



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Universidade Federal de São Paulo

Brasil

Castro dos Santos, Edilene; Marinho de Oliveira, Isabelle Christine; Rodrigues Feijão,
Alexsandra

Validação de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados
paliativos

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 29, núm. 4, julio-agosto, 2016, pp. 363-373

Universidade Federal de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307048514002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

Validação de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos

Validation of a nursing care protocol for patients undergoing palliative care

Edilene Castro dos Santos¹
Isabelle Christine Marinho de Oliveira¹
Alexsandra Rodrigues Feijão¹

Descritores

Avaliação em enfermagem; Cuidados paliativos; Enfermagem de cuidados paliativos na terminalidade da vida; Ética em enfermagem; Cuidados de enfermagem

Keywords

Nursing assessment; Palliative care; Hospice and palliative care nursing; Ethics, nursing; Nursing care

Submetido

18 de Agosto de 2015

Aceito

8 de Setembro de 2016

Resumo

Objetivo: Descrever o processo de validação de conteúdo de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos internados em Unidades de Terapia Intensiva.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal, descritivo, do tipo metodológico. Resultado do julgamento de 11 experts envolvidos na assistência e/ou docência. A operacionalização ocorreu por meio da concordância entre as respostas dos juízes obtidas pelo Índice de Validade de Conteúdo em uma rodada.

Resultados: Foram avaliados 15 itens, nove correspondentes ao histórico de enfermagem e seis referentes às intervenções de enfermagem, os quais apresentaram índice de validade de conteúdo de 0,9 a 1,0. Das 165 respostas, 67,27% mostraram-se adequados; 30,91% adequados com alterações e somente 1,82% foram considerados inadequados, resultados que atestam a validade de conteúdo segundo a avaliação dos juízes.

Conclusão: O protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos internados em Unidades de Terapia Intensiva se mostrou válido e aplicável na prática clínica.

Abstract

Objective: To describe the validation process of the content of a nursing care protocol for patients undergoing palliative care and hospitalized in intensive care units.

Methods: This was a cross-sectional, descriptive, methodological study, resulting from the judgment by 11 experts involved in teaching and/or care. The operationalization occurred through the consistency among the answers of the experts obtained by the Content Validity Index in a round.

Results: Fifteen items were assessed: nine corresponding to the nursing history and six related to nursing interventions, presenting a content validity index of 0.9 to 1.0. Of the 165 answers, 67.27% were considered appropriate, 30.91% were appropriate with alterations, and only 1.82% were deemed inappropriate. Such results confirm the validity of content according to the assessment by the experts.

Conclusion: The nursing care protocol for patients undergoing palliative care, hospitalized in intensive care units, proved to be valid and applicable in the clinical practice.

Autor correspondente

Alexsandra Rodrigues Feijão
Avenida Senador Salgado Filho, 3000,
59078-970 Natal, RN, Brasil.
alexandrarf@hotmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600051>



¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.
Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A morte e o processo de morrer perpassa a vida humana, principalmente, a dos enfermeiros assistenciais atuantes em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), que no cotidiano do exercício profissional se deparam com situações de enfrentamento da morte.

O conceito de morte é um assunto geralmente evitado, embora todos tenham ciência de sua inevitabilidade, sobretudo, por não ser uma tarefa de fácil discussão perante a sociedade atual, sendo vivenciada com angústia a consciência da própria finitude. Entretanto, o tema nem sempre foi visto dessa maneira, na Idade Média, era abordado no âmbito familiar sem nenhuma dramaticidade ou eloquênciia. Com os avanços terapêuticos e a incorporação de tecnologias na assistência à saúde, a morte passa a ser encarada como um *tabu*, favorecendo o distanciamento do convívio familiar em detrimento ao ambiente hospitalar.⁽¹⁾

O aumento da sobrevida também tem gerado um número considerável de pacientes internados em UTI e, consequentemente, maior vivência do profissional enfermeiro no processo de terminalidade. Assim, no intuito de individualizar os cuidados prestados e organizar a assistência em ambientes de alta complexidade, se inserem os cuidados paliativos, que utilizam habilidades de comunicação avançada na tentativa de amenizar a dor, o sofrimento psíquico e espiritual.⁽²⁾

Partindo da necessidade de estabelecer critérios para nortear a assistência de enfermagem durante o processo de morte e morrer, foi realizada a elaboração e validação de um protocolo assistencial de enfermagem para atender pacientes em cuidados paliativos.

O uso de protocolos assistenciais na atenção aos pacientes sob as condições finais de vida é de suma importância, uma vez que torna a assistência de enfermagem sistematizada.⁽³⁾ Assim, esse estudo trata da construção de um instrumento capaz de sistematizar essa assistência de modo a verificar resultados mais efetivos, tendo em vista a uniformidade das ações no fim de vida para que seja assegurada uma assistência mais humana e de qualidade. Ademais, a escassez desses protocolos válidos torna imprescin-

dível a validação antes da aplicabilidade, uma vez que conferem confiabilidade nos quesitos do instrumento e transformam-se em subsídios para futuros estudos nesse enfoque.

Assim, o objetivo dessa pesquisa foi descrever o processo de validação de conteúdo de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos internados em UTI.

Métodos

Estudo transversal, descritivo, do tipo metodológico, com abordagem quantitativa, para a validação do conteúdo de protocolo assistencial de enfermagem com vistas a otimizar a assistência de enfermagem a pacientes em cuidados paliativos internados em UTI.

A validação de conteúdo configura em um processo composto por duas fases.⁽⁴⁾ Nesse estudo, a primeira foi a elaboração do protocolo assistencial contemplando um histórico de enfermagem e as intervenções listadas conforme as dimensões humanas norteadas pela *Nursing Interventions Classification* (NIC), para uniformizar a nomenclatura das ações a partir da revisão integrativa. E a segunda fase, a validação de conteúdo, por meio da avaliação do protocolo por juízes.

Os itens contemplados no histórico de enfermagem foram: identificação, nível de consciência, ventilação e hidratação, eliminação vesical, balanço hídrico, eliminação intestinal, higiene corporal e curativos. E nas Intervenções de Enfermagem estas divididas nas dimensões biológica (controle da dor, dos sintomas respiratórios, náuseas e vômitos, diarreia e obstipação, delírio e demência), psicológica (identificação das fases de *Klübler-Ross* e cuidado psicológico), social (apoio familiar e ao paciente), espiritual (apoio espiritual) e as intervenções no ato da terminalidade e cuidados pós-morte.

Selecionaram-se juízes enfermeiros assistenciais de UTI de hospitais da cidade de Natal-RN e docentes das principais universidades brasileiras. A identificação desses juízes se deu por meio dos sites das Instituições de Ensino Superior e Plataforma

Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

A amostragem foi por intencionalidade obedecendo aos seguintes critérios adaptados com base no sistema de pontuação proposto por *Fehring*, a saber: título de Mestre em Enfermagem; dissertação de mestrado envolvendo processo de terminalidade; trabalho publicado; participar de grupos e/ou projetos de pesquisa que envolvam a temática contando 1 ponto. E título de Doutor em Enfermagem; tese de doutorado; docente do curso de Enfermagem nas disciplinas de Bioética e terminalidade; e experiência profissional contando 2 pontos, sendo considerados para compor a amostra os enfermeiros que apresentaram escores maiores ou iguais a 5 pontos.^(5,6)

Após a seleção, a abordagem dos juízes aconteceu por meio eletrônico (*e-mail*). Foi enviada uma carta convite com ênfase na justificativa e objetivo do estudo, o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a ser assinado em caso de aceite. Com a devolutiva do TCLE devidamente assinado, o protocolo assistencial e o instrumento de análise do protocolo foram enviados também por e-mail. Foram encontrados 28 enfermeiros especialistas, mestres e doutores, 11 devolveram o protocolo completamente analisado e avaliado. Os demais foram retirados do processo de validação pela não devolutiva do instrumento analisado dentro do prazo previsto (30 dias), ou análise incompleta.

Os 11 enfermeiros avaliaram todos os itens correspondentes ao histórico de enfermagem e intervenções de enfermagem. Os juízes analisaram o protocolo assistencial, no período de setembro a outubro de 2014, considerando pertinência, consistência, clareza, objetividade, simplicidade, ser exequível, atual, com vocabulário não gerador de ambiguidades e preciso.

Reformulou-se o instrumento com base nos seguintes critérios: sugestões com mais de 50% dos juízes nos blocos histórico de enfermagem e intervenção de enfermagem, bem como corroborar com a literatura por meio das evidências extraídas da revisão integrativa.

A concordância entre as respostas dos *experts* foi obtida pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC) que permite avaliar cada item do instrumento, e após, avaliação em sua totalidade. O IVC como um

método bastante utilizado na área da saúde, refere que o foco principal da validação de conteúdo é determinar se os itens elencados no protocolo apresentam a adequação do conteúdo. Para esse cálculo, a recomendação é de 6 ou mais juízes e uma taxa de concordância não inferior a 0,78.⁽⁴⁾ A avaliação de cada juiz foi comparada às avaliações dos demais, calculando-se o IVC para cada par de juízes (juiz 1 x juiz 2; juiz 1 x juiz 3; juiz 2 x juiz 3; e assim consecutivamente).⁽⁷⁾

Para o tratamento estatístico dos dados, foi construído um banco de dados em formato *xlsx* e para a construção das tabelas e quadro, utilizou-se *Excel* 2010 e o software estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 20.0. Em se tratando da análise de cada item elegível para compor o protocolo assistencial, no decorrer da pesquisa foi possível a retirada e/ou modificações de alguns quesitos conforme as adaptações sugeridas pelos avaliadores, portanto, estabeleceu-se um critério de 50% das observações entre eles, além dos achados da revisão.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Certificado de Apresentação e Apreciação Ética (CAAE): 33913514.9.0000.5537.

Resultados

Participaram como juízes 11 enfermeiros. A maioria (81,82%) era do sexo feminino e média de idade de 36,64 anos com desvio padrão de 8,51. Na variável formação, a maioria apresentou titulação máxima de especialista (45,46%), com tempo de trabalho de mínimo de 2 anos e máximo de 35 anos, média de 11,91 com desvio padrão de 8,95.

Dos 15 itens avaliados, o tabela 1, ilustra-se os valores obtidos pelo cálculo do IVC. Representa-se os 11 juízes pelos números de 1 a 11, a intersecção das linhas abcissas com as ordenadas expõe o valor que corresponde ao índice de concordância entre os mesmos, na qual se constata uma correlação favorável à validade de conteúdo, sendo que somente os juízes 1, 3 e 9 apresentaram respostas desfavoráveis à validação ao quesito “estado de consciência”.

Tabela 1. Análise da validade do conteúdo dos itens do protocolo assistencial proposto pela pesquisa

| IVC | Juiz 1 | Juiz 2 | Juiz 3 | Juiz 4 | Juiz 5 | Juiz 6 | Juiz 7 | Juiz 8 | Juiz 9 | Juiz 10 | Juiz 11 |
|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|
| Juiz 1 | - | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 |
| Juiz 2 | | - | 0,9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0,9 | 1 | 1 | 1 |
| Juiz 3 | | | - | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 |
| Juiz 4 | | | | - | 1 | 1 | 1 | 1 | 0,9 | 1 | 1 |
| Juiz 5 | | | | | - | 1 | 1 | 1 | 0,9 | 1 | 1 |
| Juiz 6 | | | | | | - | 1 | 1 | 0,9 | 1 | 1 |
| Juiz 7 | | | | | | | - | 1 | 0,9 | 1 | 1 |
| Juiz 8 | | | | | | | | - | 0,9 | 1 | 1 |
| Juiz 9 | | | | | | | | | - | 0,9 | 0,9 |
| Juiz 10 | | | | | | | | | | - | 1 |
| Juiz 11 | | | | | | | | | | | - |

IVC - Índice de Validade de Conteúdo

Aplicando-se a fórmula do IVC anteriormente supracitada, obteve-se o valor aproximado de 0,9 para este estudo.

A tabela 2 demonstra o percentual de concordância entre os juízes quanto à classificação e suas respectivas frequências absolutas. De forma ilustrativa, a tabela acima vem demonstrar a porcentagem das respostas feitas pelos juízes. Totalizou em 165 respostas, nas quais 67,27% dos itens avaliados foram considerados adequados, e apenas 1,82% foi avaliado como inadequado, sendo o item “estado de consciência” retirado do instrumento.

Tabela 2. Classificação quanto ao nível de concordância entre os juízes da pesquisa

| Classificação | n(%) |
|------------------------|------------|
| Adequado | 111(67,27) |
| Adequado com alteração | 51(30,91) |
| Inadequado | 3(1,82) |
| Total | 165(100) |

A validade de conteúdo está representada pela tabela 3 com o intuito de visualizar a classificação do protocolo com suas respectivas frequências absolutas no histórico e intervenções de enfermagem.

Ao analisar a tabela 3, observa-se quanto ao aspecto do histórico de enfermagem que o valor mais elevado de concordâncias foi nos quesitos nível de consciência, ventilação, alimentação e hidratação,

com uma porcentagem de 81,82%. Apesar de o percentual ter variado entre os itens avaliados, percebe-se que o mínimo obteve um valor de 54,55% para adequação do protocolo, o que confere relevância do material.

Tabela 3. Itens do protocolo assistencial avaliados pelos juízes da pesquisa

| Itens | Adequado n(%) | Adequado com alteração n(%) | Inadequado n(%) |
|--------------------------------------|------------------|-----------------------------------|--------------------|
| Nível de consciência | 9(81,82) | 2(18,18) | - |
| Estado de consciência | 7(63,64) | 1(9,09) | 3(27,27) |
| Ventilação | 9(81,82) | 2(18,18) | - |
| Acesso venoso | 7(63,64) | 4(36,36) | - |
| Alimentação e hidratação | 9(81,82) | 2(18,18) | - |
| Eliminação vesical e Balanço hídrico | 6(54,55) | 5(45,45) | - |
| Eliminação intestinal | 8(72,73) | 3(27,27) | - |
| Higiene corporal | 7(63,64) | 4(36,36) | - |
| Curativos | 6(54,55) | 5(45,45) | - |
| Dimensão biológica | 7(63,64) | 4(36,36) | - |
| Dimensão psicológica | 8(72,73) | 3(27,27) | - |
| Dimensão social | 7(63,64) | 4(36,36) | - |
| Dimensão espiritual | 7(63,64) | 4(36,36) | - |
| Intervenção no ato terminal | 7(63,64) | 4(36,36) | - |
| Intervenção na pós-morte | 7(63,64) | 4(36,36) | - |

Durante a leitura do protocolo, os enfermeiros foram orientados a registrar no próprio material as correções e recomendações que julgassem necessárias. Dessa orientação, as sugestões consideradas pertinentes foram acatadas com vistas a aperfeiçoar o protocolo proposto. As principais sugestões foram quanto a clareza dos itens que poderiam causar confusão ao profissional enfermeiro em sua aplicação.

Na avaliação do estado de consciência, 27,27% dos juízes avaliaram esse tópico como inadequado. Como alteração, esse item foi agregado ao item Nível de consciência, e acrescentado a *Palliative Performance Scale* (PPS) muito utilizada em cuidados paliativos, aliada as Escalas de Coma de *Glasgow* e de *Ramsay*. As demais alterações envolveram a hidratação e manejo de drogas em pacientes assistidos em UTI no contexto dos cuidados paliativos, com acréscimo a técnica Hipodermoclise. No tocante à eliminação vesical a adição de derivações urinárias do tipo “Ureterostomia”, “Briker”, “Urostomia” e “Colostomia úmida” foram realizadas.

Nos itens correspondentes à eliminação intestinal, acrescentou-se o termo “Ausentes” e “Jejunostomia”. Seguindo a análise das observações, no item higiene corporal, complementou-se com “Banho de aspersão com auxílio”, “Banho de aspersão sem auxílio”, “Higiene oral e íntima”.

Dentre as variáveis correspondentes ao histórico de enfermagem, acrescentou-se o item sono e repouso, pois um juiz sugeriu por ser uma das necessidades importantes que o paciente em cuidados paliativos. Neste quesito características como “Preservado” e “Comprometido” foram acrescentadas.

Vale salientar que no aspecto das intervenções de enfermagem 63,64% correspondente a sete juízes concordaram que o protocolo estava adequado para as dimensões biológica, social e espiritual, bem como as intervenções no ato da terminalidade e cuidados pós-morte, entretanto, a dimensão psicológica apresentou 72,73% de acordo para adequação do instrumento entre oito juízes.

Dentre as alterações sugeridas, esta a necessidade de maior clareza e a exclusão de atividades repetidas e que não tiveram relevância para o protocolo. Nas intervenções de controle da dor, foram excluídos os seguintes itens: “Observar a ocorrência de indicadores não verbais de desconforto”, pois já havia contemplado no número anterior, e “Usar medidas de controle antes do agravamento”, sem necessidade para o protocolo.

No tocante à intervenção controle dos sintomas respiratórios, percebeu-se a necessidade de deixar mais claro o item 9 quando ressalta uma medida para aliviar a tosse. Da mesma forma, na interven-

ção controle de náuseas e vômitos, foram necessários mais detalhes quanto à explicação da medida não farmacológica expressa no item 10.

Para a intervenção da fadiga, acrescentou-se os tipos de atividades que poderão ser realizadas para minimizar esse desconforto, bem como o uso de canções e massagens estimulantes expressas no item 9.

Com relação à dimensão psicológica no cuidado psicológico, procurou-se ajustar a identificação das fases de *Kübler-Ross* em “sinais de negação, raiva, barganha, depressão e aceitação”, sendo registrada nas 24h, e não por turno conforme a proposta inicial.

Na mesma intervenção, retirou-se “escutar o paciente ativamente e solicitar serviço psicológico” das fases de *Kübler-Ross*, uma vez que não se trata de um componente desta fase. Portanto, este item passou a compor o primeiro da sequência desta intervenção.

Na dimensão espiritual, o detalhamento dos recursos espirituais listados no item 7, como “eucaristia”, “unção dos enfermos”, “água benta”, “reza do terço”, “orações”, “óleo ungido” e “água fluidificada”.

Durante o ato da terminalidade, apenas foi acrescentado no item 2 o “cuidado com janelas”, “sons ambientes” e “temperatura”. Referente à intervenção cuidados pós-morte, foi necessária a introdução do horário do óbito, uma vez que a morte é um evento pontual. Um enfermeiro julgou a modificação do item 7 para “oferecer apoio e escuta aos familiares durante a permanência no hospital e após sepultamento por meio de contato telefônico”, e, por fim, um ajuste no último item (registrar as medidas adotadas no prontuário) desta intervenção proposta pelo protocolo assistencial (Anexo 1).

Discussão

Ao analisar a validade de conteúdo, os resultados obtidos por meio do cálculo do IVC mostraram-se válidos para 67% das respostas analisadas pelos juízes, visto que o valor do nível de concordância entre eles foi no mínimo de 0,9. Corrobora-se com a taxa de concordância não inferior a 0,78.⁽⁴⁾ Sendo

assim, observa-se que o ponto de corte foi alcançado através do valor encontrado.

No que diz respeito às intervenções propostas para o protocolo, houve um nível de concordância considerável das dimensões humanas biológica, social e espiritual, além dos cuidados no ato da terminalidade e pós-morte, perfazendo o ajuizamento de sete avaliadores para adequação do instrumento.

A adequação do protocolo assistencial, quanto a avaliação do nível de consciência, acrescentou-se a *Palliative Performance Scale* (PPS), por ser comumente utilizada em cuidados paliativos. Os escores dessa escala permitem avaliar o estado funcional do paciente continuamente, além de ser um excelente instrumento de comunicação entre a equipe interdisciplinar e o enfermo.⁽⁸⁾

Em relação à hidratação e manejo de drogas em pacientes assistidos em UTI no contexto dos cuidados paliativos, a hipodermóclise é uma alternativa por meio da via subcutânea, sendo segura, eficaz e, sobretudo, confortável.⁽⁹⁾ Essa técnica consiste na infusão de líquidos na hipoderme com *scalp* ou *Jel-co* de calibre variados entre 18G a 27G conforme avaliação e quantidade de tecido subcutâneo nas regiões da face externa das coxas, escapular, face anterolateral do abdômen, parte anterior do tórax e anterior dos braços. Deve-se atentar para que o volume de líquidos não ultrapasse 3000 ml nas 24h e as soluções sejam isotônicas. A manutenção do cateter ocorre a cada 4h, podendo permanecer *in situ* até 72h.^(9,10)

Quanto ao item sono e repouso, este se apresenta como um importante aspecto a ser considerado no paciente diante de sua terminalidade, pois a alteração do padrão sono-vigília interfere diretamente na qualidade de vida e conforto do paciente, sendo verificado por inúmeros fatores, como ambientais, interrupção do sono para a realização de coletas de exames, ansiedade, uso de sedativos e analgésicos. Percebe-se que a manutenção do sono deve ser estimulada ao máximo a fim de promover qualidade no final de vida, como também minimização de eventos estressantes.⁽¹¹⁾

No tocante à eliminação vesical com a adição de derivações urinárias do tipo “Ureterostomia”, “*Briker*”, “Urostomia” e “Colostomia úmida” no

protocolo, percebe-se que é comum o uso de tais ostomias, pois o uso melhora a qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos. A colostomia úmida também conhecida como ureterosigmoidostomia permite a saída de urina e fezes em um mesmo estoma. A ureteroileostomia ou derivação de *Briker* consiste na implantação dos ureteres em segmento isolado de íleo terminal.⁽¹²⁾

É notória a presença das terapias integrativas e complementares também no cuidado paliativo. Corroboram com essas ações, as modalidades de acupressão, eletroacupuntura, *shiatsu*, reflexologia, aromaterapia, meditação, arteterapia, terapia floral, reiki e toque terapêutico.⁽¹³⁾ Trata-se de ações paliativas não invasivas e aceitas pelos pacientes durante esse processo. Uma unidade de cuidados paliativos deve contar com recursos, como psicoterapia, acupuntura, massagens e técnicas de relaxamento corporal e musicoterapia.⁽¹⁰⁾

Neste contexto, o enfermeiro como profissional mais próximo do paciente deve ser refletir sobre as possibilidades de cuidado e ser capaz de identificar alternativas para proporcionar a melhor qualidade de vida possível para os pacientes terminais, buscando proporcionar o equilíbrio físico, mental e emocional do paciente, e o bem estar do mesmo.⁽¹¹⁾

Foram consideradas como limitações do estudo a ausência de resposta, a devolução dos protocolos preenchidos de forma incompleta e/ou avaliados inadequadamente por parte de alguns juízes, pois implicaram na redução do tamanho da amostra, a qual já era limitada devido ao número de profissionais que trabalham na temática de cuidados paliativos. Ainda, o curto período de coleta de dados culminou na impossibilidade de realizar outras rodadas no processo de validação, o que se constituiu também um elemento limitante do método.

Apesar de tais dificuldades, destaca-se a importância deste protocolo para a enfermagem de cuidados paliativos. Neste sentido, serão necessários outros estudos que deem continuidade ao processo de validação do instrumento na prática, tais como aplicação da técnica *Delphi* e a validação clínica, com a utilização do instrumento junto à população a que se destina.

Conclusão

O protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos internados em Unidades de Terapia Intensiva se mostrou válido em seu conteúdo com potencial aplicabilidade na prática clínica, após conclusão de outros estudos de validação, de modo a assegurar uma assistência mais humana e de qualidade.

Colaborações

Santos EC, Oliveira ICM e Feijão AR declaram que contribuíram com a concepção do projeto e interpretação dos dados, a redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Santos JL, Bueno SM. [A questão da morte e os profissionais de enfermagem]. Rev Enferm UERJ. 2010; 18(3):484-7. Portuguese.
2. Kelley AS, Morrison S. Palliative care for the seriously ill. N Engl J Med. 2015; 373:747-55.
3. Silva KC, Quintana AM, Nietzsche EA. [Obstinação terapêutica em unidade de terapia intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros]. Esc Anna Nery. 2012; 16(4):697-703. Portuguese.
4. Alexandre NM, Coluci MZ. [Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas]. Ciênc Saúde Coletiva. 2011; 17(7):3061-8. Portuguese.
5. Lira AL, Lopes MV. [Diagnóstico de enfermagem: estratégia educativa fundamentada na aprendizagem baseada em problema]. Rev Lat Am Enfermagem. 2011; 19(4):1-8. Portuguese.
6. Fehring R. Methods to validate nursing diagnosis. Heart Lung. 1987; 6(6):625-9.
7. Waltz C, Strickland O, Lenz ER. Measurement in nursing research. 2nd ed. Philadelphia: F. A. Davis; 1991.
8. Maciel MG, Carvalho RT. [Palliative Performance Scale Pps Versão 2]. Tradução para a língua portuguesa. São Paulo; 2009. Portuguese.
9. Takaki CY, Klein GF. [Hipodermóclise: o conhecimento do enfermeiro em unidade de internação]. ConScientia Saúde. 2010; 9(3). Portuguese.
10. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Cuidado paliativo. [Coordenação institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira]. São Paulo: CRM; 2008.
11. Santana JC, Wenceslau DR, Martins FS, Almeida MF, Costa MM. [Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva: implicações na assistência de enfermagem]. Enferm Rev. 2012; 16(3):327-43. Portuguese.
12. Queiroz FL, Barbosa-Silva T, Costa LM, Côrtes BJ, Figueiredo JA, Campos MH, et al. Double-barrelled wet colostomy with simultaneous urinary and faecal diversion: results in 9 patients and review of the literature. Int J Colorectal Dis. 2006; 8(4):353-9.
13. Caires JS, Andrade TA, Amaral JB, Calasans MT, Rocha MD. [A utilização das terapias complementares nos cuidados paliativos: benefícios e finalidades] Cogitare Enferm. 2014; 19(3):514-20. Portuguese.

Anexo 1. Protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos**Parte I.** Histórico de enfermagem

| | | | |
|---|----------------------|---------------------------|--|
| Identificação | | | |
| Data: ____/____/_____ | Setor: _____ | Leito: _____ | |
| Paciente: _____ | | Idade: _____ | |
| Diagnóstico médico: _____ | | Dias de internação: _____ | |
| Nível de consciência | | | |
| 1.Vigília: 1.1Consciente() 1.1Inconsciente () 2.Letargia () 3.Confusão mental () 4.Estupor () 5.Coma () PPS: _____ ECG: _____ Ramsay: _____ | | | |
| Ventilação | | | |
| VNI: 1.Ar ambiente () 2.Máscara de Venturi () à _____ % 3.Cateter () à _____ l/min 4.BIPAP () 5. CPAP () 6.Macronebulização () à _____ l/min VI: 1.TQT () 2.TOT () Modalidades: C/A() VSIO() VSP() VCP() VLPA() OPGV() FiO ₂ : _____ SPO ₂ : _____ | | | |
| Acesso venoso | | | |
| 1.Periférico () em: _____ 2.Central: 2.1Cateter totalmente implantado () 2.2Cateter semi-implantado () 3.Flebotomia () 4.Subcutâneo () 5.Jelco hidratado () 6.Sem acesso () | | | |
| Alimentação | | | |
| 1.Oral com ajuda () 2.Oral sem ajuda () 3.Não aceita () 4.SNG () 5.SNE () 6.GTM () 7.JTM () 8.NPT () 9.Zero () | | | |
| Hidratação | | | |
| 1.Hidratação Oral () 2.Hidratação venosa () _____ ml/h 3.Ambas () 4.Hipodermóclise () | | | |
| Eliminação vesical | | | |
| Espontânea: 1.Banheiro () 2.Fralda () 3.Aparadeira () 4.Papagaio () 5.Anúria () Dispositivo: 1.Dispositivo urinário () 2.SVD () 3.SVA () 4.Cistostomia () 5.Nefrostomia () 6.Ureterostomia () 7.Briker () 8.Urostomia () 9.Colostomia úmida () | | | |
| Balanço hídrico | | | |
| Líquidos infundidos: | Líquidos eliminados: | BH: | |
| Eliminação intestinal | | | |
| Espontânea: 1.Banheiro () 2.Fralda () Dispositivo: 1.Ileostomia () 2.Colostomia () 3.Jejunostomia () 4.Ausentes há _____ dias | | | |
| Higiene corporal | | | |
| 1.Banho de aspersão c/ auxílio () 2.Banho de aspersão s/ auxílio () 3.Banho no leito () 4.Higiene oral () 5.Higiene íntima () | | | |
| Sono e repouso | | | |
| 1.Preservado () 2.Comprometido () | | | |
| Curativos | | | |
| 1.Acesso venoso central () Local? Aspecto: 2.Úlcera de pressão () Local: Aspecto: 3.Dreno () Local: Aspecto: 4.Incisão cirúrgica () Local: Aspecto: 5.Outros () Quais/Local: Aspecto: | | | |
| Observações: <hr/> <hr/> | | | |
| Enfermeiro-Manhã | | Enfermeiro-Tarde | |
| | | Enfermeiro- Noite | |

Parte II. Intervenções de enfermagem durante a terminalidade

| Dimensão biológica | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|---------|---|---|---|---|---|---|---|-------|-------|-------|----|
| Intervenção-controle da dor | | | | | | | | | | Manhã | Tarde | Noite | |
| 1.Avaliar intensidade da dor. | | | | | | | | | | | | | |
| ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA | | | | | | | | | | | | | |
| LEVE | MODERADA | INTENSA | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 😊 | 😐 | 😢 | | | | | | | | | | | |
| 2.Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia conforme prescrito. | | | | | | | | | | | | | |
| 3.Investigar o conhecimento do paciente sobre a dor de acordo com sua crença. | | | | | | | | | | | | | |
| 4.Promover medidas que possibilitem reduzir ou eliminar fatores desencadeantes da dor (medo, cansaço, falta de informação). | | | | | | | | | | | | | |
| 5.Escolher estratégias não farmacológicas (massagem, música) que aliviam a dor. Especificar: | | | | | | | | | | | | | |
| 6.Encorajar o paciente a conversar sobre a experiência da dor. | | | | | | | | | | | | | |
| 7.Utilizar abordagem multidisciplinar de controle da dor. | | | | | | | | | | | | | |
| Intervenção-controle dos sintomas respiratórios | | | | | | | | | | Manhã | Tarde | Noite | |
| 1.Avaliar a intensidade da dispneia e tosse. | | | | | | | | | | | | | |
| 2.Avaliar fatores desencadeantes da dispneia. | | | | | | | | | | | | | |
| 3.Avaliar a necessidade de aspiração. | | | | | | | | | | | | | |
| 4.Manter vias aéreas périvas. | | | | | | | | | | | | | |
| 5.Viabilize o posicionamento confortável no leito em semi Fowler. | | | | | | | | | | | | | |
| 6.Promover tranquilidade. | | | | | | | | | | | | | |
| 7.Ofertar oxigênio suplementar SN conforme prescrito. | | | | | | | | | | | | | |
| 8.Monitorar o fluxo de oxigênio de acordo com o dispositivo utilizado. | | | | | | | | | | | | | |
| 9.Quando houver tosse: comprimir o abdômen do paciente abaixo do apêndice xifoide, com a mão espalmada, enquanto o ajuda a flexionar-se para frente, ao mesmo tempo que tosse. | | | | | | | | | | | | | |
| Intervenção-controle de náuseas e vômitos | | | | | | | | | | Manhã | Tarde | Noite | |
| 1.Identificar os fatores causadores de náusea e vômito. | | | | | | | | | | | | | |
| 2.Controlar os fatores ambientais capazes de desencadear náuseas e vômitos. | | | | | | | | | | | | | |
| 3.Reduzir fatores pessoais que precipitem a náusea e vômito (ansiedade, medo e falta de conhecimento). | | | | | | | | | | | | | |
| 4.Posicionar para prevenção de broncoaspiração. | | | | | | | | | | | | | |
| 5.Manter via aérea permeável. | | | | | | | | | | | | | |
| 6.Higienização da cavidade oral com clorexidine 2%. | | | | | | | | | | | | | |
| 7.Oferecer gelo 40min antes das refeições para minimizar os sintomas. | | | | | | | | | | | | | |
| 8.Monitorar o equilíbrio hidroelectrolítico. | | | | | | | | | | | | | |
| 9.Encorajar o repouso. | | | | | | | | | | | | | |
| 10.Ensinar medidas não farmacológicas para controlar náuseas e vômitos da seguinte forma: Medir três dedos à prega da flexão do punho e pressionar entre os tendões do músculo palmar longo e flexor radial do carpo por 2 min. Medir 4 dedos abaixo da patela e lateral à tuberosidade da tibia pressionando por 2 min. | | | | | | | | | | | | | |
| 11.Oferecer líquidos conforme apropriado. | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Realizar o cateterismo gástrico para descompressão em caso de vômito fecaloide. | | | | | | | | | | | | | |
| Intervenção-controle de diarreia e obstipação | | | | | | | | | | Manhã | Tarde | Noite | |
| 1.Avaliar os episódios de diarreia quanto à cor, volume, frequência e consistência das fezes. | | | | | | | | | | | | | |
| 2.Avaliar a ausência das eliminações intestinais diariamente. | | | | | | | | | | | | | |
| 3.Avaliar fatores desencadeantes de constipação (opiáceos, dieta). | | | | | | | | | | | | | |
| 4.Monitorar os ruídos hidroaéreos. | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Avaliação nutricional para adequação da dieta. | | | | | | | | | | | | | |
| 6.Oferecer líquidos isotônicos. | | | | | | | | | | | | | |
| 7.Oferecer alimentação 6-8 vezes ao dia conforme nutrição. | | | | | | | | | | | | | |
| 8.Realizar mudança de decúbito 2/h para controle da diarreia conforme resposta de conforto do paciente. | | | | | | | | | | | | | |
| 9.Promover higienização corporal e conforto após episódios diarréicos. | | | | | | | | | | | | | |
| 10.Manter controle hídrico. | | | | | | | | | | | | | |

continua

continuação

| Intervenção-controle da fadiga | Manhã | Tarde | Noite |
|---|----------------|--------------|--------------|
| 1.Encorajar a expressão de sentimentos sobre as limitações. | | | |
| 2.Monitorar a ingestão nutricional para garantir aporte energético adequado. | | | |
| 3.Selecionar as intervenções (exercício aeróbio, atividades manuais) para reduzir a fadiga. | | | |
| 4.Praticar exercícios conforme apropriado. | | | |
| 5.Uso da massagem com óleos aromáticos conforme a necessidade. | | | |
| 6.Auxiliar o paciente a identificar as preferências por atividades. | | | |
| 7.Limitar estímulos ambientais (ruídos e iluminação) para facilitar o relaxamento. | | | |
| 8.Encorajar períodos alternados de descanso e atividade. | | | |
| 9.Oferecer recursos complementares (música). | | | |
| Intervenção-controle do delírio e demência | Manhã | Tarde | Noite |
| 1.Monitorar o estado neurológico continuamente. | | | |
| 2.Permitir que o paciente mantenha rituais que limitam a ansiedade. | | | |
| 3.Encorajar visitas de pessoas significativas. | | | |
| 4.Orientar o paciente sobre pessoa, lugar e tempo se necessário. | | | |
| 5.Usar indicadores ambientais (fotos, cores, objetos) que estimulem a memória. | | | |
| 6.Ao abordar o paciente, aproximar-se lentamente dele e preferencialmente pela frente. | | | |
| 7.Fornecer iluminação adequada e não excessiva. | | | |
| 8.Manifestar interesse verbal e não verbal pelo paciente. | | | |
| 9.Evitar perguntas que ele não consiga responder. | | | |
| Dimensão psicológica | | | |
| Identificação das fases de kubler-ross | Nas 24h | | |
| 1. Sinais de negação | | | |
| 2. Sinais de raiva | | | |
| 3. Sinais de barganha | | | |
| 4. Sinais de depressão | | | |
| 5. Sinais de aceitação | | | |
| Intervenção-cuidado psicológico | Manhã | Tarde | Noite |
| 1.Escutar o paciente ativamente e solicitar serviço psicológico. | | | |
| 2.Promover o envolvimento familiar. | | | |
| 3.Permitir que o paciente se expresse ativamente | | | |
| 4.Manter a comunicação efetiva entre equipe e paciente. | | | |
| 5.Promover uma relação de confiança com a família. | | | |
| Dimensão social | | | |
| Intervenção-apoio familiar e ao paciente | Manhã | Tarde | Noite |
| 1.Avaliar a reação emocional da família à condição do paciente. | | | |
| 2.Escutar as preocupações, sentimentos e perguntas da família. | | | |
| 3.Facilitar a comunicação entre os membros da família. | | | |
| 4.Aceitar os valores da família e paciente sem julgamento. | | | |
| 5.Responder a todas as perguntas da família e paciente juntamente com a equipe multiprofissional. | | | |
| 6.Ajudar a família a solucionar conflitos de valores. | | | |
| 7.Ensinhar os planos de cuidado à família. | | | |
| 8.Proporcionar conhecimentos necessários aos familiares que auxiliarão na tomada de decisão. | | | |
| 9.Oportunizar a visita de pessoas que o paciente deseje. | | | |
| 10.Orientar a família e paciente quanto às diretivas antecipadas de vontade. | | | |
| 11.Promover atitudes que visem a proteção dos direitos do paciente. | | | |
| 12.Evitar procedimentos que prologuem o sofrimento. | | | |

continua

continuação

| Dimensão espiritual | Manhã | Tarde | Noite |
|---|----------|-------|-------|
| Intervenção-apoio espiritual | | | |
| 1. Usar da comunicação efetiva para estabelecer confiança e cuidados com empatia. | | | |
| 2. Tratar a pessoa com dignidade e respeito. | | | |
| 3. Encorajar a participação em interação com familiares e amigos. | | | |
| 4. Oferecer privacidade para as atividades espirituais. | | | |
| 5. Facilitar o processo de perdão na família e círculo social. | | | |
| 6. Organizar visitas de conselheiro espiritual. | | | |
| 7. Encorajar o uso de recursos espirituais, quando desejado (eucaristia, unção dos enfermos, água benta, reza do terço, orações, óleo ungido e água fluidificada). Especificar: | | | |
| 8. Proporcionar música, literatura ou programas de TV ou rádio espirituais do paciente. | | | |
| 9. Estar junto ao paciente no tocante aos rituais religiosos. | | | |
| Intervenções no ato da terminalidade | Manhã | Tarde | Noite |
| 1. Permanecer fisicamente próximo ao paciente quando ele(a) estiver assustado ou com medo. | | | |
| 2. Modificar o ambiente com base na necessidade e desejos do paciente (cuidado com janelas, sons ambientais, temperatura). | | | |
| 3. Respeitar solicitações específicas de cuidado feitas pelo paciente e família. | | | |
| 4. Apoiar os esforços da família para permanecer junto ao leito. | | | |
| 5. Incluir a família na tomada de decisões e atividades de cuidado, se for o desejo. | | | |
| Intervenção-cuidados pós-morte | Horário: | | |
| 1. Retirar todos os drenos, sondas e acessos. | | | |
| 2. Higienizar o corpo se necessário. | | | |
| 3. Colocar prótese dentária se possível. | | | |
| 4. Fechar os olhos do paciente. | | | |
| 5. Realizar tamponamento dos orifícios com algodão e espátula sem deixar aparente. | | | |
| 6. Manter o alinhamento corporal correto. | | | |
| 7. Oferecer apoio e escuta aos familiares durante a permanência no hospital e após sepultamento por meio de contato telefônico. | | | |
| 8. Identificar o paciente com uma etiqueta em duas vias contendo (nome, idade, data do óbito, hora do óbito e setor), onde uma deverá ser fixada no tórax do paciente e a outra no invólucro externo. | | | |
| 9. Organizar os pertences do paciente, protocolar e entregar à família. | | | |
| 10. Orientar a família quanto a declaração de óbito fornecida e preenchida pelo médico de plantão (entregar a via amarela e orientar a procurar o cartório até 15 dias). | | | |
| 11. Transferir o paciente ao necrotério. | | | |
| 12. Registrar as medidas adotadas no prontuário. | | | |