VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO.pdf	29/11/2016 00:12:41	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto
Outros	FICHA DE DADOS SOCIOECONÔMICOS NOS LÓGICOS.pdf	29/11/2016 00:09:44	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto
Outros	formulario de avaliação JUIZES.pdf	29/11/2016 00:05:33	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto
Outros	FICHA DE CARACTERIZAÇÃO JUIZES.pdf	28/11/2016 23:52:57	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto
Outros	CARTA CONVITE JUIZES.pdf	28/11/2016 23:51:30	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto
Outros	INSTRUMENTO CADEM.pdf	28/11/2016 23:50:10	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	28/11/2016 23:43:14	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	validacao instrumento CADEM.pdf	28/11/2016 23:38:41	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 1.942.707

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 24 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
Paulo Sérgio Marcellini
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: oep.unirio09@gmail.com



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO CADEM: SUBSÍDIO PARA AUTOCUIDADO APOIADO DE PACIENTES CIRÚRGICOS POR CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

Pesquisador: CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62471116.3.3001.5274

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.982.428

Apresentação do Projeto:

Resumo: Nas doenças crônicas, como o câncer, o êxito da terapêutica é diretamente ligado a adesão do usuário como pessoa participativa do seu tratamento e pacientes em pós-operatório de cirurgia oncológica de cabeça e pescoço precisam atuar ativamente a fim de limitar possíveis complicações e retomar sua independência após as alterações que a cirurgia ocasionou. Para ter subsídios para avaliação dos autocuidados, foi feita uma busca de instrumentos na literatura nacional, capazes de mensurar o autocuidado. Dos achados, o Instrumento CADEM era o único que abordava paciente a nível hospitalar e ainda não havia sido validado. Pesquisa metodológica com delineamento descritivo exploratório para a validação e confiabilidade do conteúdo de uma escala de caráter quantitativo. Apresenta como objetivo geral validar o Instrumento de avaliação de autocuidado CADEM.

Objetivos específicos são avaliar a confiabilidade do Instrumento de avaliação de autocuidado CADEM; aplicar o Instrumento de avaliação de autocuidado CADEM em pacientes em pós-operatório de cirurgia oncológica de câncer de cabeça e pescoço; correlacionar dados socioeconômicos e nosológicos com os dados obtidos pela ferramenta CADEM. O estudo acontecerá em duas etapas: Na 1ª ocorrerá a validação de conteúdo por meio de painel de experts na área e na 2ª será simultaneamente a aplicação do Instrumento nos participantes da pesquisa

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-002
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 1.962.428

com validação de construto e confiabilidade. Os participantes da pesquisa serão pacientes com câncer de cabeça e pescoço em pós-operatório enquanto Internados num Instituto da rede pública federal especializada no atendimento oncológico na cidade do Rio de Janeiro. Com base na média mensal de 60 cirurgias cabeça e pescoço, foi definido a amostragem de 160 pacientes num período de 04 meses, entre março e junho de 2017. Para a análise da validade de conteúdo, será considera um IVC total mínimo de 0,8. Para a validade de construto e da confiabilidade, os dados serão tabulados em planilhas eletrônicas no programa Microsoft Excel® e serão analisados com auxílio do SPSS 20.0® for Windows. Para análise das relações entre as variáveis sociodemográficas e nosológicas, com os dados obtidos após a aplicação do Instrumento CADEM na amostra, será feita a análise estatística bivariada, com uso do coeficiente de Spearman (ρ). Enquanto enfermeira assistencial da enfermaria de Cirurgia de Cabeça e Pescoço de um Instituto especializado no tratamento clínico e cirúrgico em oncologia da cidade do Rio de Janeiro, tenho no dia a dia, a prática de lidar com pacientes que apresentam um pós-operatório complexo, em que há a demanda do uso de dispositivos obrigatórios para sua sobrevivência após a cirurgia tais como: sonda nasointestinal para alimentação, cânula de traqueostomia e drenos que geram ansiedade com o novo, e se apresentam como desafio ao paciente para exercer seu autocuidado. Surgem as reflexões acerca das dificuldades individuais apresentadas pelos pacientes. Os cânceres de cabeça e pescoço são, de maneira geral, muitas vezes mutilantes, apresentando ao paciente, modificações que o mesmo, precisa se adequar para seguimento do tratamento. Os pacientes começam a se adaptar no segundo dia de pós-operatório, mas visualizo o déficit de autocuidado, com as causas mais variadas a saber: idade, habilidade manual, nível socioeconômico, gênero, presença de dispositivos, dentre outros que pretendo investigar. Ressalto que os pacientes de cabeça e pescoço sempre despertaram meu interesse por terem características como etilismo, tabagismo, histórico de problema familiar e/ou abandono familiar, higiene oral precária, além de condições socioeconômicas desfavoráveis. Todos são fatores de risco aumentado para o desenvolvimento de câncer de cabeça e pescoço (GUIMARAES E ROSA, 2008). E tais hábitos de abuso de bebida, do cigarro e da má higiene oral já denotam um autocuidado prejudicado quanto à sua saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2011), as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas o maior problema público de saúde atual por corresponder a um total de 72% do total de mortes de indivíduos. E, na última década, as taxas atribuídas somente ao câncer aumentaram, em uma proporção de 20%. De acordo com o Relatório Mundial sobre o Câncer, a previsão esperada de novos casos para 2025 é de mais de 20 milhões a nível mundial, sendo que desses 80% dos totais de casos são esperados em países em desenvolvimento, como Brasil (BRASIL, 2015);

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-062
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4650 Fax: (21)3207-4656 E-mail: oep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 1.962.428

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER - IARC, 2014). Nas doenças crônicas, como o câncer, o êxito da terapêutica é diretamente ligado a adesão do usuário como pessoa participativa do seu tratamento. Ações de autocuidado que conscientizam a mudança de hábitos para atitudes cada vez mais benéficas à sua saúde, assim, como sua aderência ao tratamento, devido a percepção de sua situação de saúde e da variável que remete a ela suas escolhas de vida (BRASIL, 2013). O autocuidado é um conceito que vem sendo evoluído e está relacionado à autonomia, independência e responsabilidade pessoal de cada um. Pode ser contextualizado como um processo de saúde e bem-estar inerente ao ser, mas também pode ser adquirido, fazendo cada um agir de forma eficaz no desenvolvimento do seu potencial para a saúde (CUNHA e VALENTE, 2015). Orem (1991) foi quem definiu primeiro o autocuidado na enfermagem. Afirmou como o conjunto de práticas desenvolvidas em situações da vida em que o indivíduo direciona para si mesmo a fim de regular os fatores que afetam o seu próprio desenvolvimento saúde e bem-estar. O que também é afirmado por Orem (2001) é que se a enfermagem não estabelecer previamente a capacidade para o autocuidado, ela não tem sustentação racional para julgar a falta de autocuidado. Logo, o processo de enfermagem, de acordo com Orem, deve-se iniciar pelo reconhecimento das deficiências e/ou capacidades para o autocuidado. Com o objetivo de ter subsídios para avaliação dos autocuidados de cada paciente investigado, foi feita uma busca ativa de instrumentos existentes na literatura nacional, capazes de mensurar o autocuidado a nível hospitalar, nas bases de dados Scielo e BVS. Com os termos "instrumento", "autocuidado", "enfermagem", foram encontrados cinco instrumentos. Dos cinco instrumentos encontrados, quatro eram destinados a um público específico (pacientes com vírus da imunodeficiência, pacientes com insuficiência cardíaca e pacientes diabéticos). Somente um abordava paciente a nível hospitalar e ainda não havia sido validado. Este instrumento foi o CADEM, adaptado por Dias (1996) de um instrumento norte americano, sendo referenciado pela literatura ao longo dos anos, porém sem sua devida validação. Esta pesquisa justifica-se, pois, acreditamos que uma vez validado, o instrumento

Introdução:

será importante para uso pela enfermagem de maneira criteriosa na avaliação de autocuidado de pacientes hospitalizados, a fim de direcionar ações de enfermagem diferenciadas conforme o nível estabelecido, e como a teoria de Orem preconiza. A aplicação deste instrumento, caso seja validado, nos pacientes oncológicos em pós-operatórios de cirúrgico cabeça e pescoço tem relevância devido a importância epidemiológica que os cânceres de cabeça e pescoço possuem,

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-002
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: oep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 1.962.428

bem como a necessidade de ações de autocuidados por estes pacientes a fim de minimizar intercorrências e como tentativa de recuperar sua independência após a mudanças ocorridas em decorrência da cirurgia (MASON, 1992; SERRA, 2000; CHANDU, et al; 2002; White, 1997 apud CONNOR, 2005; RAMOS et al, 2010; NASU et al, 2011; HOFFMAN, 2012; QUEIRÓS, 2015).

Hipótese:

Que o instrumento de avaliação de autocuidado CADEM é válido.

Objetivo Primário:

Validar o instrumento de avaliação de autocuidado CADEM para uso pela enfermagem.

Objetivo Secundário: Não se aplica.

Metodologia Proposta:

Pesquisa metodológica com delineamento descritivo exploratório para a validação e confiabilidade do conteúdo de uma escala de caráter quantitativo. Neste tipo de pesquisa, o conhecimento obtido fundamenta-se na investigação, mensuração e compreensão minuciosa da verdade objetiva (SOUZA et al, 2007). Possui desenho não experimental que pode ser definido como aquele que se não tem definição casual, controle de variáveis ou grupos de comparação. Não há interferência do pesquisador que apenas observa de maneira natural a fim de obter seus dados (Ibid). Este tipo de metodologia permite obter e organizar dados, pela validação e confiabilidade de instrumentos (POLIT E BECK, 2011). A validade permite evidenciar se o mesmo efetivamente mede o que ele se propõe (LOBIONDO-WOOD E HABER, 2001) e a sua confiabilidade possibilita comprovar se é capaz de repetir resultados consistentes após medições em série (MALHOTRA apud DE BEM et al 2011). O estudo seguirá duas etapas: Na 1ª etapa será o processo de validação de conteúdo para refinamento e aprimoramento do instrumento e na 2ª etapa será a aplicação do instrumento nos sujeitos de pesquisa com avaliação simultânea da validação de construto e confiabilidade do instrumento.

Critério de Inclusão:

Para a 1ª fase para os juízes: graduação em enfermagem e; experiência clínica em enfermagem oncológica de, no mínimo, 5 anos ou; experiência clínica em qualquer área de enfermagem, de no mínimo, 5 anos, porém com 2 publicações (mínimo) no meio científico nos últimos 5 anos, sobre

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-002
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: oep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 1.982.428

enfermagem com a abordagem em autocuidado ou uma publicação no meio científico de processo validação de algum instrumento para uso pela enfermagem brasileira. Para a 2ª fase para os pacientes: Idade acima de 18 anos; 2º dia de pós-operatório. Justifica-se a escolha do 2º dia de pós-operatório por entendermos que o 1º dia de pós-operatório ser quando o paciente está assimilando toda a cirurgia e suas consequências, recebendo as orientações iniciais sobre os cuidados necessários no pós-operatório pela equipe médica e de enfermagem.

Critério de Exclusão:

Na 1ª fase com os juízes: experiência profissional menor que 5 anos. Na 2ª fase com pacientes, sujeitos da pesquisa: menores de 18 anos; pacientes em pós-operatório imediato, pacientes em pós-operatório a partir do 3º dia da cirurgia; pacientes que tiveram intercorrências no transoperatório ou pós-operatório; pacientes com déficit cognitivo ou físico prévio ao câncer.

Riscos:

Para a 1ª etapa do projeto os riscos são considerados mínimos. Como trata-se de um instrumento para validação de conteúdo, pode ocorrer do especialista não se sentir confortável ao realizar a avaliação. Neste sentido é assegurado ao mesmo que poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Para a 2ª etapa: Os pacientes, participantes do estudo, serão informados que estarão sendo avaliados quanto ao autocuidado. Neste sentido, também será assegurado que caso o mesmo sinta algum desconforto e ou constrangimento quanto a esta observação, ele poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Benefícios:

Sistematização da avaliação da capacidade de autocuidado de pacientes em pós-operatório de cirurgias de cabeça e pescoço.

Metodologia de Análise de Dados:

Para a análise da validade de construto e da confiabilidade, os dados serão tabulados em planilhas eletrônicas no programa Microsoft Excel® e serão analisados com auxílio do SPSS 20.0® for Windows. Para análise das relações entre as variáveis sociodemográficas, nosológicas, com os dados obtidos após a aplicação do instrumento CADEM na amostra será feita a análise estatística bivariada, com uso do coeficiente de Spearman (ρ), com valores entre -1 a +1, com correlação forte

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-002
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 1.962.428

enfermagem com a abordagem em autocuidado ou uma publicação no meio científico de processo validação de algum instrumento para uso pela enfermagem brasileira. Para a 2ª fase para os pacientes: Idade acima de 18 anos; 2º dia de pós-operatório. Justifica-se a escolha do 2º dia de pós-operatório por entendermos que o 1º dia de pós-operatório ser quando o paciente está assimilando toda a cirurgia e suas consequências, recebendo as orientações iniciais sobre os cuidados necessários no pós-operatório pela equipe médica e de enfermagem.

Critério de Exclusão:

Na 1ª fase com os juízes: experiência profissional menor que 5 anos. Na 2ª fase com pacientes, sujeitos da pesquisa: menores de 18 anos; pacientes em pós-operatório imediato, pacientes em pós-operatório a partir do 3º dia da cirurgia; pacientes que tiveram intercorrências no transoperatório ou pós-operatório; pacientes com déficit cognitivo ou físico prévio ao câncer.

Riscos:

Para a 1ª etapa do projeto os riscos são considerados mínimos. Como trata-se de um instrumento para validação de conteúdo, pode ocorrer do especialista não se sentir confortável ao realizar a avaliação. Neste sentido é assegurado ao mesmo que poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Para a 2ª etapa: Os pacientes, participantes do estudo, serão informados que estarão sendo avaliados quanto ao autocuidado. Neste sentido, também será assegurado que caso o mesmo sinta algum desconforto e ou constrangimento quanto a esta observação, ele poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Benefícios:

Sistematização da avaliação da capacidade de autocuidado de pacientes em pós-operatório de cirurgias de cabeça e pescoço.

Metodologia de Análise de Dados:

Para a análise da validade de construto e da confiabilidade, os dados serão tabulados em planilhas eletrônicas no programa Microsoft Excel® e serão analisados com auxílio do SPSS 20.0® for Windows. Para análise das relações entre as variáveis sociodemográficas, nosológicas, com os dados obtidos após a aplicação do instrumento CADEM na amostra será feita a análise estatística bivariada, com uso do coeficiente de Spearman (ρ), com valores entre -1 a +1, com correlação forte

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-002
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 1.962.426

coparticipante e campo da pesquisa.

Projeto exequível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: documento FOLHADEROSTO.pdf postado em 29/11/2016: Documento devidamente preenchido, datado e assinado.

2) Projeto de Pesquisa documentos PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_831471.pdf postado em 09/02/2017 e validacaoInstrumentoCADEM.pdf postado em 28/11/2016: Adequado.

3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: Trata-se de financiamento da própria pesquisadora foi apresentado e está adequado.

4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido documentos tclePACIENTES.pdf e TCLEJuizes.pdf postados em 28/11/2016: Adequados.

5) Cronograma: Adequado.

6) Formulário para Submissão de Estudos no INCA documento formularioInca.pdf postado em 29/11/2016 : Adequado.

7) Currículo do pesquisador principal e demais colaboradores: Contemplados no documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_831471.pdf" postado em 09/02/2017.

8) Documentos necessários para armazenamento de material biológico humano em biorrepositório/biobanco: Não se aplica.

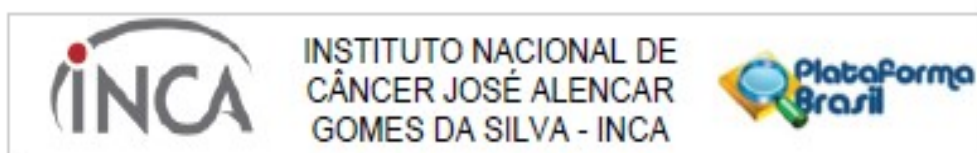
Recomendações:

- Retirar a palavra "projeto" e unificar os termos: estudo ou pesquisa no TCLE:

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

Sem Pendências.

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: oep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 1.962.428

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS Nº 466/2012 e na Norma Operacional CNS Nº 001/2013, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Ressalto o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_831471.pdf	09/02/2017 15:24:45		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	REVISAO TCLE PACIENTES.pdf	09/02/2017 15:21:11	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	REVISAO TCLE JUIZES.pdf	09/02/2017 15:20:43	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_831471.pdf	29/11/2016 11:17:28		Acelto
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	29/11/2016 11:12:57	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto
Outros	formularioInca.pdf	29/11/2016 11:00:21	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto
Outros	AUTORIZAÇÃO DE VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO.pdf	29/11/2016 00:12:41	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto
Outros	FICHA DE DADOS SOCIOECONÔMICOS E NOSOLÓGICOS.pdf	29/11/2016 00:09:44	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto
Outros	formulario de avaliação JUIZES.pdf	29/11/2016 00:05:33	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto
Outros	FICHA DE CARACTERIZAÇÃO JUIZES.pdf	28/11/2016 23:52:57	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto
Outros	CARTA CONVITE JUIZES.pdf	28/11/2016 23:51:30	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-002
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 1.962.428

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS Nº 466/2012 e na Norma Operacional CNS Nº 001/2013, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Ressalto o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_831471.pdf	09/02/2017 15:24:45		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	REVISAO TCLE PACIENTES.pdf	09/02/2017 15:21:11	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	REVISAO TCLE JUIZES.pdf	09/02/2017 15:20:43	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_831471.pdf	29/11/2016 11:17:28		Acelto
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	29/11/2016 11:12:57	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto
Outros	formularioInca.pdf	29/11/2016 11:00:21	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto
Outros	AUTORIZAÇÃO DE VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO.pdf	29/11/2016 00:12:41	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto
Outros	FICHA DE DADOS SOCIOECONÔMICOS E SOCIOLÓGICOS.pdf	29/11/2016 00:09:44	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto
Outros	formulario de avaliação JUIZES.pdf	29/11/2016 00:05:33	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto
Outros	FICHA DE CARACTERIZAÇÃO JUIZES.pdf	28/11/2016 23:52:57	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto
Outros	CARTA CONVITE JUIZES.pdf	28/11/2016 23:51:30	CAMILE DE SOUZA FORTUNA NOGUEIRA	Acelto

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-002
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br

10.6 Apêndice 6 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Pacientes)

Título da Pesquisa:

“VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO CADEM: SUBSÍDIO PARA O AUTOCUIDADO DE PACIENTES CIRÚRGICOS POR CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO”

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa porque está sendo atendido (a) nesta instituição e teve diagnóstico de um tipo de câncer chamado neoplasia maligna de cabeça e pescoço. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Converse com os seus familiares, amigos e com a equipe médica antes de tomar uma decisão. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

Esta pesquisa tem como propósito avaliar a capacidade de autocuidado dos pacientes em pós-operatório de cirurgia oncológica de cabeça e pescoço por meio do instrumento CADEM. Esse instrumento permite o(a) enfermeiro (a) que após a observação dos pacientes, seja possível dizer o nível de capacidade de autocuidado, permitindo planejamento de ações que colaborem para a melhoria da atuação do indivíduo em seu autocuidado.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Você será apenas observado pela pesquisadora a fim de que ela colete as suas ações de autocuidado, durante a sua internação, no 2º dia de pós-operatório.

BENEFÍCIOS

Você não será remunerado por sua participação e esta pesquisa poderá não oferecer benefícios diretos a você. Se você concordar com o uso de suas informações e/ou do material do modo descrito acima, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

O benefício principal da sua participação é possibilitar que no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, seja possível usar o instrumento CADEM para melhor avaliação dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em pós-operatório quanto à sua capacidade de autocuidado, permitindo um direcionamento de ações de cuidado de enfermagem específicas para cada nível de autocuidado apresentado. Estas ações reduziriam as chances de potenciais complicações pós-operatórias, preparando melhor o paciente para a alta hospitalar.

RISCOS

Caso sinta algum desconforto e ou constrangimento quanto a esta observação, você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

CUSTOS

Se você concordar com a observação e uso das informações do seu prontuário como descrito acima, você não terá quaisquer custos ou despesas (gastos) pela sua participação nessa pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais, e às informações do seu registro médico. Mesmo que estes dados sejam

utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

TRATAMENTO MÉDICO EM CASO DE DANOS

Todo e qualquer dano decorrente do desenvolvimento desta pesquisa, e que necessite de atendimento médico ou de outro profissional, ficará a cargo da instituição. Seu tratamento e acompanhamento médico independem de sua participação nesta pesquisa.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito, ou mudança no seu tratamento e acompanhamento médico nesta instituição. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a observação e coleta de dados nos prontuários será imediatamente interrompida.

ACESSO AO RESULTADOS DA OBSERVAÇÃO

Você pode ter acesso a qualquer resultado relacionado à esta pesquisa. Se você tiver interesse, você poderá receber uma cópia dos mesmos.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para Camile de Souza Fortuna Nogueira (21) 2711-5502 de 08h às 17hs. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA, que está formado por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos as pessoas que se voluntariam a participar destes. Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode entrar em contato com o CEP do INCA na Rua

do Resende N°128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 hs, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para o uso das informações contidas no meu registro médico e da observação da minha pessoa durante minha internação. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas

Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

	/ /
Nome e Assinatura do participante	Data
	/ /
Nome e Assinatura do Responsável Legal/Testemunha Imparcial (quando pertinente)	Data

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo

mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo

/ /
Data

10.7 Apêndice 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Juízes)

Título da Pesquisa:

“VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO CADEM: SUBSÍDIO PARA O AUTOCUIDADO DE PACIENTES CIRÚRGICOS POR CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO”

Pesquisadores responsáveis: Mestranda Camile de Souza Fortuna Nogueira
Prof. Dra. Sônia Regina de Souza

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto

Prezado(a),

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa, como juiz, na etapa de validação de conteúdo do instrumento de avaliação de qualidade de autocuidado CADEM. A desistência pode ocorrer a qualquer momento. E os juízes poderão ter acesso ao projeto de pesquisa, caso desejem.

Objetivos da pesquisa: tornar válida no meio científico para o Brasil o instrumento de avaliação de capacidade de autocuidado CADEM.

Acredita-se na importância deste instrumento para sistematizar a avaliação de enfermagem quanto ao autocuidado.

Caso aceite em participar, assinale a opção de concordância e nos envie este documento com sua assinatura de maneira digitalizada. Não há benefício direto para o participante. Não estão previstos riscos nesta pesquisa, exceto o tempo gasto na avaliação do instrumento. O sigilo será assegurado, na medida em que apenas os pesquisadores responsáveis terão acesso às informações fornecidas.

Em caso de dúvida, estaremos a disposição para o esclarecimento, por correio eletrônico (camilenogueira@gmail.com), ou por contato telefônico (21988276706).

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação da minha participação. Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

() Eu concordo em participar desta pesquisa.

() Não concordo em participar desta pesquisa.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

PARTICIPANTE

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

Pesquisador responsável

DATA __/__/__

10.8 Apêndice 8 – Contato Eletrônico com a Autora do Instrumento CADEM

Gmail Validação instrumento

Validação instrumento

2 mensagens

Camile Nogueira <camilenogueira@gmail.com>

7 de novembro de 2016 13:41

Para: denisecostadias@gmail.com

Boa tarde Prof. Denise,

Sou mestranda de enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e tenho como temática de estudo o autocuidado de paciente com câncer de cabeça e pescoço que é minha experiência profissional pois trabalho no INCA/RJ. Procurando ferramentas de avaliação de autocuidado achei o seu instrumento CADEM que foi adaptado do CADET em 1996. Vi que você fez a adaptação porém não o validou, e até no seu artigo na Revista Brasileira de Enfermagem você sugere que o mesmo fosse validado. Gostaria de saber se você me daria a autorização para que eu fizesse a validação do mesmo em meu mestrado. Se sim, eu enviaria um termo de autorização.

Aguardo seu retorno

Atenciosamente,

Camile Nogueira

Sent from my iPhone

Denise Costa Dias <denisecostadias@gmail.com>

7 de novembro de 2016 14:01

Para: Camile Nogueira <camilenogueira@gmail.com>

Certamente Camila, esta autorizada e fico feliz que vc de continuidade. Att.

Denise

Em 7 de novembro de 2016 13:41, Camile Nogueira <camilenogueira@gmail.com> escreveu:

Boa tarde Prof. Denise, Sou mestranda de enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e tenho como temática de estudo o autocuidado de paciente com câncer de cabeça e pescoço que é minha experiência profissional pois trabalho no INCA/RJ. Procurando ferramentas de avaliação de autocuidado achei o seu instrumento CADEM que foi adaptado do CADET em 1996. Vi que você fez a adaptação porém não o validou, e até no seu artigo na Revista Brasileira de Enfermagem você sugere que o mesmo fosse validado. Gostaria de saber se você me daria a autorização para que eu fizesse a validação do mesmo em meu mestrado. Se sim, eu enviaria um termo de autorização.

Sou mestranda de enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e tenho como temática de estudo o autocuidado de paciente com câncer de cabeça e pescoço que é minha experiência profissional pois trabalho no INCA/RJ. Procurando ferramentas de avaliação de autocuidado achei o seu instrumento CADEM que foi adaptado do CADET em 1996. Vi que você fez a adaptação porém não o validou, e até no seu artigo na Revista Brasileira de Enfermagem você sugere que o mesmo fosse validado. Gostaria de saber se você me daria a autorização para que eu fizesse a validação do mesmo em meu mestrado. Se sim, eu enviaria um termo de autorização.

Aguardo seu retorno

Atenciosamente,

Camile Nogueira