



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Ferreira da Mata, Luciana Regina; Campos de Carvalho, Emília; Alves Napoleão, Anamaria
VALIDAÇÃO POR PERITOS DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A ALTA DE
PACIENTES SUBMETIDOS À PROSTATECTOMIA

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 20, 2011, pp. 36-44

Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71421163004>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

VALIDAÇÃO POR PERITOS DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A ALTA DE PACIENTES SUBMETIDOS À PROSTATECTOMIA*

Luciana Regina Ferreira da Mata², Emília Campos de Carvalho³, Anamaria Alves Napoleão⁴

¹ Artigo extraído da dissertação apresentada em 2009 ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), com apoio financeiro da CAPES.

² Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de São João Del Rei. Minas Gerais, Brasil. E-mail: lucianadamata@usp.br

³ Doutora em enfermagem. Professora titular do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada EERP/USP. São Paulo, Brasil. E-mail: ecdcava@usp.br

⁴ Doutora em enfermagem. Professora adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSCar. São Paulo, Brasil. E-mail: anamaria@ufscar.br

RESUMO: Estudo metodológico que buscou validar o conteúdo de intervenções de enfermagem para o preparo da alta de pacientes prostatectomizados; para tanto, obteve-se a opinião de peritos sobre a adequação destas intervenções. Trinta e oito peritos validaram noventa e três intervenções, identificadas em revisão integrativa prévia. Apenas uma intervenção foi considerada relativamente adequada à situação; todas as demais foram consideradas adequadas. A partir de sugestões dos peritos, foram excluídas as intervenções semelhantes, o que resultou oitenta e quatro intervenções. Conclui-se que o método permitiu validar intervenções que certamente contribuirão na elaboração de planos de alta para pacientes prostatectomizados.

DESCRIPTORES: Estudos de validação. Cuidados de enfermagem. Alta do paciente. Prostatectomia.

VALIDATING NURSING INTERVENTIONS BY SPECIALISTS CONCERNING DISCHARGING PATIENTS WHO HAVE UNDERGONE PROSTATECTOMIES

ABSTRACT: This methodological study aimed to validate the content of nursing interventions in preparing patients who have undergone a prostatectomy for discharge. To do so, we obtained the opinion of experts about the adequacy of these interventions. Thirty-eight experts validated ninety-three interventions identified in a previous integrative review study. Only one intervention was considered relatively appropriate to its situation, with the others considered to be very appropriate. Based on suggestions from these experts, similar interventions were excluded, which resulted in eighty-four interventions. We concluded that the method permitted the validation of interventions that certainly will contribute to developing an appropriate discharge plan for patients who have undergone a prostatectomy.

DESCRIPTORS: Validation studies. Nursing care. Patient discharge. Prostatectomy.

VALIDACIÓN POR EXPERTOS DEL CONTENIDO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL ALTA DE PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA

RESUMEN: Este estudio metodológico tuvo como objetivo validar el contenido de las intervenciones de enfermería para la preparación para el alta de los pacientes sometidos a prostatectomía. Para ello se obtuvo la opinión de expertos sobre la adecuación de las intervenciones. Treinta y ocho expertos validaron noventa y tres intervenciones identificadas en un estudio previo de revisión integradora. Sólo una intervención fue considerada relativamente adecuada a la situación, y todas las demás se consideraron muy adecuadas. Con las sugerencias de los expertos, las intervenciones similares fueron excluidas, lo que resultó en ochenta y cuatro intervenciones. Se concluye que el método permitió la validación de las intervenciones que sin duda contribuirán en el desarrollo de planes de alta adecuados para los pacientes sometidos a prostatectomía.

DESCRIPTORES: Estudios de validación. Cuidados de enfermería. Alta del paciente. Prostatectomía.

* 2º lugar Prêmio Maricel Manfredi.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, o preparo para a alta dos pacientes submetidos à cirurgia tem sido objeto de importantes estudos realizados em âmbito nacional e internacional, dada a relevância desta atividade.¹⁻²

Atualmente, observa-se uma tendência ao encurtamento do tempo de internação,²⁻³ com frequente opção pela cirurgia ambulatorial e tratamento de pacientes em clínicas especializadas, o que gera efeito sobre o tempo disponível para o desenvolvimento de atividades educativas junto aos mesmos e pode interferir negativamente no preparo para a alta.²

Neste contexto encontram-se os pacientes submetidos à cirurgia de próstata.⁴ Estudos com pacientes submetidos à prostatectomia radical relatam que problemas passíveis de ocorrer, ainda que temporariamente, como sintomas psicológicos, alterações da função intestinal e urinária⁵ e aquelas relacionadas à sexualidade⁶ devem constituir foco de atenção dos enfermeiros.⁵

Identifica-se considerável complexidade no conhecimento das necessidades específicas que podem apresentar os homens submetidos à prostatectomia e pode-se afirmar que as intervenções de enfermagem podem contribuir fortemente para que os mesmos tenham o melhor restabelecimento possível (considerando-se os contextos e as características individuais).

Assim, entende-se que a realização de um estudo brasileiro relacionado à sistematização das ações no planejamento da assistência possa oferecer uma importante contribuição nos âmbitos do ensino, pesquisa e assistência, ao levar em conta o contexto atual em que se observa a tendência de uma menor permanência dos pacientes nos serviços hospitalares.

Para que tal propósito seja obtido, o fenômeno estudado, no caso as ações assistenciais de enfermagem, deve ser válido. Desta forma, a questão de pesquisa do presente estudo é: "a partir do julgamento de peritos brasileiros, que intervenções de enfermagem são válidas para o preparo da alta de pacientes submetidos à prostatectomia?"

Diversos modelos metodológicos que podem ser utilizados para a validação de fenômenos de enfermagem⁷⁻¹⁰ e também empregados em pesquisas sobre intervenções de enfermagem são descritos na literatura. Tem-se como exemplo, o desenvolvimento da *Nursing Intervention Classification* (NIC),⁹ em que em uma das fases da cons-

trução dessa classificação, nos anos de 1987 a 1992, os pesquisadores utilizaram o método de Fehring⁷ para validar as intervenções de enfermagem.

No âmbito dos estudos de validação, é importante ressaltar a dificuldade de seleção de peritos, apontada por pesquisadores para a validação de conteúdo.¹¹ Entende-se por enfermeiro perito o indivíduo com amplo conhecimento e habilidade baseada em teoria e experiência clínica. Além disso, é fundamental a descrição do critério utilizado para seleção, de forma detalhada, o que assegura a possibilidade de utilização desse critério por outros pesquisadores.¹¹

Em relação à validação de intervenções, concorda-se que são imprescindíveis à prática, pois a partir do consenso sobre a sua validade pode-se uniformizar e padronizar intervenções de enfermagem.⁸ Ademais, oferecer elementos relativos às ações dos enfermeiros de forma validada constitui uma importante contribuição que certamente resulta em acréscimos à qualidade do cuidado de enfermagem prestado.

Assim, o presente estudo propõe realizar a validação de conteúdo de intervenções de enfermagem identificadas na literatura quanto a adequação para o preparo para alta de pacientes submetidos à prostatectomia.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa metodológica na qual foram utilizados os requisitos propostos por Fehring⁷ para a validação de conteúdo de diagnósticos de enfermagem, amplamente divulgados na literatura nacional. São eles: seleção de peritos, identificação pelos peritos de quais características definidoras representam a definição do diagnóstico estudado, cálculo dos escores para cada característica definidora e cálculo do escore total do diagnóstico estudado. No presente estudo, esses requisitos nortearam a validação de intervenções levantadas na literatura para o preparo para a alta de pacientes prostatectomizados e foram percorridas as seguintes etapas:

- Os peritos atribuíram escores a cada intervenção apresentada, em uma escala *Likert* com variação de cinco pontos, sendo 1= não adequada à situação, 2= muito pouco adequada à situação, 3= pouco adequada à situação, 4= consideravelmente adequada à situação e 5= muito adequada à situação, de acordo com o nível de concordância quanto a adequação da intervenção para implementação no preparo para a alta dos pacientes submetidos

à prostatectomia. Nesse instrumento, à frente de cada intervenção, era apresentada a escala *Likert* para a atribuição dos escores e um espaço para sugestões, caso o perito julgasse necessário.

- Para fins de identificação da adequação das intervenções, foi estabelecido um peso para cada valor atribuído pelo perito, sendo que o escore 1 recebeu peso 0 (ou seja, a intervenção foi considerada não adequada); o escore 2 recebeu peso igual a 0,25; o escore 3 recebeu peso igual 0,50; o escore 4 recebeu peso igual a 0,75; e o escore 5 recebeu peso igual a 1,0 (intervenção considerada muito adequada).

Para cada intervenção os pesos dos escores atribuídos pelos peritos foram somados e divididos pelo total de respostas obtidas e, desta forma, o valor máximo obtido era 1,0. As intervenções com escores iguais ou maiores a 0,8 foram consideradas “muito adequadas à situação”; aquelas com escores menores que 0,8 e maiores que 0,5 foram consideradas “relativamente adequadas à situação”; e aquelas com escores menores ou iguais a 0,5 foram consideradas “não adequadas à situação” e, portanto, descartadas.

As intervenções de enfermagem foram identificadas a partir de uma revisão integrativa da literatura realizada em estudo anterior que teve como finalidade identificar, em pesquisas do tipo experimental e não experimental, o que se tem produzido sobre intervenções de enfermagem em relação ao preparo do paciente prostatectomizado para a alta hospitalar.¹² As etapas de realização da revisão integrativa consistiram em identificação do tema, formulação da questão norteadora, busca e seleção da literatura, categorização e avaliação dos estudos e a apresentação da revisão.

É importante destacar que somente a literatura internacional apresentou intervenções de enfermagem voltadas para o tema em estudo. Essas intervenções foram organizadas em 11 categorias¹¹, elaboradas de acordo com a semelhança temática das intervenções de enfermagem. Desta forma, cada categoria apresentava um número variável de intervenções.

As categorias elaboradas foram: Condutas gerais, Cuidados com o cateter vesical, Ensino sobre sinais e sintomas esperados no pós-operatório, Retorno às atividades, Ensino sobre sinais e sintomas de complicação e conduta, Cuidados com a nutrição e hidratação, Prevenção de infecção, Cuidados na administração de medicamentos, Cuidados de higiene, Cuidados para o controle da dor e de outros sinais e sintomas e Ensino sobre exercícios pélvicos.

Posteriormente, as categorias e as intervenções foram transcritas para um instrumento submetido a refinamento quanto à aparência e ao conteúdo por dois enfermeiros mestres em enfermagem que atuam na área de ensino. Terminada a fase de construção e refinamento do instrumento, iniciou-se o processo de recrutamento e seleção dos enfermeiros peritos.

Foram considerados peritos, pesquisadores em enfermagem que somassem no mínimo cinco pontos (escore máximo=16 pontos), utilizando-se como parâmetros os critérios propostos por Fehring⁷ para validação de diagnósticos de enfermagem. Este autor recomenda grau mínimo de mestre, conhecimento especializado sobre o diagnóstico em estudo identificado por meio de pesquisas apresentadas e publicadas, prática clínica e especialização sobre o diagnóstico. No presente estudo, foram considerados como critérios grau mínimo de mestre e experiência clínica em ensino e/ou pesquisa na área de enfermagem cirúrgica e/ou urológica.

A identificação desses profissionais ocorreu por meio de contatos com pesquisadores dos grupos de pesquisas em que os autores do estudo estão vinculados, pelo Currículo Lattes disponibilizado pela Plataforma Lattes do portal Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)¹³ e por amostragem do tipo “Bola de Neve”. Foram contatados 102 enfermeiros e 38 participaram do estudo.

O convite para a participação do estudo foi enviado via endereço eletrônico. Mediante o aceite em participar, foram enviados também via e-mail, o formulário de caracterização profissional e o instrumento para validação de conteúdo. As duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram enviadas pelos correios junto a um envelope selado e endereçado para devolução de uma via assinada pelo enfermeiro.

Todos os procedimentos éticos para pesquisa com seres humanos foram atendidos (Prot. nº 249/2008 UFSCar).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação à caracterização dos peritos, 28 (71,87%) tinham 16 anos ou mais de experiência profissional como enfermeiro, todos (n=38) possuíam título de mestre e destes, 32 (81,2%) de doutor. Segundo a produção bibliográfica, 20 (52,66%) profissionais possuíam dissertação ou tese direcionada à área de enfermagem médico-

-cirúrgica e 21 (55,26%) publicaram estudos sobre cuidados de enfermagem a pacientes cirúrgicos e/ou urológicos em periódicos nos últimos cinco anos. Dentre os peritos, 26 (65,60%) atuavam ou já tinham atuado na área clínica e 33 (87,50%) na área de ensino, todos com experiência superior a dois anos de atuação.

Quanto à pontuação obtida, nove (23,68%) peritos apresentaram entre cinco a sete pontos; 13 (34,22%) entre oito a dez pontos; 15 (39,47%) entre onze a treze pontos e 1 (2,63%) entre quatorze e dezesseis pontos.

Em relação à validação de conteúdo das 93 intervenções em análise, 92 intervenções foram consideradas “muito adequadas à situação” (escore igual ou maior a 0,8) e a intervenção “informar o paciente e familiares sobre a possibilidade de ligar no serviço para informarem sobre medicações que podem aliviar a sensação de urgência e frequência urinária” foi considerada “relativamente adequada” (escore 0,76). Quanto a esta intervenção, alguns peritos mencionaram que informações sobre medicamentos para alívio de urgência urinária devem ser repassadas ao paciente antes da alta e que ligar no serviço para obter informações não é um comportamento estimulado na maioria dos serviços no Brasil.

Todas as intervenções propostas foram validadas. Isso reflete a pertinente busca bibliográfica utilizada em fase anterior¹² à validação conceitual. Contudo, o amplo número de intervenções consideradas relevantes para a assistência do paciente prostatectomizado retrata a complexidade do cuidado a estes pacientes, como também, aponta a pertinência de estudos clínicos para se avaliar quais as mais eficazes para esta situação.

Quanto às sugestões apontadas pelos peritos, essas não propiciaram novas intervenções, ou seja, foram de caráter estrutural/semântico, sem alteração de conteúdo. Foi sugerida a exclusão de intervenções muito semelhantes e também ajustes na redação e conteúdo de outras, tais como: substituição de um verbo por outro de conceito semelhante; organização da estrutura da frase; inclusão dos familiares e cuidadores em algumas intervenções e início da redação da frase com um verbo no infinitivo. Não foram sugeridas modificações nos títulos das categorias. Ressalta-se que não houve apresentação de definições das mesmas, uma vez que essas categorias foram elaboradas a partir das semelhanças temáticas das intervenções que as compunham.

Alguns peritos destacaram em seus comen-

tários, a sugestão de inclusão de familiares no preparo para a alta dos pacientes; afirmando que o cuidador familiar deve estar presente durante o ensino dos cuidados para ajudar o paciente na retenção e entendimento das informações e, também, nos questionamentos das dúvidas. Segundo a literatura, a presença do acompanhante no período de internação hospitalar é de fundamental importância, principalmente no cenário atual, em que o paciente recebe alta hospitalar precocemente e retorna ao domicílio com necessidade de cuidados complexos, sendo que na maioria das vezes é o acompanhante quem participa dos cuidados a esse paciente.¹⁴⁻¹⁵

A partir das sugestões, as intervenções validadas foram reorganizadas por meio de alterações na redação de algumas frases e exclusão de intervenções semelhantes. Para aquelas consideradas semelhantes, foram excluídas as que apresentaram menores escores de validação. O conjunto final ficou constituído por 84 intervenções, distribuídas nas categorias já apontadas.

Na categoria Condutas gerais, foram excluídas quatro intervenções devido à semelhança, e, portanto, tal categoria apresentou 20 intervenções: dialogar com o paciente e familiares sobre suas expectativas acerca do que poderá acontecer no pós-operatório (0,96); escutar as preocupações do paciente sobre a hospitalização, tratamento, disfunção urinária e responder com informações exatas que auxiliem para sua compreensão e reduzam sua ansiedade (0,95); organizar orientações impressas específicas para o cuidado em casa baseadas na idade do paciente e necessidades identificadas, com linguagem cotidiana sobre o que comumente pode ocorrer, sobre mudanças das atividades da vida diária, complicações, efeitos colaterais e o que se deve fazer quando surgirem problemas (0,95); avaliar as reações do paciente e dos familiares às orientações fornecidas (0,95); informar o paciente e familiares sobre a quem contatar quando tiver alguma preocupação, informando quem e quando chamar (0,95); determinar o nível de conhecimento do paciente (0,94); observar expressões/pistas não-verbais do paciente e abordar questões e preocupações raramente manifestadas por ele (0,94); identificar barreiras de comunicação que o paciente possa apresentar (0,94); acompanhar a realização do auto cuidado pelo paciente durante a hospitalização (0,93); levantar dados sobre a família e o ambiente para o cuidado domiciliar (0,93); determinar a disponibilidade do paciente para aprender (0,92); combinar orientações im-

pressas ou em programas de computadores com a comunicação oral para melhor ensinar os pacientes e familiares sobre os cuidados após a alta (0,92); fornecer ao paciente e aos familiares informações específicas relacionadas a suas condições clínicas, conforme o protocolo da instituição (0,91); iniciar o ensino para a alta no pós-operatório assim que o paciente estiver completamente alerta, nos casos em que a alta ocorrer dentro de 24 horas após a cirurgia (0,91); informar o paciente a permanecer com outra pessoa até 24 horas após a cirurgia, caso ele receba alta antes de 24 horas do procedimento cirúrgico (0,91); fornecer ao paciente as orientações impressas sobre os cuidados pós-alta durante o período pré-operatório e orientá-lo a trazer este impresso ao hospital para revisão na alta (0,89); atentar para a não comunicação do paciente sobre possíveis preocupações, inclusive preocupações relacionadas à sexualidade (0,88); dedicar parte do tempo à educação do paciente e dos familiares sobre o procedimento, expectativas para o pós-operatório e alta, durante a visita pré-admissional (0,86); oferecer ao paciente e aos familiares um impresso sobre os serviços de saúde disponíveis na comunidade (0,86); oferecer ao paciente orientações impressas específicas sobre o procedimento cirúrgico realizado (0,81).

Nesta categoria nota-se a importância do enfermeiro se apropriar de diferentes estratégias para uma eficaz implementação de intervenções educativas no contexto da alta hospitalar, já que neste ambiente, o enfermeiro é o elemento da equipe que mais tempo permanece ao lado do paciente e, portanto, deve ser capaz de estabelecer contato com o mesmo e de promover uma interação efetiva que permita detectar, solucionar e, quando necessário, encaminhar os problemas a serem enfrentados por ele.¹⁶⁻¹⁷

Na categoria Cuidados com o cateter vesical uma intervenção foi excluída por redundância e, então, permaneceram 14 intervenções: ensinar ao paciente e aos familiares os cuidados com o cateter relativos ao esvaziamento da bolsa de drenagem e à limpeza externa da bolsa e tubos (0,99); ensinar ao paciente e aos familiares as evidências de obstrução do cateter ou infecção (0,99); rever as instruções de cuidados de manutenção do cateter com o paciente e familiares (0,97); solicitar ao paciente e aos familiares que verbalizem e demonstrem os passos dos cuidados com o cateter e a aplicação da bolsa de drenagem/ bolsa de perna (0,97); informar o paciente e familiares sobre a retirada do cateter: quando, onde e por quem

(0,97); informar o paciente para tomar banho de chuveiro e não de banheira enquanto estiver com o cateter urinário (0,96); fixar o cateter com fita adesiva à prova d'água no abdome ou na face ântero-superior da coxa para prevenir a tração ou o deslocamento deste, no momento da alta (0,95); informar o paciente e familiares sobre os cuidados com o cateter e fornecer informações escritas que descrevam os cuidados básicos com o mesmo, no pós-operatório (0,95); informar o paciente e familiares sobre a necessidade do uso do cateter vesical no pós-operatório e explicar seu funcionamento (0,93); solicitar ao paciente e aos familiares que descrevam alterações na drenagem do cateter urinário (0,93); informar o paciente e familiares sobre a possibilidade de drenagem ao redor do cateter (0,93); ensinar ao paciente e familiares, ainda no pré-operatório, os cuidados com o cateter urinário e com a bolsa de drenagem (0,89); informar ao paciente e aos familiares que o posicionamento da bolsa coletora na lateral da cama propicia mais conforto para uma noite de sono (0,88); informar ao paciente e aos familiares que os cuidados com o cateter são simples, mas importantes e que o uso da bolsa de perna facilita a mobilidade (0,86).

O cateterismo vesical, um dos procedimentos invasivos mais frequentes no meio hospitalar, apesar dos benefícios, pode trazer problemas e riscos potenciais associados à manipulação do trato urinário inclusive a infecção urinária.¹⁸ Portanto, informações quanto aos cuidados com o cateter complementam as intervenções da categoria prevenção de infecção, uma vez que são indispensáveis para prevenção de infecção do trato urinário.

Na categoria Prevenção de infecção, as cinco intervenções iniciais que a compunham permaneceram: ensinar ao paciente as medidas de redução do risco de infecção urinária (1,00); ensinar ao paciente e aos familiares os cuidados com a incisão cirúrgica: o curativo, a remoção dos pontos, sinais de infecção e apoio da incisão quando necessário (0,99); ensinar ao paciente os sinais e sintomas de infecção do trato urinário (0,99); solicitar ao paciente que descreva sinais e sintomas de infecção (0,91); informar o paciente sobre a remoção do curativo da incisão cirúrgica após 24 horas do recebimento da alta (0,86).

Essa categoria contém a intervenção que apresentou o maior escore geral. Segundo a literatura, ensinar ao paciente as medidas para a redução do risco de infecção urinária é fundamental,¹⁹ pois a multiplicação de microrganismos nos tecidos do trato urinário é uma complicação

possível e de comum ocorrência entre pacientes prostatectomizados.²⁰⁻²¹

Quanto aos Cuidados com a nutrição e hidratação, uma intervenção foi excluída por semelhança e permaneceram cinco intervenções: informar o paciente sobre a redução ou não ingestão de líquidos que podem causar irritação vesical, como álcool, cafeína, chás, refrigerantes, sucos cítricos, alimentos picantes e chocolate (0,99); informar o paciente sobre o volume de líquidos que deve ser ingerido (0,95); informar o paciente sobre a necessidade de aumento da ingestão de líquidos (no mínimo 8 copos), particularmente água, especialmente no primeiro mês após a cirurgia e enquanto a urina estiver sanguinolenta (0,95); ensinar o paciente a aumentar a ingestão de fibras e líquidos para controle da constipação secundária à anestesia geral e uso de narcóticos (0,94); ensinar o paciente a manter uma regularidade na frequência urinária (0,88).

É importante ressaltar que a ingestão de substâncias consideradas irritantes vesicais provocam instabilidade do músculo detrusor da bexiga e, conseqüentemente, a perda involuntária de urina, ou seja, a incontinência urinária.²²

Estudos apontam que grande parte das pessoas que sofrem de incontinência urinária demonstram uma baixa ingestão de água, o que geralmente se percebe pelo receio de interferir no aumento das perdas de urina.²²⁻²³ Como a incontinência urinária é um problema que pode acometer pacientes submetidos à prostatectomia,²⁴ o ensino ao paciente sobre a importância da ingestão hídrica após a cirurgia, associada a outras intervenções relativas à incontinência urinária torna-se imprescindível, uma vez que a baixa ingestão de água nesse período pode acarretar problemas e retardar a recuperação dos pacientes prostatectomizados.

Na categoria Retorno às atividades não houve intervenções consideradas semelhantes, portanto, permaneceram oito intervenções: informar o paciente que não dirija ou opere equipamentos pesados enquanto estiver usando narcóticos para controle da dor (0,93); informar o paciente sobre restrições à atividade sexual com retorno a partir de instruções da equipe multiprofissional (0,91); informar o paciente que evite, até que ocorra a primeira consulta de retorno: dirigir veículos, subir degraus, levantar peso e fazer força; informar ao paciente que ele poderá retomar atividades não extenuantes (descrever atividades) após 48 horas da realização da cirurgia (0,91); informar ao paciente que a média de retorno ao trabalho é de

três a seis semanas após a cirurgia, sendo que o tipo de trabalho é o fator determinante (0,91); informar o paciente para não fazer força para evacuar (0,91); informar o paciente sobre a caminhada em terreno plano tanto quanto tolerar (0,90); informar o paciente sobre a não realização de exercícios vigorosos por seis semanas após a alta (0,87).

Na categoria Cuidados de higiene, as quatro intervenções validadas foram: ensinar o paciente a realizar a higiene perineal uma vez ao dia ou a cada evacuação, no caso de prostatectomia por via perineal (0,98); ensinar ao paciente os cuidados de higiene e da pele, caso haja drenagem ao redor do cateter (0,97); informar o paciente sobre a necessidade de tomar banho no mínimo uma vez ao dia (0,93); informar o paciente sobre a recomendação do banho de aspersão após 48h da cirurgia (0,80).

Diante da categoria cuidados de higiene, ressalta-se que o ensino do paciente sobre a importância da higiene pessoal, principalmente de uma limpeza cuidadosa após evacuações e uma higiene das mãos frequente, com água e sabão, é fundamental para a diminuição do risco de desenvolvimento de infecções.²⁵

Quanto aos Cuidados na administração de medicamentos, duas intervenções foram excluídas por semelhança, e outras três foram validadas: ensinar o paciente e familiares sobre o uso e os efeitos colaterais das medicações prescritas (0,96); ensinar o paciente e familiares sobre o uso de analgésicos orais, antibióticos, e emolientes fecais (0,91); informar o paciente sobre a necessidade de um emoliente fecal ou um laxativo durante as primeiras duas semanas da sua recuperação (0,88).

O ensino sobre medicamentos prescritos é indispensável, uma vez que em muitos casos o paciente recebe alta hospitalar com a prescrição de um grande número de medicamentos necessários à continuidade do seu tratamento e em decorrência de vários fatores, erros podem ocorrer. A ocorrência de erros de medicação no domicílio tem relação com o trabalho do enfermeiro, visto que é de competência desse profissional educar o paciente para o uso correto dos medicamentos após a alta hospitalar.²⁶

Na categoria Ensino sobre sinais e sintomas esperados no pós-operatório foram validadas 11 intervenções: informar ao paciente e aos familiares que o sintoma de irritação no ato da micção é comum após a remoção do cateter (0,96); informar ao paciente e aos familiares que retenção urinária ou sangramento podem ocorrer depois da remoção do cateter (0,95); informar ao paciente e aos

familiares que a presença de pequena quantidade de sangue em sua urina é normal nas duas primeiras semanas após a cirurgia (0,95); informar ao paciente que ele pode apresentar pequenos coágulos na urina (0,94); informar ao paciente que ele pode apresentar queimação, urgência urinária e/ou frequência no primeiro mês após a cirurgia (0,94); informar ao paciente e familiares que após a remoção do cateter vesical ele poderá apresentar incontinência urinária, mas enfatizar que esse problema pode ser temporário (0,94); informar ao paciente e aos familiares que a irregularidade no hábito intestinal é comum nos primeiros dias após a cirurgia (0,93); informar ao paciente e aos familiares que a melhora dos sintomas esperados ocorre gradualmente ao longo de várias semanas e meses (0,93); informar ao paciente que poderá ocorrer presença de sangue no sêmen (0,92); informar ao paciente e aos familiares que poderá haver aumento da frequência urinária à noite (0,91); informar o paciente sobre problemas sexuais que ele possa ter, tais como disfunção erétil ou ejaculação retrógrada (0,89).

Em relação ao Ensino sobre sinais e sintomas de complicação e conduta, duas intervenções desta categoria foram excluídas por redundância e seis foram validadas: ensinar o paciente e familiares a comunicar ao médico sinais e sintomas de possíveis complicações: urina com sangramento excessivo ou coágulos, dor aumentada que não seja aliviada com medicações, edema nos testículos, febre, não drenagem de urina pelo cateter, incapacidade para urinar por mais de quatro horas, queimação aumentada para urinar, frequência urinária aumentada por uma semana, sensação de bexiga cheia mesmo depois de urinar (0,95); informar o paciente e familiares sobre o retorno ao urologista, conforme o serviço (0,89); informar o paciente e familiares sobre possíveis complicações da cirurgia, como obstrução vesical, contratura do colo vesical, estreitamento uretral, incontinência urinária (0,88); ensinar o paciente e familiares a notificar imediatamente o seu médico caso desenvolva sinais e sintomas de infecção, tais como febre, calafrios, vermelhidão, edema ou drenagem no local da incisão (0,87); informar o paciente e familiares sobre a necessidade de ligar para o cirurgião se estiver sentindo fortes dores nas 24 horas subsequentes à cirurgia (0,82); informar o paciente e familiares sobre a possibilidade de ligar para o serviço para informarem sobre medicações que podem aliviar a sensação de urgência e frequência urinária (0,76).

Quanto à categoria Ensino sobre exercícios pélvicos, uma intervenção foi considerada muito extensa e, portanto, foi dividida em duas, totalizando quatro intervenções: iniciar o ensino de exercícios para a musculatura pélvica durante o período pré-operatório, para ajudar no controle da incontinência urinária (0,95); continuar o ensino de exercícios para a musculatura pélvica durante o pós-operatório, imediatamente após a remoção do cateter, para ajudar no controle da incontinência urinária (0,95); informar o paciente e familiares sobre a necessidade de exercícios para a musculatura pélvica (0,92); ensinar o paciente a realizar exercícios para a musculatura pélvica diariamente, três a quatro sessões de 30 exercícios cada (0,91).

Na categoria Cuidados para o controle da dor e de outros sinais e sintomas foram validadas quatro intervenções: ensinar ao paciente o manejo dos sintomas de dor, espasmos vesicais, constipação, fadiga, distúrbios do sono, edema ou náusea (0,94); informar o paciente sobre a monitoração do cateter para a não oclusão deste, o que evita a distensão da bexiga e previne a dor (0,93); ensinar ao paciente o manejo farmacológico e não farmacológico da dor (0,92); ensinar o paciente a fazer banho de assento morno ou a aplicar uma compressa morna na região suprapúbica para aliviar a dor após remoção cateter (0,91).

Em pacientes prostatectomizados, a dor pode aparecer com um desconforto contínuo e ardente na região suprapúbica e uretral. Caso o paciente apresente dor no flanco, isso pode representar sintoma inesperado e indicar a obstrução do orifício uretral causado por edema ou por coágulos sanguíneos.²⁷

Quanto ao manejo não farmacológico, além do ensino sobre cuidados para a não obstrução do cateter e aplicação de compressa morna na região suprapúbica após a sua remoção, informações quanto a ingestão adequada de líquidos que não sejam irritantes da bexiga são importantes para o controle da dor pós prostatectomia.²⁷

CONCLUSÃO

O método de validação de conteúdo mostrou-se adequado para analisar as intervenções propostas ao cuidado do paciente e alta hospitalar, uma vez que a validação por peritos proporcionou tanto a avaliação do quanto as intervenções são adequadas para a prática clínica como também contribuiu para uma reformulação da redação e reorganização dessas, a partir das sugestões

apresentadas. Foram excluídas nove intervenções consideradas redundantes, totalizando 84 intervenções validadas, agrupadas em 11 categorias relevantes para o preparo da alta de paciente na situação estudada.

Uma vez que as intervenções validadas emergiram de busca bibliográfica encontradas em periódicos internacionais, a validação por peritos brasileiros foi fundamental para considerar a relevância das mesmas no contexto brasileiro. Todas as intervenções identificadas foram validadas, ou seja, apresentaram escore maior que 0,5; apenas uma foi considerada “relativamente adequada à situação” (escore =0,76), que corresponde à ação de informar pacientes e familiares sobre a possibilidade de telefonarem ao serviço para questionarem sobre medicações para alívio da urgência ou frequência urinária, o que, segundo alguns peritos, ainda não faz parte da realidade da atuação dos enfermeiros brasileiros.

No presente estudo contou-se com 38 peritos; ressalta-se a dificuldade em recrutá-los, uma vez que cerca de 100 contatos foram feitos por e-mail. Acredita-se que a extensão do instrumento a ser validado possa ser um fator que contribua para uma maior dificuldade de adesão de peritos aos estudos, uma vez que se trata de uma atividade que demanda tempo e trabalho considerável.

Para a identificação da efetividade das intervenções validadas no presente estudo, sugere-se a realização de pesquisas futuras de validação clínica das mesmas, utilizando métodos capazes de gerar níveis ainda maiores de evidência.

Como contribuição para a prática clínica é possível apontar que os resultados obtidos fornecem subsídios para a elaboração de protocolos e/ou de planos de cuidados específicos e individualizados e, assim, favorece a atuação da enfermagem e consequentemente a recuperação e a qualidade de vida dos pacientes.

No âmbito da pesquisa, além da possibilidade de pesquisas de validação clínica das intervenções estudadas, os dados obtidos podem proporcionar o desenvolvimento de novos estudos que tenham como objetivo identificar em diferentes sistemas de classificação em enfermagem, intervenções passíveis de aplicação para a alta do paciente submetido à prostatectomia.

REFERÊNCIAS

1. Levasseur SA, Fitzgerald R, Bell F. A descriptive study examining postdischarge patient needs after laser ablation and transurethral resection of the prostate. *Int J Nurs Pract*. 1998 Mar; 4(1):33-9.
2. Fagermoen MS, Hamilton G. Patient information at discharge – a study of a combined approach. *Patient Educ Couns*. 2006 Oct; 63(1-2):169-76.
3. Friedlander MR, Lage OC. O acompanhamento do paciente pós-cirúrgico por meio da visita domiciliar. *Acta Paul Enferm*. 2003 Jan-Mar; 16(1):49-55.
4. Mueller NM, Mueller EJ. KTP photoselective laser vaporization of the prostate: indications, procedure, and nursing implications. *Urol Nurs*. 2004 Oct; 24(5):373-9.
5. Palmer MH. Using epidemiology in patient education for post-prostatectomy urinary incontinence. *Ostomy Wound Manage*. 2001 Dec; 47(12):20-5.
6. Burt J, Caelli K, Moore K, Anderson M. Radical prostatectomy: men's experiences and postoperative needs. *J Clin Nurs*. 2005 Aug; 14(7):883-90.
7. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung*. 1987 Nov; 16(6 Pt 1):625-9.
8. Monteiro FPM, Silva VM, Lopes MVO, Araújo TL. Condutas de enfermagem para o cuidado à criança com infecção respiratória: validação de um guia. *Acta Paul Enferm*. 2007 Oct-Dez; 20(4):458-63.
9. McCloskey JC, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.
10. Oliveira MS, Fernandes AFC, Sawada NO. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. *Texto Contexto Enferm*. 2008 Jan-Mar; 17(1):115-23.
11. Galdeano LE, Rossi LA. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. *Ciênc Cuid Saúde*. 2006 Jan-Abr; 5(1):60-6.
12. Mata LRF, Napoleão AA. Intervenções de enfermagem para alta de paciente prostatectomizado: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(4):574-9.
13. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Plataforma lattes [Internet]. Brasília (DF): CNPq; c2008 [acesso 2008 Nov. 30]. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/index.htm>
14. Lautert L, Echer IC, Unicovsky MAR. O acompanhante do paciente adulto hospitalizado. *Rev Gaúch Enferm*. 1998 Jul; 19(2):118-31.
15. Carvalho VA. Cuidados com o cuidador. *Rev Mundo da Saúde*. 2003 Jan-Mar; 27(1):138-46.
16. Sasso KD. Transplante de fígado: resultados de aprendizagem de pacientes que aguardam a cirurgia. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005 Jul-Ago; 13(4):481-8.
17. Galvao CM, Sawada NO, Rossi LA. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2002 Set-Out; 10(5):690-5.

18. Homenko AS, Lelis MAS, Cury J. Verdades e mitos no seguimento de pacientes com cateteres vesicais de demora. *Sinopse de Urologia*. 2003; 7(2):35-40.
19. Davison BJ, Moore KN, MacMillan H, Bisaillon A, Wiens K. Patient evaluation of a discharge program following a radical prostatectomy. *Urol Nurs*. 2004 Dec; 24(6):483-9.
20. Hasenack BS, Marquez AS, Pinheiro EHT, Guilherme, RL, Frasson FT, Avelar GS. Disúria e polaciúria: sintomas realmente sugestivos de infecção do trato urinário?. *Rev Bras Anal Clin*. 2004;36(3):163-6.
21. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem medicocirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005.
22. Arya LA, Myers DL, Jackson ND. Dietary caffeine intake and the risk detrusor instability: a case-control study. *Obstet Gynecol*. 2000 Jul; 96(1):85-8.
23. Honório MO, Santos SMA. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. *Rev Bras Enferm*. 2009 Jan-Fev; 62(1):51-6.
24. Vianna MC, Napoleão AA. Reflexões sobre cuidados de enfermagem para a alta de pacientes prostatectomizados. *Cienc Cuid Saúde*. 2009 Abr-Jun; 8(2):269-73.
25. Taylor C, Lillis C, Lemone P. Eliminação urinária. In: Taylor CI, Lillis C, Lemone P. Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 5ª ed. São Paulo (SP): Artmed; 2007.
26. Miasso AI, Cassiani SHB. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar. *Rev Esc Enferm USP*. 2005 Jul; 39(2):136-44.
27. Gray M, Allensworth D. Electrovaporization of the prostate: initial experiences and nursing management. *Urol Nurs*. 1999 Mar; 19(1):25-31.