

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BRUNA GABRIELLE DE SOUZA COSTA

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DIRECIONADO A
ENFERMEIROS PARA AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS E PRÁTICAS
ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Maceió – AL

2018

Universidade Federal de Alagoas (UFAL)
Escola de Enfermagem e Farmácia (ESENFAR)
Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGENF)

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DIRECIONADO A
ENFERMEIROS PARA AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS E PRÁTICAS
ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Mestranda: Bruna Gabrielle de Souza Costa

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sabrina Joany Felizardo Neves

Coorientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Enfermagem.

Maceió – AL

2018

Catlogação na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico Bibliotecária
Bibliotecário: Marcelino de Carvalho

S837d Costa, Bruna Gabrielle de Souza.

Desenvolvimento e validação de instrumento direcionado a enfermeiros para avaliação dos conhecimentos e práticas acerca dos cuidados paliativos/ Bruna Gabrielle de Souza Costa. – 2018.

117 f.

Orientadora: Sabrina Joany Felizardo Neves.

Co-orientadora: Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió, 2018.

Bibliografia: f. 101-111.

Apêndices: 112-117.

1. Enfermagem. 2. Cuidados paliativos. 3. Medicina paliativa. 4. Avaliação em enfermagem. I. Título.

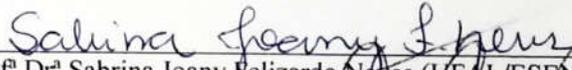
CDU: 616-083:616-7

Folha de Aprovação

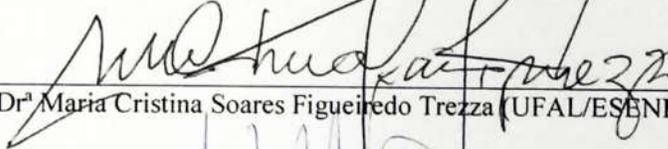
BRUNA GABRIELLE DE SOUZA COSTA

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DIRECIONADO A ENFERMEIROS PARA AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS E PRÁTICAS ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Dissertação de Mestrado submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 25 de outubro de 2018.



Profª Drª Sabrina Joany Felizardo Neves (UFAL/ESENFAR) - Orientadora

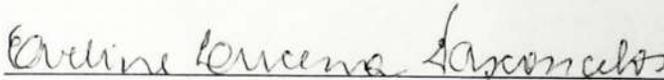


Profª Drª Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza (UFAL/ESENFAR) - Coorientadora

Banca Examinadora:



Prof. Dr Alfredo Dias de Oliveira Filho (UFAL/ESENFAR) - Examinador Externo



Profª Drª Eveline Lucena Vasconcelos (UFAL/ESENFAR) - Examinador Interno

AGRADECIMENTOS

A Deus. Com ele tudo é possível.

Aos meus pais, Maria Lúcia e Marcelo Costa (em memória), pelo carinho e amor dedicados. Meus ídolos e referências de valores que deram origem a minha personalidade e meu caráter.

A meu esposo Gildo Ferrúcio, pelo incentivo em todos os momentos. Pela paciência e compreensão diante de minha constante ausência.

A minha orientadora Prof^ª. Dr^ª Sabrina Joany Felizardo Neves, pelos conhecimentos a mim repassados nesta trajetória, pela paciência e compreensão com as minhas limitações e por ser esse exemplo de profissional e mulher. Tenho-lhe muita admiração.

A Prof^ª Dr^ª Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza, por sempre estar disponível e contribuindo com a qualidade desta pesquisa.

Ao Prof. Dr Alfredo Dias de Oliveira Filho e a Prof^ª Dr^ª Eveline Lucena Vasconcelos, por aceitarem participar da minha banca de mestrado, seja na fase da qualificação ou defesa, e pelo muito que contribuíram com esta pesquisa.

A meus amigos, que também, foram privados de meu convívio, no entanto me perdoaram os muitos convites recusados e, mesmo distantes torceram por mim.

Às amigas e companheiras que trabalhei no HUPAA/CACON, por confiarem no meu trabalho profissional e por incentivar a construção dessa pesquisa.

Aos colegas e amigos de trabalho do HCPE, pela compreensão e colaboração com os momentos em que precisei me ausentar do trabalho para me dedicar a questões do mestrado.

Aos amigos e amigas do mestrado por compartilharem e fazerem parte de todo o processo de construção e amadurecimento de novos conhecimentos científicos e não-científicos, através do compartilhamento de saberes por cada um deles.

A todos os especialistas que se dispuseram a participar desta pesquisa, pelo tempo dedicado ao processo de avaliação do instrumento e pelas preciosas contribuições e sugestões.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, obrigada por todos os ensinamentos obtidos.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Meu muito obrigada!

RESUMO

Introdução: a OMS (Organização Mundial de Saúde) considera os Cuidados Paliativos (CP) uma necessidade humanitária urgente em todo o mundo. O envelhecimento populacional e o aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis geram a necessidade de que esses cuidados sejam ofertados. Porém, os profissionais de saúde ainda não estão muito familiarizados com este assunto. Na equipe multiprofissional de CP, o enfermeiro tem atuação essencial, pois está na linha de frente para prover o cuidado. Deste modo, entende-se ser importante conhecer o que o enfermeiro compreende sobre CP. Porém, ainda não há um instrumento validado que possa avaliar conhecimentos e práticas de enfermeiros em CP.

Objetivo: desenvolver um instrumento validado para avaliar conhecimentos e práticas acerca dos CP direcionado a enfermeiros. **Métodos:** trata-se de um estudo metodológico e quantitativo que foi constituído de três fases: 1) elaboração das dimensões acerca dos CP; 2) desenvolvimento do instrumento de avaliação; e 3) validação de conteúdo do instrumento de avaliação. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas em 22 de fevereiro de 2018 e recebeu o parecer de nº 2.508.803. **Resultados:** na primeira etapa, a de revisão integrativa, após a leitura dos artigos encontrados foram formuladas três categorias: 1- conceitos, fundamentos, princípios e indicações em CP, 2- controle de sintomas e comunicação e 3- procedimentos em CP, estas deram origem aos domínios do instrumento. Na segunda fase foi construído o questionário que possui 30 itens, dos quais 19 avaliam o conhecimento e 11 a prática. Este, foi submetido a primeira rodada do painel de especialistas, no qual 28 enfermeiros peritos avaliaram e deram sugestões sobre o conteúdo do instrumento. Ressalta-se que 20 (66,67%) itens foram modificados, 4 (13,3%) foram excluídos, 6 (20%) permaneceram sem alterações na escrita e 1 foi acrescentado depois das sugestões dos especialistas, totalizando 27 itens: 16 com o objetivo de avaliar o conhecimento e 11 a prática. Posteriormente, o questionário foi submetido a segunda rodada e 19 peritos participaram avaliando e propondo sugestões de melhora. Após as considerações dos juízes, 11 (40,74%) itens foram modificados, 2 (7,41%) excluídos e 14 (51,85%) permaneceram sem alterações. Totalizando para o instrumento final 25 itens: 16 para avaliar o conhecimento e 9 a prática. **Conclusão:** O instrumento desenvolvido nessa pesquisa é considerado adequado para avaliar conhecimentos e práticas de enfermeiros em CP, tendo em vista que o percentual de concordância dos especialistas nas três dimensões, alcançaram valores acima do padrão estabelecido, ou seja, 80%.

Palavras Chave: Enfermagem, Cuidado paliativo, Medicina paliativa, Avaliação em enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: the WHO (World Health Organization) considers Palliative Care (PC) a humanitarian need in the whole world. Population-aging and the rising incidence of non-contagious chronic diseases generate the need for these cares be offered. However, health professionals are not yet acquainted with this subject. In the PC multi-professional team, the nurse plays an essential role, because he is on the front line to provide the care. Thus, it is important to know what the nurse understands about PC. However, yet, there is no validated instrument to evaluate nurses' knowledge and practices on PC. **Goal:** to develop an validated instrument to evaluate the knowledge and practices of palliative care directed at nurses. **Method:** this study is about a methodological and quantitative study that is composed of three phases: 1) elaboration of the dimensions about palliative care; 2) development of an evaluation instrument; and 3) content validation of the evaluation instrument. This research was appreciated and approved by the Research and Ethics Committee of the Federal University of Alagoas on February 22nd, 2018, received the note of number 2.508.803. **Results:** at the first step, at the integrative review, after the reading of the papers found, there were formulated three categories: 1- concepts, fundamentals, principles, and indications in palliative care, 2- symptom control and communication and 3- proceedings in palliative care. These categories have originated the instrument domains. At the second phase, it was built a questionnaire that has thirty items, nineteen of these evaluates the knowledge and eleven evaluates the practicing. It was submitted to the first round on the specialist panel, where twenty-eight experts nurses evaluated and made suggestions about the content of the instrument. It is worth mentioning that twenty items, or 66.67% of the questions, where modified. Four questions where excluded, that is 13.3% of the original amount. Six items, or 20% of the questionnaire, remained unaltered. At last, one question was added following specialists suggestions. Totaling twenty-seven items: sixteen evaluating the knowledge about PC and eleven the practicing. Subsequently, the questionnaire was submitted to the second round on the specialist panel, in which nineteen experts participated in evaluating and proposing improvement suggestions. After judges considerations, eleven items (40.74%) were modified, two questions (7.41%) were excluded and fourteen (51.85%) remained unaltered. Summarizing to the final instrument twenty-five items: sixteen to evaluate the knowledge and nine the practicing. **Conclusion:** the instrument developed in this research is considered adequate to evaluate knowledge and practicing of nurses on PC. Mentioning that the agreement percentage of specialists on the three dimensions reached values beyond the established standards, that is 80%.

Key-words: Nursing, Palliative care, Palliative medicine, Nursing assessment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Áreas centrais dos Cuidados Paliativos, SILVA, 2014.....	22
Figura 2 - Organograma metodológico da elaboração do Instrumento de Avaliação dos conhecimentos e práticas acerca dos cuidados paliativos direcionado a enfermeiros. Maceió, 2017.....	38
Figura 3 - Fases da revisão integrativa segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008).....	39
Figura 4 – Organograma da busca de artigos para elaboração da revisão integrativa. Maceió, 2018.....	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização dos peritos que participaram da etapa de validação do conteúdo do instrumento de avaliação de conhecimentos e práticas de enfermeiros em cuidados paliativos, Maceió- AL, 2018.....	56
Tabela 2- Distribuição da frequência dos peritos (N e %) quanto a pontuação obtida segundo os critérios de Fehring modificados. Maceió-AL, 2018.....	57
Tabela 3 - Distribuição das respostas da primeira rodada do painel de especialistas quanto à adequação dos itens do instrumento de avaliação de conhecimentos e práticas de enfermeiros em cuidados paliativos, Maceió- AL, 2018.....	59
Tabela 4 - Modificações realizadas na primeira rodada do painel de especialistas nos itens do instrumento de avaliação de conhecimentos e práticas de enfermeiros em cuidados paliativos, Maceió- AL, 2018.....	62
Tabela 5 - Caracterização dos peritos que participaram da segunda etapa de validação do conteúdo do instrumento de avaliação de conhecimentos e práticas de enfermeiros em cuidados paliativos, Maceió- AL, 2018.....	68
Tabela 6 - Distribuição das respostas da segunda rodada do painel de especialistas quanto à adequação dos itens do instrumento de avaliação de conhecimentos e práticas de enfermeiros em cuidados paliativos, Maceió- AL, 2018.....	71
Tabela 7 - Modificações realizadas na segunda rodada do painel de especialistas nos itens do instrumento de avaliação de conhecimentos e práticas de enfermeiros em cuidados paliativos, Maceió- AL, 2018.....	74
Tabela 8 - Distribuição das respostas da terceira rodada do painel de especialistas quanto à adequação do item 3.4 do instrumento de avaliação de conhecimentos e práticas de enfermeiros em cuidados paliativos, Maceió- AL, 2018.....	79

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Critérios de Fehring e Critérios de Fehring Modificados, Maceió, 2017.....	43
Quadro 2: Apresentação da síntese dos trabalhos incluídos na revisão integrativa. Maceió, 2018.	49
Quadro 3- Questionário para avaliação de conhecimentos e práticas sobre cuidados paliativos, 2017.....	54
Quadro 4 Questionário final para avaliação de conhecimentos e práticas de enfermeiros sobre cuidados paliativos, 2018.	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ABCP	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
EPM	Escola Paulista de Medicina
INCA	Instituto Nacional do Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
OMS	Organização Mundial de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
ESAS	Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton
CCPENF	Conhecimentos em Cuidados Paliativos na Enfermagem

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	13
2.	OBJETIVOS	17
2.1.	Objetivo Geral	17
2.2.	Objetivos Específicos	17
3.	REVISÃO DE LITERATURA.....	18
3.1.	Cuidado em Saúde.....	18
3.2.	Cuidados Paliativos	18
3.3.	A enfermagem e os Cuidados Paliativos	27
3.4.	Habilidades e Competências necessárias para atuação de enfermeiros em Cuidados Paliativos	28
3.5.	Construção e Validação de instrumentos.....	30
4.	METODOLOGIA	37
4.1.	Desenho do estudo.....	37
4.2.	Logística e estrutura da pesquisa.....	37
4.2.1.	Primeira fase.....	38
4.2.2.	Segunda fase.....	40
4.2.3.	Terceira fase	41
4.2.3.1.	Sujeitos do estudo-os especialistas	42
4.2.4.	Coleta de dados da Terceira fase.....	44
4.3.	Análise dos dados	46
4.4.	Aspectos éticos	47
5.	RESULTADOS.....	48
5.1.	Primeira fase.....	48

5.1.1.	Revisão integrativa	48
5.1.2.	Construção do instrumento de medida.....	52
5.2.	Segunda fase.....	55
5.2.1.	Seleção dos peritos na primeira rodada do painel de especialistas	55
5.2.2.	Primeira Rodada do Painel de Especialistas	57
5.2.3.	Seleção dos peritos na segunda rodada do painel de especialistas.....	67
5.2.4.	Segunda Rodada do Painel de Especialistas	68
5.3.	Versão Final do Questionário.....	80
6.	DISCUSSÃO	82
6.1.	Discussão da revisão integrativa	82
6.1.1.	Conceitos, fundamentos, princípios e indicações em cuidados paliativos.....	82
6.1.2.	Controle de sintomas e comunicação	83
6.1.3.	Procedimentos em cuidados paliativos	85
6.2.	Caracterização dos peritos na primeira rodada do painel de especialistas.....	87
6.3.	Primeira rodada do painel de especialista	90
6.4.	Caracterização dos peritos na segunda rodada do painel de especialistas	93
6.5.	Segunda rodada do painel de especialistas.....	94
7.	CONCLUSÃO	99
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
	APÊNDICE 1	112
	APÊNDICE 2	117

1. INTRODUÇÃO

O Cuidado Paliativo é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma abordagem que tem o objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares quando há problemas associados a doenças degenerativas que ameaçam a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2002).

A OMS considera os cuidados paliativos uma necessidade humanitária urgente em todo o mundo para pessoas com câncer e outras doenças ameaçadoras de vida. Nos países menos desenvolvidos, assumem uma particular importância, porque uma alta parcela dos pacientes é diagnosticada em estágios avançados de doença, quando os tratamentos curativos já não são efetivos (RIBEIRO, 2014).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que 40 milhões de pessoas necessitam de cuidados paliativos em fase final de vida, sendo que 78% delas vivem em países pobres ou em desenvolvimento. Ainda em nível mundial, apenas 14% das pessoas que necessitam de cuidados em fase final de vida têm acesso a esse tipo de cuidado (WHO, 2015). Apesar do crescente investimento em tecnologia e terapêutica em saúde, falta ainda estruturação dos serviços de saúde para atender à crescente população de idosos e portadores de doenças crônicas (FLORIANI; SCHRAMM, 2007).

No Brasil, o envelhecimento da população, o aumento da incidência de câncer e a emergência da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) geram uma necessidade crescente de que os cuidados paliativos sejam ofertados no país (FLORIANI, 2008).

A história dos cuidados paliativos no Brasil é recente, iniciativas isoladas e discussões a respeito do assunto são encontradas desde os anos 70. Contudo, foi nos anos 90 que começaram a aparecer os primeiros serviços organizados, ainda que de forma experimental. Vale ressaltar o pioneirismo do Prof. Marco Túlio de Assis Figueiredo, que abriu os primeiros cursos e atendimentos com filosofia paliativista na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP). Outro serviço importante e pioneiro no Brasil é o do Instituto Nacional do Câncer (INCA), do Ministério da Saúde, que inaugurou em 1998 o Hospital Unidade IV, exclusivamente dedicado aos CP (ANCP, 2016).

A primeira tentativa de congregação dos paliativistas brasileiros aconteceu em 1997 com a fundação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), que propunham

prática de divulgação da filosofia dos cuidados paliativos no Brasil (ANCP, 2016). Posteriormente, em 2005, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) foi fundada por um grupo de profissionais interessados no assunto. Com a ANCP, avançou a regularização profissional, estabeleceram-se critérios de qualidade para os serviços de cuidados paliativos, realizaram-se definições precisas do que é e o que não é cuidado paliativo e levou-se a discussão para o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação (ANCP, 2016).

São poucos os serviços de Cuidados Paliativos no Brasil. Menor ainda é o número daqueles que oferecem atenção baseada em critérios científicos e de qualidade. A maioria dos serviços ainda requer a implantação de modelos padronizados de atendimento que garantam a eficácia e a qualidade (ANCP, 2016).

Não se tem ao certo o quantitativo e o perfil dos serviços de cuidados paliativos no Brasil, na tentativa de se ter essa representação, em 2012 e 2014 foi organizado pelo hospital Premier o Encontro Brasileiro de Serviços de cuidados paliativos, que gerou uma publicação sobre o perfil desses serviços no Brasil. Participaram desse encontro, 68 serviços brasileiros de cuidado paliativo, metade destes estão localizados no estado de São Paulo (50%), foi retratado que o modelo de atendimento mais prevalente é o do tipo ambulatorial (53%), a população típica é mista, isto é, oncológicos e não oncológicos (57%), prevalece a assistência a adultos (88%) e idosos (84%), e o modelo de financiamento mais comum é o público (51%) (OTHERO, 2015).

O Ministério da Saúde vem consolidando formalmente os cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do País, por meio de portarias e documentos, emitidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pelo próprio ministério da saúde. Ainda que de forma lenta há um crescimento expressivo dos cuidados paliativos no Brasil, entretanto, muitos profissionais, por desconhecerem a sua filosofia, sentem-se receosos, tendo em vista que suas ações podem ser interpretadas como abreviar o tempo de vida ou prolongar o tempo de morte (ANCP, 2016)

A formação do profissional em cuidados paliativos deve desenvolver, entre outras, as habilidades de comunicação, o trabalho em equipe, a competência na condução diante da doença em estágio terminal e o manejo de drogas específicas, além das técnicas de suporte, de enfrentamento da morte e do luto que pacientes e familiares necessitam (KÓVACS, 2003).

Há muitos profissionais de saúde que, ao cuidarem de pacientes próximos da morte, para não formar laços mais estreitos, realizam suas atividades de maneira mais rotineira, dando ênfase apenas aos aspectos técnicos. Tal despreparo para lidar com a morte tem como causas questões culturais, espirituais e o ensino na área de saúde, que enfatiza a formação técnico-científica, deixando de lado a abordagem dos aspectos emocionais, espirituais e sociais (KÓVACS, 2003).

Estudos realizados no Brasil mostram uma lacuna na formação dos profissionais de saúde no que tange aos cuidados paliativos, assim como o seu reconhecimento da necessidade dessa formação (DUARTE, 2015; LIMA, 2017). Existem vários desafios a serem vencidos e dentro deles está a possível deficiência na educação de profissionais, onde o ensino dos cuidados paliativos vem sendo pouco abordado no currículo da graduação dos profissionais de saúde (DUARTE, 2015).

Se tratando da formação de enfermeiros em cuidados paliativos durante a graduação no Brasil, pode-se dizer que é claramente insuficiente. Uma vez que muitos cursos de enfermagem não apresentam em sua grade curricular disciplinas que abordem esta temática (CRUZ et al, 2016).

Apesar do cuidado paliativo se tratar de uma especialidade, o enfermeiro generalista pode ter contato frequente com pacientes que apresentem diagnóstico de doenças ameaçadoras a vida. Então, é necessário que este tenha um conhecimento mínimo sobre métodos e procedimentos nesta área de atuação (LIMA, 2017).

Nessa perspectiva, torna-se imprescindível capacitar os profissionais de enfermagem para atender essa crescente demanda de pacientes com doenças crônicas. Para isto, é necessário um instrumento que avalie os conhecimentos e as práticas de enfermeiros em cuidados paliativos, para que se possa traçar um panorama atual da enfermagem nesta área e conseqüentemente da qualidade dos serviços oferecidos em todos os níveis de atenção à saúde.

De tal modo, levando em consideração estas necessidades buscou-se, por meio da revisão de literatura encontrar um instrumento que pudesse avaliar o que sabem e como atuam os enfermeiros no cuidado paliativo, no entanto, não foi encontrado nenhum questionário validado que pudesse avaliar tais questões. Diante deste cenário, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: Como podemos mensurar o nível de conhecimento e de práticas dos enfermeiros sobre cuidados paliativos? Na busca em responder esta questão traçou-se o objetivo geral deste

estudo que foi desenvolver um instrumento de avaliação dos conhecimentos e práticas acerca dos cuidados paliativos direcionado a enfermeiros.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Desenvolver um instrumento validado de avaliação dos conhecimentos e práticas acerca dos cuidados paliativos direcionado a enfermeiros.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar, na literatura, boas práticas da enfermagem nos cuidados paliativos;
- Construir as dimensões relativas as competências e habilidades necessárias para a atuação da enfermagem nos cuidados paliativos;
- Construir um instrumento que avalie conhecimentos e práticas de enfermeiros em cuidados paliativos;
- Validar junto a enfermeiros especialistas, o conteúdo de um instrumento de avaliação dos conhecimentos e práticas de enfermeiros em cuidados paliativos.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Cuidado em Saúde

Cuidar faz parte da existência humana desde o nascimento até a finitude, e se constitui uma necessidade primordial do homem no processo de viver. O ato de cuidar contempla o componente humanístico ao promover a continuidade da espécie humana de modo saudável e se insere no contexto da liberdade e da autonomia, tanto no âmbito individual quanto no âmbito coletivo, visto que cuidar propicia condições para uma vida saudável e em benefício do bem comum (COLLIÈRE, 2003).

O verbo “cuidar” é, hoje em dia, utilizado com diversas acepções e a sua abrangência é bastante vasta. É comum ouvirmos expressões do tipo “fazem-se cuidados”, “prestam-se cuidados ou cuida-se” e “agir com cuidado ou ter atenção a”. Estes cuidados não se referem apenas a pessoas, mas também a plantas, animais e objetos. Fala-se de cuidados médicos, cuidados de enfermagem, instituições de cuidados, sistemas de cuidados e, inclusivamente, em cuidados de beleza (HESBEEN, 2000). Mas o que é o cuidado? O que significa cuidar, para nós profissionais de saúde?

O vocábulo “cuidado” deriva do termo cuidar e o seu significado varia de acordo com a conjuntura da qual esteja tratando, seja uma ação, uma atitude ou uma forma de agir. Enfim, cuidar é complexo: é uma arte, é um valor, é uma ciência e engloba não apenas os grandes aspectos, mas muito mais as pequenas ações que, por muitas vezes, não nos damos conta no nosso cotidiano (WALDOW, 1999; HESBEEN, 2000; WATSON, 2002).

O Cuidar envolve várias dimensões, de tal maneira que não se pode contentar apenas com os atos realizados, com o discurso de que se está fazendo isso ou aquilo com cuidado ou com atenção, com precisão e segurança. Isso não basta, ainda que seja importante, pois o ser humano não se limita a um corpo-objeto no qual se pode aplicar os conhecimentos e as técnicas de um ou mais grupos profissionais, por mais brilhantes, sofisticadas e modernas que sejam. É o ser enquanto ser, enquanto corpo-sujeito, que tem necessidade de sentido, que exige atenção e zelo – é um ser complexo. É aí que se encontra a distinção que determina o que é tratar uma pessoa e cuidar de uma pessoa (HESBEEN, 2000; COLLIÈRE, 2003).

3.2. Cuidados Paliativos

A expressão “paliativo” advém do latim *pallium*, que significa coberta ou manta. Seu uso era empregado em situações de doença em que, na ausência de tratamentos específicos

curativos, os sintomas deveriam ser “acobertados” ou “tapados” (PESSINI, 2001). O conceito de cuidados paliativos foi introduzido em meados de 1960 na Inglaterra por Dame Cicely Saunders que, fundadora do St. Christopher Hospice em Londres, descreveu a filosofia do cuidar da pessoa em processo de terminalidade com diagnóstico de doença incurável (BOULAY; RANKIN, 2007).

As práticas dos cuidados paliativos surgiram, inicialmente, com o movimento “hospice” moderno, contudo o estilo “hospices” remontam ao século IV. A palavra é de origem francesa e traduzida do vocábulo latino *hospitium*, cujo significado é “hospedagem, hospitalidade” transmitindo um sentimento de acolhimento. *Hospitium*, para além de um local, um espaço, simboliza também um vínculo estabelecido entre as pessoas, reforçado por um movimento que se destacou pela valorização do ser humano nas relações com o próximo (MILICEVIC, 2002).

Em 1982 a OMS, a partir dos trabalhos desenvolvidos pelo comitê de estudos sobre o câncer, criou um grupo de trabalho com o objetivo de definir políticas direcionadas ao alívio da dor e sofrimento dos pacientes com câncer, aliando-as aos princípios filosóficos do movimento hospice moderno que tem disseminado orientações de cuidados à pessoa em processo de terminalidade, recomendadas a todos os países. A partir de então, a OMS passou a adotar a expressão Cuidados Paliativos nas suas publicações e nas suas linhas de estudos e pesquisas. A opção do uso da expressão cuidados paliativos e não do termo hospice se deu em função das dificuldades de tradução fidedigna do termo em alguns idiomas, além de que a expressão Cuidados Paliativos já havia sido usada no Canadá em 1975 (MACIEL, 2008).

Em 1990, a OMS definiu pela primeira vez para 90 países e em 15 idiomas o conceito e os princípios de cuidados paliativos, reconhecendo-os e recomendando-os. Tal definição foi inicialmente voltada para os portadores de câncer, preconizando-os na assistência integral a esses pacientes, visando os cuidados de final de vida. Junto com a prevenção, diagnóstico e tratamento, os cuidados paliativos passam a ser considerados um dos pilares básicos da assistência ao paciente oncológico (WHO, 2007).

A primeira definição de cuidados paliativos publicada pela OMS em 1990 dizia que: “Os cuidados ativos e totais aos pacientes quando a doença não responde aos tratamentos curativos, quando o controle da dor e de outros sintomas (psicológicos, sociais e espirituais) são prioridades e o objetivo é alcançar a melhor qualidade de vida para pacientes e familiares” (WHO, 1990).

Este conceito foi superado por tornar subjetiva a avaliação acerca de quando seria o momento de decretar a falência de um tratamento; como definir essa doença fora de possibilidade, já que “a maioria das doenças é absolutamente incurável: o tratamento visa ao controle de sua evolução e para tornar essas doenças crônicas. Poucas vezes, a cura é uma verdade em medicina” (MACIEL, 2008).

Em 2002, o conceito foi revisto e ampliado, incluindo a assistência a outras doenças como AIDS, doenças cardíacas e renais, doenças degenerativas e doenças neurológicas. Em 2004, um novo documento publicado pela OMS, *The solid facts - Palliative Care*, reitera a necessidade de incluir os cuidados paliativos como parte da assistência completa à saúde, no tratamento a todas as doenças crônicas, inclusive em programas de atenção aos idosos (WHO, 2007).

O conceito atual da OMS amplia o horizonte de ação dos cuidados paliativos, podendo ser adaptado às realidades locais, aos recursos disponíveis e ao perfil epidemiológico dos grupos a serem atendidos: “Cuidado Paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, o que requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual” (WHO, 2007).

A OMS estabeleceu nove princípios básicos para os cuidados paliativos. Estes princípios foram publicados em 1986 e reafirmados em 2002 (WHO,1990). Apesar do conceito de cuidado paliativo ter sido atualizado, seus princípios continuaram valendo de acordo a primeira publicação:

1. *Oferecer alívio da dor e de outros sintomas que causem sofrimento.*
2. *Considerar a morte como um processo natural da vida.*
3. *Não apressar ou adiar a morte*
4. *Integrar aspectos psíquicos e espirituais nos cuidados paliativos.*
5. *Oferecer um sistema de apoio para ajudar o paciente a viver tão ativamente o quanto possível até a morte.*
6. *Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família no enfrentamento da doença do paciente e em seu próprio processo de luto.*

7. *Manter uma equipe que possa atender as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo consultas de luto, se necessárias.*
8. *Ampliar a qualidade de vida de forma a influenciar positivamente a evolução da doença.*
9. *Aplicar desde o início da doença, em conjunto com as outras terapias que pretendem prolongar a vida como a Quimioterapia e a Radioterapia, e incluir as investigações necessárias para se melhor compreender e trabalhar as complicações clínicas dolorosas.*

A OMS pontua ainda que se deve iniciar o tratamento paliativo o mais precocemente possível, concomitantemente ao tratamento curativo, utilizando-se todos os esforços necessários para melhor compreensão e controle dos sintomas. E que ao buscar o conforto e a qualidade de vida por meio do controle de sintomas, pode-se também possibilitar mais dias de vida (WHO, 2007).

Os cuidados paliativos estão alicerçados dentro de um modelo de cuidados totais, ativos, integrais e legitimados pelo direito de morrer com dignidade. Essa modalidade de assistência valoriza a cultura, a espiritualidade, as tradições, os desejos e as crenças que permeiam o fim da vida do paciente com enfermidade sem terapêuticas de cura (GERMANO; MENEGUIN, 2013).

Em se tratando dos Cuidados Paliativos, a partir das definições inter-relacionadas e apresentadas anteriormente, pode-se observar que existem quatro áreas centrais, a serem adotadas como foco de atenção por parte da equipe de cuidados paliativos, e no presente estudo, dando-se ênfase à equipe de enfermagem, conforme apresentadas na figura a seguir (Figura 1).



Figura 1: Áreas centrais dos Cuidados Paliativos, SILVA, 2014.

As áreas centrais dos cuidados paliativos buscam estender-se muito para além do alívio dos sintomas físicos, mas integrar os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais das práticas de cuidados, possibilitando à pessoa uma preparação para a sua morte de forma tão completa, complexa e construtiva quanto possível, o que se pressupõe integração entre as pessoas envolvidas (paciente/família/equipe), dotadas de um processo de comunicação adequado em prol do controle dos sintomas de dor física, psicológica, social e espiritual – dor total (CLARK, 1999) e superando grande desafio do trabalho em equipe: gerir os conflitos de forma construtiva e criativa, em prol de um bem comum, o respeito pela autonomia e bem estar da pessoa em cuidados paliativos (TWYXCROSS, 2003).

A seguir, apresentam-se as áreas centrais dos cuidados paliativos, de modo a possibilitar um melhor entendimento destas, a fim de facilitar o julgamento crítico do enfermeiro quando do planejamento da assistência de enfermagem à pessoa em Cuidados Paliativos.

A **comunicação** é intrínseca ao comportamento humano e permeia todas as suas ações no desempenho de suas funções. Etimologicamente, a palavra comunicar origina-se do latim *communicare*, que significa pôr em comum. Assim, a comunicação pode ser compreendida como uma técnica de trocas e de compreensão de mensagens, emitidas e recebidas, mediante as quais as pessoas se percebem e partilham o significado de ideias, pensamentos e propósitos (MATSUMOTO, 2012).

Uma vez que neste contato humano ocorre a transmissão de mensagens, por meio da fala ou de sinais não verbais, o conhecimento de técnicas ou estratégias de comunicação interpessoal que sejam facilitadoras da interação e possam transmitir atenção, compaixão e conforto são de suma importância. Independente da área de formação básica ou da categoria profissional, todos os profissionais de saúde necessitam deste conhecimento, uma vez que convivem em seu cotidiano com pessoas que estão vivenciando o fim da vida, nos mais diferentes cenários (ARAÚJO; SILVA, 2012).

Na comunicação de notícias difíceis, deve-se buscar uma comunicação aberta e ativa, em um processo de confiança e vínculo com o paciente e a família, considerando-se sempre a disponibilidade de informações através da verdade lenta e progressivamente suportável. Ressalta-se que o trabalho - para ser efetivo - deve ser feito em equipe interdisciplinar, propiciando a real melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares (GOMES; OTHERO, 2016).

No âmbito da Enfermagem, a comunicação representa uma estratégia de suma relevância para a prática dos cuidados paliativos. E quando subsidiada por uma relação de atitude, cooperação, sentimento e sensibilidade, este instrumento é um importante impulsionador da relação entre o enfermeiro e o paciente em fase terminal (MULLAN; KOTHE, 2010).

Vale salientar que a comunicação vai muito além das palavras e do conteúdo, uma vez que contempla a escuta atenta, o olhar e a postura, porquanto o emprego eficaz desse recurso é uma medida terapêutica comprovadamente eficiente para pacientes que dele necessitam, sobretudo os que se apresentam em fase terminal (RODRIGUES; FERREIRA; MENEZES, 2010).

Nessa perspectiva, a comunicação adequada é considerada um método fundamental para o cuidado integral e humanizado porque, por meio dela, é possível reconhecer e acolher, empaticamente, as necessidades do paciente, bem como de seus familiares. Quando o enfermeiro utiliza esse recurso de forma verbal e não verbal, permite que o paciente possa participar nas decisões e cuidados específicos relacionados com a sua doença e, dessa forma, obtenha um tratamento digno (MULLAN; KOTHE, 2010).

Outro aspecto da comunicação diz respeito à comunicação entre os membros da equipe. E, o trabalho em equipe é condição essencial para a assistência paliativista, haja vista ser na

comunicação que reside a adequação e a harmonia do trabalho em equipe. As mesmas autoras reforçam que uma das características fundamentais do trabalho em equipe é a consciência e o adequado uso da comunicação interpessoal (ARAÚJO et al. 2012).

No que se refere à prevenção e **controle de sintomas**, de Simone e Tripodoro (2006) afirmam como é fundamental considerar a definição de sintoma como tudo aquilo que o paciente avalia como um problema. Saunders cunhou o conceito de dor total, pelo qual é possível compreender que não são somente os componentes físicos da dor que devem ser considerados. Atualmente, expande-se tal conceito para quaisquer sintomas, ou seja, coloca-se como fundamental evidenciar o caráter individual e subjetivo dos sintomas, bem como a interação entre fatores biológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais, sociais e culturais na determinação, interpretação e expressão de qualquer sintoma apresentado pelo paciente, sempre com atenção aos detalhes.

De acordo com Costa e Othero (2014), a prevenção e o controle de sintomas são um "núcleo duro" da assistência em cuidados paliativos. Ainda que existam especificidades de cada área profissional, todos que atuam devem ser capazes de identificar sintomas e conhecer técnicas básicas de manejo e/ou seus encaminhamentos. Escuta, apoio e orientação aos familiares são inerentes aos cuidados.

A dor é o sintoma que exerce grande impacto sobre a qualidade de vida indivíduo, influenciando humor, mobilidade, sono, ingestão alimentar e atividades da vida diária. Outros sintomas como anorexia, depressão, ansiedade, constipação, disfagia, dispneia, astenia igualmente acometem o paciente, afetando as relações sociais, familiares e de trabalho. Por este motivo, o controle dos sintomas possibilita que o indivíduo possa realizar o que considera importante, proporcionando uma finitude digna e com sofrimento reduzido (PERES et al, 2007; DA SILVA; HORTALE, 2006).

O apoio a família também deve ser contemplado nos cuidados paliativos, uma vez que ela compartilha do sofrimento do paciente. Assim, o objeto de cuidado dos profissionais da saúde considerados paliativistas não é apenas o doente e sua doença; amplia-se para a rede de relações familiares, existindo ainda, preocupação com o processo de luto antes e após o óbito do doente. As vantagens dos cuidados paliativos pautam-se na possibilidade de melhor enfrentamento da morte, promovendo sua aceitação e minimizando o sofrimento físico e psicológico, tanto do paciente como de sua família (BURLÁ, 2006). Portanto, diante de um

paciente que recebe assistência paliativa, torna-se fundamental a participação ativa da família no processo.

Baseando-se na definição de cuidados paliativos da OMS, que preconiza a busca da qualidade de vida dos familiares do paciente em processo de morrer, e o suporte para o enfrentamento deste processo, salienta-se que é fundamental conhecer o perfil do cuidador familiar, atentando-se para a subjetividade da tarefa de cuidar, pois esse conhecimento possibilitará a eficácia do planejamento e da implementação do cuidado e, conseqüentemente, sucesso na qualidade da assistência prestada (FLORIANI, 2004).

E, ao falar em família, não se pode deixar de mencionar os aspectos inerentes ao cuidado com os familiares no processo de construção do luto. Todos passam por uma perda, que é comum e, ao mesmo tempo, única (BARBOSA, 2010). Comum porque todos vivenciam a separação e perda do seu ente querido com a morte e; única, pois cada perda tem o seu significado específico para cada pessoa.

O luto é entendido como um entrelace de reações psíquicas conscientes ou não a uma perda importante. É um processo doloroso, e vai além do âmbito individual e repercute na vida de todos que o convivem, direta ou indiretamente. É uma experiência dolorosa, porém faz parte da existência humana, pela qual se precisa passar (MOON, 2013).

Existem três tipos de luto: o antecipatório, que é caracterizado pela perda esperada vivida pelo paciente e por sua família, na fase entre o diagnóstico e a morte propriamente dita; o normal, ou luto no tempo certo, que se caracteriza como o evento depois da morte; e o complicado, quando a angústia diante da perda podem variar desde a dor da ausência, até uma tristeza muito intensa, que pode aparecer ideias suicidas e sintomas psicóticos (BASSO; WAINER, 2011).

O luto representa, essencialmente, a resposta a um fato desestruturante e inevitável, e que todos os seres humanos irão vivenciar em algum momento no decorrer de suas vidas. Diante disto, a inserção dos cuidados paliativos pode desenvolver condições para aceitar melhor essa nova realidade (SOUZA; PERES, 2012).

Assim, levando em consideração que os cuidados paliativos consideram a família uma unidade de cuidado que também deve receber assistência durante todo o tempo de acompanhamento de seu paciente, prosseguindo até depois de seu óbito, no período de luto, é

de extrema importância ter uma equipe de âmbito interdisciplinar e interprofissional para que o atendimento em cuidados paliativos possa alcançar a sua excelência.

A literatura é escassa em pesquisas que apresentam um modelo conceitual de **trabalho em equipe** que seja bem formulado, assim como de uma definição universal do que seja uma equipe. O uso de terminologia variada e indiscriminada para designar a atuação em equipe prejudica a compreensão do que seja efetivamente esse tipo de trabalho. Utiliza-se frequentemente e de modo errôneo como sinônimo os termos “trabalho em grupo” e “trabalho em equipe”, assim como “multidisciplinar” e “interdisciplinar (O’CONNOR et al, 2006; ABREU et al, 2005).

Os grupos de trabalho podem ser compreendidos como um conjunto de pessoas que interagem para partilhar informações e tomar decisões que auxiliem cada membro a desempenhar suas tarefas individualmente, sendo a responsabilidade também individualizada. Já as equipes de trabalho são formadas por indivíduos que também interagem para partilhar informações e tomar decisões, porém guiadas para uma meta única, gerando sinergia positiva, cujo resultado é maior do que a soma da atuação isolada dos profissionais e a responsabilidade de seus membros é tanto individual quanto coletiva (ABREU et al, 2005). Equipes constituem formas mais aprimoradas de grupos de trabalho e o que determina esse desenvolvimento é o esforço coletivo na busca de objetivos e metas comuns, além da confiança e respeito mútuos.

De acordo com o modo que essas equipes relacionam-se, comunicam-se e integram suas disciplinas pode-se utilizar o prefixo “multi”, “inter” ou até “trans”. Equipes multidisciplinares são aquelas compostas por profissionais de várias disciplinas, que tendem a cuidar dos pacientes de modo independente e sem interação direta, compartilhando informações de maneira indireta quando necessário, geralmente por escrito (O’CONNOR. et al, 2006).

O termo interdisciplinar deve denominar equipes onde os profissionais trabalham interagindo diretamente, combinando conhecimentos e compartilhando as atividades para atingir um objetivo conjunto e único, o cuidado do paciente (O’CONNOR. et al, 2006).

Em relação a transdisciplinaridade ainda há poucas pesquisas produzidas. Mas, segundo Araújo (2012) trabalhar em equipes transdisciplinares significa relacionar-se rotineiramente com colegas que possuem diferentes saberes e maneiras de interpretar. Para que sejam bem-sucedidos em seus propósitos interacionais, seus membros devem saber ouvir, interpretar e

aproximar as diferentes áreas profissionais, além de saber conviver de modo harmônico, respeitando-se as diferenças.

A proposta de trabalho em equipe em cuidados paliativos deve ser interdisciplinar ou transdisciplinar (MORIN, 1998), frente à multidimensionalidade das necessidades dos indivíduos que vivenciam o processo de morrer e à demanda pela ação integral e conjunta de profissionais de saúde em prol do objetivo comum, a melhora da qualidade de vida do paciente. Somente com a concordância entre os membros da equipe que atuam articulando em torno desse objetivo único seus saberes procedentes das diferentes disciplinas, tomando decisões e resolvendo problemas juntos, com cooperação recíproca e complementaridade de ações é possível atingir a eficácia, a eficiência e a efetividade da assistência ao ser humano em situação de dor e sofrimento ao fim da vida (ARAÚJO, 2012).

3.3. A enfermagem e os Cuidados Paliativos

Boff (1999) relata que o cuidado ao ser humano ferido, doente ou incapacitado era visto pelos gregos como algo divino, tamanha era sua importância. Afirma que onde existe cuidado é o local no qual se desenvolve a autenticidade da vida humana.

Este relato é, facilmente, observado ao longo da história, no qual, concomitantemente à evolução das doenças, observou-se o surgimento de cuidadores, pessoas que perante o sofrimento e a dor, desenvolviam sentimentos de solicitude para com seus semelhantes (SALES; SILVA, 2011).

Os mesmos autores afirmam que o enfermeiro tem como objetivo ao prestar cuidado ao ser humano, observar a sua totalidade através de conhecimentos e habilidades, seja no ambiente hospitalar, ambulatorial ou domiciliar.

Quando se fala em cuidar, a Enfermagem tem uma grande identificação ao assumir esse fenômeno como objeto de estudo. No estudo de Seymour (2004) é realizado uma análise sobre como a “Enfermagem em Cuidados Paliativos” é descrita na literatura. Evidenciou-se que tal expressão surgiu primeiramente no Reino Unido em 1989 por um grupo de especialistas do *Royal College of Nursing*, interessados em discutir a atuação do enfermeiro nos cuidados de pacientes com câncer, bem como toda a história da origem dos cuidados paliativos.

A autora chama atenção para o fato de que houve ampla discussão sobre o papel do enfermeiro clínico como especialista em cuidados paliativos, principalmente porque a maioria

dos pacientes com necessidade de cuidados paliativos são cuidados por enfermeiros que não são peritos na área, o que é muito comum no Brasil. Eles adentram no mercado de trabalho em serviços de cuidados paliativos sem a devida qualificação e formação na área (SEYMOUR, 2004).

Na equipe multidisciplinar de cuidados paliativos, os profissionais de enfermagem estão na linha de frente para prover cuidado, conforto e aconselhamento de famílias e pacientes. Nesta interação, o sucesso na execução do cuidado advém da relação estabelecida entre paciente-enfermagem e do interesse e vontade desses para exercer os cuidados ao fim da vida (KIRBU et al, 2014).

3.4. Habilidades e Competências necessárias para atuação de enfermeiros em Cuidados Paliativos

O lidar com a morte e o morrer no cotidiano dos enfermeiros associado a inexperiência clínica, a falta de treinamentos e suporte emocional adequados, são apontados como obstáculos ao atendimento de qualidade a pacientes que encontram-se em final de vida, e em última instância, influenciam na expressão da competência desses profissionais (POWAZKI, et.al, 2013).

A competência revela-se no saber agir responsável que é reconhecido pelos outros, numa dinâmica que implica em saber mobilizar, integrar e transferir recursos, conhecimentos e habilidades em um determinado contexto profissional (SOUSA;ALVES, 2015).

Nesta prática ações objetivas de cunho pragmático como o controle da dor, domínio da técnica de hipodermóclise, curativos nas lesões malignas cutâneas frequentemente ditas “feridas tumorais”, técnicas de comunicação terapêutica, cuidados espirituais, zelo pela manutenção do asseio, da higiene, medidas de conforto, gerenciamento da equipe de enfermagem, e o trabalho junto às famílias e comunicação com a equipe multidisciplinar, são requisitos fundamentais para a melhor atuação do enfermeiro em Cuidados Paliativos (O’CONNOR;ARANDA, 2008).

Essas práticas descritas anteriormente proporcionam a promoção significativa de alívio do sofrimento e medidas de conforto para quem necessita do cuidado paliativo e qualificam o enfermeiro para atuar nessa modalidade de cuidado.

Os profissionais de enfermagem, ao comporem a equipe multidisciplinar de cuidado paliativo, assumem papel primordial e de liderança no planejamento do cuidado. Cuidado esse

voltado para o conforto e aconselhamento de famílias e pacientes (HERMES; LAMARCA, 2013).

No entanto, Nunes (2015) demonstra preocupações éticas da equipe de enfermagem que surgem no atendimento a pacientes em cuidado paliativo, principalmente àqueles em fase final de vida. A equipe precisa ter competência para lidar com a dignidade da pessoa diante da proximidade da morte e com todos os cuidados relacionados à dimensão físico-biológica.

Para Paiva, Almeida e Damasio (2014), além do aspecto hospitalar, deve-se buscar nova perspectiva de visão, na qual o paciente seja compreendido pela equipe de enfermagem como um indivíduo pertencente a uma realidade social e seus aspectos biopsicossociais sejam respeitados.

O cuidado do final de vida, que analisa aspectos sobre a definição do tratamento de pacientes terminais e o processo de morte e morrer, torna-se dilema ético e tem despertado questionamentos de natureza jurídica, o que exige nova competência para quem está à frente do planejamento dos cuidados (KIPPER, 2003).

De acordo com Beauchamp e Childress (2002), dilemas são questionamentos complexos. Neste sentido, surge a Bioética, ciência que fundamenta-se em várias metodologias éticas com olhar multiprofissional, procura responder a vários dilemas, e apresenta harmonização para a vida dos seres humanos. A Bioética é a ciência que se baseia na busca do bom e certo, estuda os dilemas relacionados à vida do homem e estabelece maneiras para que as decisões sejam escolhidas e assumidas por quem está à frente, como por exemplo, no caso das decisões de final de vida definidas pelos profissionais de saúde.

A tomada de decisão ética requer conhecimento prévio sobre os assuntos éticos, além da aplicação de um método praticado, que envolva o cuidado. Por outro lado, a tomada de decisão, segundo Noone (2002), é um processo essencial da natureza humana. Por ser um importante componente da atuação profissional na enfermagem, está atrelado como um dos domínios da prática. Uma vez que a equipe de enfermagem é a que permanece por mais tempo junto ao paciente em cuidado paliativo e diariamente se depara com questões éticas próprias que envolvem este tipo de cuidado.

Para Hermes e Lamarca (2013) o papel do enfermeiro em cuidados paliativos é o de oferecer assistência para que o paciente consiga maior autonomia possível e conserve sua dignidade até a morte. Além disso, a equipe de enfermagem auxiliará o paciente em vários

processos, como na aceitação do diagnóstico, no processo de convívio com a doença e no apoio à família nos períodos anteriores e posteriores à morte.

Para que esses cuidados sejam realizados de maneira efetiva, tem-se na comunicação a base fundamental para se estabelecer as relações pessoais. Em pacientes com prognóstico reservado, a comunicação converte-se, muitas vezes, na única possibilidade de suporte e tratamento que doente e família recebe. Somente por meio da comunicação pode-se descobrir como o paciente se sente, quais são suas necessidades, e portanto, oferecer ajuda adequada. A boa comunicação melhora a adesão ao tratamento, diminui o nível de estresse na prestação do cuidado, e conseqüentemente melhora a qualidade de vida do paciente (POLASTRINI; YAMASHITA; KURASHIMA, 2011).

Não há um instrumento específico que avalie o conhecimento e a prática de enfermeiros em cuidados paliativos, destacando que ainda não se tem um panorama atual de como está a atuação do enfermeiro nesta área.

Os enfermeiros apesar de terem sido formados para terem uma visão holística na assistência ao paciente, são profissionais que carecem de um maior preparo em relação aos pacientes em fase final de vida. Segundo Brandão (2012) a equipe de enfermagem tem a preocupação em realizar os cuidados com qualidade e respeito aos direitos do paciente. Porém, a assistência ainda é prestada de forma mecanizada e voltada fortemente para o cuidado ao corpo físico e as rotinas inerentes ao processo de trabalho.

Portanto, é necessário favorecer o profissional de enfermagem na sua formação permanente, para ampliar o conhecimento sobre cuidado paliativo. É pela formação que o enfermeiro desenvolve as competências necessárias a um cuidar cientificamente fundamentado, tecnicamente perfeito e sempre no integral respeito pela pessoa, por cada pessoa, colocando-a no centro da sua intervenção. Deste modo, destaca-se a necessidade de um instrumento específico que avalie o conhecimento e a prática de enfermeiros em cuidados paliativos, para que se tenha um panorama atual de como está a atuação do enfermeiro nesta área.

3.5. Construção e Validação de instrumentos

A análise psicométrica compreende a avaliação da qualidade de um instrumento de medida baseada na prova de confiabilidade e de validade (FERREIRA; MARQUES, 1998). Pasquali (2009) explica que a psicometria dá o sentido das respostas dadas pelo avaliado e

estabelece o percurso metodológico necessário para se obter um instrumento revestido de qualidades métricas válidas para o que se espera.

Etimologicamente, psicometria representa a teoria e a técnica de medida dos processos mentais, especialmente aplicada na área da Psicologia e da Educação. Ela se fundamenta na teoria da medida em ciências em geral, ou seja, do método quantitativo que tem, como principal característica e vantagem, o fato de representar o conhecimento da natureza com maior precisão do que a utilização da linguagem comum para descrever a observação dos fenômenos naturais (ERTHAL, 2009).

Para Braga (2006) a psicometria é um ramo da estatística que estuda fenômenos psicológicos. Foi desenvolvida por estatísticos de formação e, por isso, ainda é definida como um ramo da estatística. Para os psicólogos, ela deve ser concebida como um ramo da psicologia que faz interface com a estatística.

Historicamente, a psicometria tem suas origens na psicofísica dos psicólogos alemães Ernst Heinrich Weber e Gustav Fechner. O inglês Francis Galton também contribuiu para o desenvolvimento da psicometria, criando testes para medir processos mentais; inclusive, ele é considerado o criador da psicometria. Foi, contudo, Leon Louis Thurstone, o criador da análise fatorial múltipla, que deu o tom à psicometria, diferenciando-a da psicofísica. Esta foi definida como a medida de processos diretamente observáveis, ou seja, o estímulo e a resposta do organismo, enquanto a psicometria consistia na medida do comportamento do organismo por meio de processos mentais (ERTHAL, 2009).

A validação na concepção de Raymundo (2009) é o processo de examinar a precisão de uma determinada conclusão a partir da realização de um teste. Cosendey et al., (2003) afirma que é um processo de estimativa do nível de cumprimento de um modelo ou de mensuração com sua realidade respectiva.

Almeida (2008) afirmou que este processo se refere ao grau pelo qual os resultados de uma aferição correspondem ao estado verdadeiro dos fenômenos que estão sendo medidos. Contrandiopoulos (1997) definiu como a capacidade do instrumento medir o fenômeno em estudo. Para Cunha et al., (2016) um teste apresenta validade quando se determina o grau de certeza de que o mesmo mensura o construto que propõe mensurar. A confiabilidade dada a um instrumento está embasada na fidelidade da repetição dos resultados obtidos, sendo uma condição crucial para a qualidade dos resultados da avaliação (CUNHA et al., 2016).

Mendonça e Guerra (2007) abordaram essa propriedade psicométrica como extensão em que medidas repetidas de um fenômeno relativamente estável situam-se próximas uma da outra, podendo ser verificada por testes específicos. Conrandiopoulos et al., (1997) definiram a confiabilidade como a capacidade de reproduzir resultados de forma consistente no tempo e no espaço, ou com observadores diferentes quando for utilizado corretamente. Diante da dificuldade de se possuir diversas concepções para o conceito de validade de um teste, frequentemente acontece confusão entre os conceitos de validade e confiabilidade. Dessa forma, construir um instrumento significa dar a este a capacidade de representar dados confiáveis por meio da mensuração, tendo por preocupação a aplicabilidade por parte de quem irá utilizá-lo.

A construção de um instrumento de coleta de dados visa documentar as informações de forma objetiva, científica e compreensiva, permitindo a identificação de diagnósticos e conseqüentemente, a determinação de ações gerando uma assistência de melhor qualidade ao que se deseja ser medido. Neste sentido, a validade de um teste começa no momento em que se pensa em construí-lo e subsiste durante todo o processo de elaboração, aplicação, correção e interpretação dos resultados (CUNHA et al., 2016).

A construção e a validação de instrumentos de pesquisa é um método bastante utilizado, uma vez que, tem sido percebido por muitos profissionais de enfermagem a necessidade de discutir esses conteúdos e constructos aplicados na prática diária, visto que nem sempre se encontram ferramentas capazes de medir fielmente esses eventos (CUCOLO; PERROCA, 2015).

No processo de elaboração de um instrumento de medidas, deve-se observar os aspectos de validade e confiabilidade. A validade está presente quando ele mede, de fato, o que se propõe a medir em relação a um determinado fenômeno investigado. A confiabilidade é a capacidade do instrumento apresentar medidas fiéis à realidade (DINI et al, 2014). Validar é um processo de investigação que começa na construção e subsiste durante as etapas de elaboração, aplicação, correção e interpretação dos resultados. A interpretação da validade de um teste também exige, por vezes, o cálculo de diferentes coeficientes (DINI et al, 2014; VITURI; MATSUDA, 2009).

A validade de um instrumento é o grau de acerto com que este mede o que está se propondo medir. Operacionalmente, três aspectos podem ser avaliados: a validade de conteúdo, a validade de critério e a validade de construto (DINI et al, 2014).

A **validade de conteúdo** refere-se ao julgamento sobre o instrumento, ou seja, se ele realmente cobre os diferentes aspectos do seu objeto e não contém elementos que podem ser atribuídos a outros objetos. Ela não é determinada estatisticamente, ou seja, não é expressa por um coeficiente de correlação, mas resulta do julgamento de diferentes examinadores especialistas, que analisam a representatividade dos itens em relação às áreas de conteúdo e à relevância dos objetivos a medir (POLIT; BECK, 2004).

Ao empregar a validação de conteúdo busca-se assegurado que os itens de um instrumento cobrem e representem adequadamente o que é medido. Para tanto, seu delineamento metodológico perpassa pelo desenvolvimento de uma medida e a construção ou reconstrução do instrumento de medida, o qual apresenta alguns procedimentos específicos a seguir (VITURI; MATSUDA, 2009).

Definida por Pasquali (2003) como análise teórica dos itens, esta etapa descreve o teste da força científica da medida e tem como objetivo verificar a clareza e pertinência dos itens do instrumento. Esta verificação ocorre mediante a opinião de juízes ou especialistas, ou ainda experts, que realizarão análise teórica do instrumento. Os juízes serão responsáveis por avaliar se os itens estão se referindo ao construto em questão e se o conteúdo dos itens em relação aos objetivos de medida é adequado (PILATTI; GUTIERREZ, 2010). As principais técnicas para determinação de consenso quando se fala de validação com características psicométricas é a metodologia Delphi e a Técnica do Grupo Nominal (NGT) (COSENDEY et al., 2003).

A técnica do Grupo Nominal (NGT), também denominada de método Delbecq, é um procedimento sensível, o qual permite que um grupo de peritos possa selecionar fazer julgamentos e estimular sugestões para explicar o fenômeno estudado. Esta é muito utilizada para situações em que requerem decisões em grupo (ESCOVAL, 2006). O planejamento do teste tem grande influência na validade de conteúdo, pois é, nesse momento, que se organiza uma amostra representativa de conhecimentos, de processos cognitivos e de comportamentos. Nessa fase, os juízes devem relacionar os diversos itens do instrumento com o intuito de uniformizar o conteúdo com os resultados obtidos.

A técnica do grupo nominal traz como vantagens a contribuição para a resolução de um problema complexo, a clarificação das sugestões expostas promove a criatividade de novas sugestões, obtendo-se amplo número de sugestões para se resolver o problema em análise. As desvantagens desta técnica se concretizam na dificuldade de reunir um grupo de pessoas

profundamente conhecedoras de um assunto, outro fato seria a redução na criatividade dos peritos pelo fato da técnica privilegiar a individualização das intervenções (ESCOVAL, 2006).

A técnica Delphi busca o consenso de opiniões de um grupo de especialistas sobre um determinado tema. Seu uso se destina a situações de inexistência e carência de dados, necessidade de abordagem interdisciplinar ou para o estímulo de criação de novas ideias (SCARPARO et al., 2012). Esta técnica se baseia no uso estruturado do conhecimento, experiência e criatividade dos especialistas, tais características quando organizadas adequadamente presumem que o julgamento coletivo é melhor que a opinião de um só indivíduo (GIOVINAZZO, 2001). É um método simples, que utiliza um questionário o qual circula inúmeras vezes por um grupo de peritos preservando o anonimato das respostas individuais (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

As questões que obtiverem o consenso estipulado pelo pesquisador são extraídas, desta forma, o questionário é revisado pelo pesquisador, e é novamente enviado aos participantes com a informação dos resultados atingidos na primeira rodada de opiniões (SCARPARO et al., 2012).

Desse ponto em diante novas rodadas de avaliações são realizadas até que se atinja o consenso, no processo de repetição das rodadas para a avaliação dos questionários os participantes reavaliam suas respostas com base nas justificativas dadas pelos outros participantes nas rodadas anteriores. Este procedimento tem como principal objetivo a redução do nível de divergência, a fim de atingir a previsão do grupo e o consenso de pelo menos 80% entre os avaliadores (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000; WESTMORELAND et al., 2000; BERTONCELO, 2004).

Em um estudo Delphi o número de rodadas dos questionários a serem aplicados, dependerá da complexidade do assunto, natureza do grupo, e sua homogeneidade. Geralmente são utilizadas de duas a três rodadas de opiniões (SCARPARO et al, 2012). Quanto ao número de peritos participantes para a composição do painel, Powell (2003) afirma que não existem valores pré-estabelecidos para proporcionar a representatividade desses participantes, mas Rubio (2003) recomenda de seis a vinte juízes e Giovinazzo (2001) diz que de 15 a 30 especialistas é suficiente para gerar informações relevantes.

Lynn (1986) e Westmoreland et al., (2000) afirmam que o número irá depender da acessibilidade e disponibilidade por parte dos peritos. Bertoncele (2004) enfatiza que o número

de juízes deve ser seis e Bojo et al., (2004) ressaltam que quanto maior o número de peritos, maior a chance de discordância e pelo contrário, caso o painel de peritos seja muito reduzido (inferior a três) expressa a necessidade de que a concordância dos juízes sobre os itens seja total (100%).

Levando-se em consideração a dificuldade de identificar e selecionar peritos para um determinado assunto e o alto índice de abstenção após a escolha dos mesmos o pesquisador pode fazer parcerias com associações, conselhos de classe ou de especialidades, bem como identificar possíveis participantes por meio de consulta inicial a um especialista na temática de interesse, solicitando a indicação de outros participantes, neste caso tenta-se garantir a qualidade na avaliação e prevenir os altos valores de abstenção (SCARPARO et al., 2012).

A técnica traz como principais vantagens o baixo custo financeiro, a possibilidade de acesso a peritos geograficamente distantes, a possibilidade da reflexão individual e coletiva sobre determinado assunto, o uso de questionários e respostas escritas conduzindo a uma maior reflexão e cuidado nas respostas facilitando o registro das informações, em comparação a uma discussão em grupo, o anonimato nas respostas eliminando a influência de fatores como status acadêmico (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

No que se refere às desvantagens da utilização deste método, é possível citar a dificuldade de montagem do quadro de peritos avaliadores, problemas relativos a abstenção de percentual de participantes, ou seja, da totalidade dos questionários enviados aos participantes do painel Delphi, alguns não são devolvidos preenchidos, havendo perda de participantes (CASSIANI; RODRIGUES, 1996), dependência dos resultados em relação à escolha dos especialistas, a dificuldade na obtenção das respostas, pois para responder adequadamente as questões o participante necessita de tempo e concentração, o que pode acarretar demora no tempo de retorno do questionário e até mesmo a desistência na participação, neste caso compromete o prazo de execução de todo o processo da técnica (CARDOSO et al., 2005).

A **validade de constructo** segue a interpretação proposta para os valores do instrumento de mensuração baseada em implicações teóricas associadas às construções, isto é, verifica se o parâmetro teórico corresponde verdadeiramente às observações (FERREIRA; MARQUES, 1998). De maneira geral, a validação de constructo relaciona o conceito teórico com a sua operacionalização. Pasquali (2009) considera este tipo de avaliação a forma mais fundamental de validação de um instrumento, pois esta envolve a verificação científica da hipótese a legitimação, bem como a representação que os itens trás dos conceitos.

Para avaliar a validade de constructo, inicialmente, é identificada a consistência da correlação entre os itens do instrumento por meio de testes estatísticos. A fase seguinte consiste na análise empírica do instrumento. Nesta fase, o instrumento é aplicado a uma amostra numerosa de indivíduos de modo que se possam efetuar análises multivariadas de seus itens, no intuito de verificar a hipótese da relação entre os itens e os fatores teoricamente propostos (RAYMUNDO, 2009).

A validade de constructo é avaliada internamente quando os itens usados para mensurar o mesmo conteúdo se correlacionam com os outros, externamente esta validade é avaliada por meio da análise convergente, na qual o constructo deve ser correlacionado com variáveis similares que apontam o mesmo fenômeno. A convergência mostra que as evidências coletadas de diferentes fontes e de diferentes modos indicam um significado igual ou semelhante para o constructo. Por meio da validade divergente não há essa correlação entre as variáveis, neste caso a divergência se refere à possibilidade de diferenciar, empiricamente, um construto de outros construtos semelhantes (WEISSHEIMER, 2007).

A **validade de critério** também denominado de validação de prática, tem a finalidade de verificar se o instrumento é capaz de avaliar se as variáveis escolhidas são efetivamente melhores para medir uma determinada atividade (RAYMUNDO, 2009). Esse tipo de validade demonstra até que ponto os valores obtidos pelo instrumento estão relacionados com medida de critério. Cosendey et al., (2003) se referem à validade de critério como à medida que os escores obtidos por um instrumento são correlacionados a determinados critérios de fora e é classificado de acordo com o critério adotado como padrão.

Nesta pesquisa, foi realizada a validação do instrumento por meio da aplicação da estratégia de validação de conteúdo, que consistiu na análise criteriosa das dimensões e dos itens do instrumento, por um grupo de juízes. Após analisar as suas vantagens, foi utilizada a técnica Delphi para realizar a validação do conteúdo do instrumento. Para dar continuidade a pesquisa e poder avaliar a validade de critério e a validade de construto, o instrumento, em pesquisa futura, será aplicado em populações de contexto distintos.

4. METODOLOGIA

4.1. Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa metodológica cuja meta nesse tipo de estudo, é a elaboração de instrumento válido que possa ser utilizado por outros pesquisadores e na prática de enfermagem (LOBIONDO – WOOD; HABER 2001).

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) a pesquisa metodológica trata de métodos para obtenção, organização e análise de dados visando a elaboração, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa.

Conrandiopoulos et al. (1997) definem pesquisa metodológica como uma estratégia que, utilizando-se de maneira sistemática os conhecimentos existentes, visa elaborar uma nova intervenção, ou melhorar, uma intervenção, ou ainda, elaborar ou melhorar um instrumento, um dispositivo ou um método de medição.

Nesta pesquisa, foram utilizados os princípios da investigação metodológica, uma vez que visou o desenvolvimento e validação um instrumento de avaliação dos conhecimentos e práticas acerca dos cuidados paliativos direcionado a enfermeiros.

Este estudo foi realizado de Fevereiro de 2017 a Setembro de 2018.

4.2. Logística e estrutura da pesquisa

Utilizamos como referencial teórico três polos e suas respectivas fases para a construção de instrumentos de avaliação: Polo teórico, empírico e analítico. Esta pesquisa, em específico, se restringiu ao polo teórico. O desenvolvimento deste polo foi constituído de três fases: 1) elaboração das dimensões acerca dos cuidados paliativos; 2) desenvolvimento do instrumento de avaliação; e 3) validação de conteúdo do instrumento de avaliação, como mostra a Figura 02.

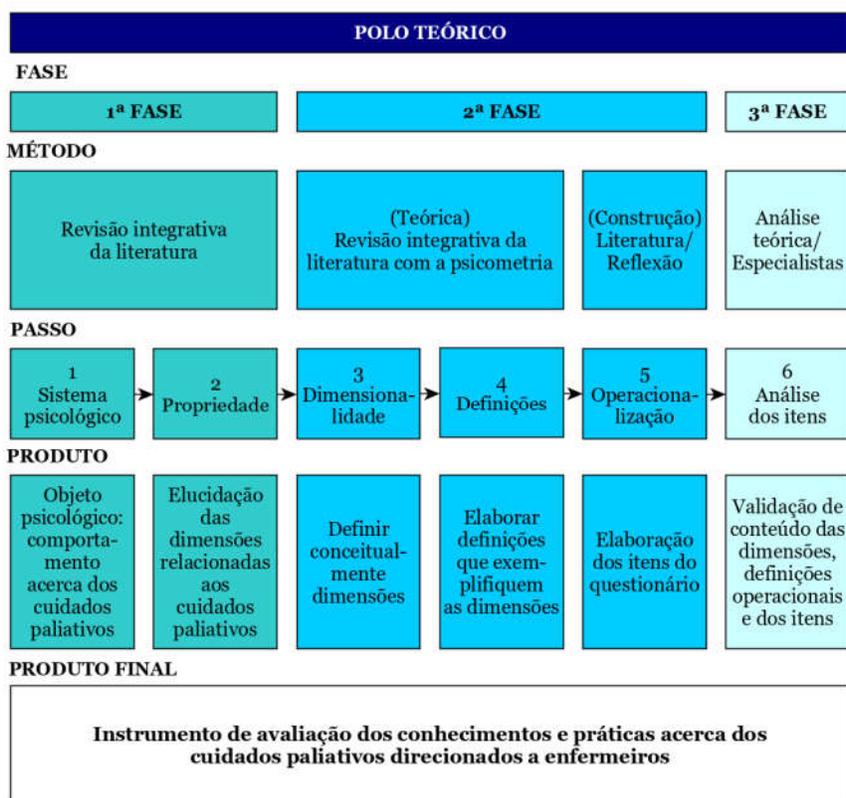


Figura 2 - Organograma metodológico da elaboração do Instrumento de Avaliação dos conhecimentos e práticas acerca dos cuidados paliativos direcionado a enfermeiros. Maceió, 2017.

4.2.1. Primeira fase

Nesta fase, foi realizada uma Revisão Integrativa da literatura de forma a elucidar o que o enfermeiro necessita saber em cuidados paliativos. Esta, possui a finalidade de reunir e sintetizar o conhecimento existente sobre a temática proposta (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Esse apanhado possibilita a síntese do estado epistemológico de um determinado assunto, além de apontar lacunas desse conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Foi utilizado como guia para condução da revisão o fluxograma desenvolvido por Mendes, Silveira e Galvão (2008).

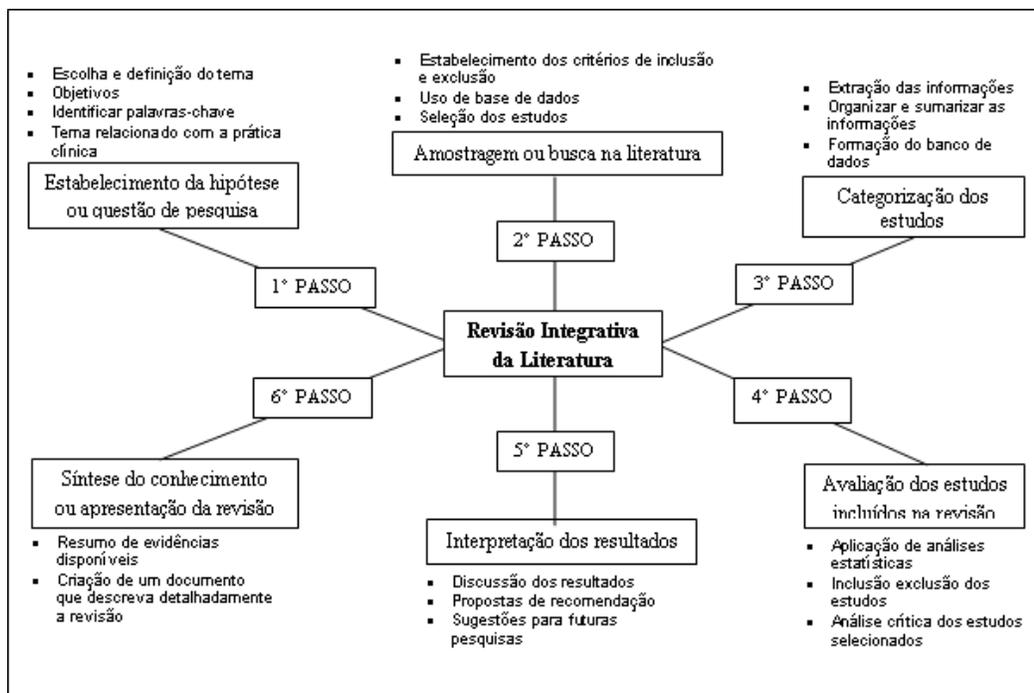


Figura 3 - Fases da revisão integrativa segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008).

Para conduzir a revisão da literatura, o presente estudo apresentou a seguinte pergunta norteadora: “O que um enfermeiro precisa saber para manejar um paciente em cuidados paliativos?”.

Para a seleção dos artigos, foram utilizados como critérios de inclusão: ter como tema central os CP, ser artigo original, estar nos idiomas português, inglês e espanhol e ter sido publicado entre 2012 e 2017. Consideraram-se como critérios de exclusão as teses, as dissertações, as monografias, os editoriais, as revisões integrativas e conceituais. Também foram excluídos os artigos que não respondiam à questão norteadora do estudo e aqueles que se encontravam repetidos nas bases de dados.

A coleta de dados ocorreu em setembro de 2017 nas bases de dados Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Ibecs (Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud), Bdenf (Base de Dados de Enfermagem) e Pubmed. As estratégias de busca dos artigos foram adaptadas de acordo com as especificidades de acesso das bases de dados em questão, sendo pautada na pergunta norteadora e nos critérios de inclusão e exclusão.

Para a busca dos artigos foram utilizadas cinco palavras chaves indexadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e de na Medical Subject Headings (MeSH). Os descritores na língua portuguesa foram: “cuidados paliativos”, “enfermagem”, “equipe de assistência ao paciente”, “conhecimento” e “competência clínica”; na língua espanhola: “cuidados paliativos”, “enfermería”, “grupo de atención al paciente”, “conocimiento” e “competência clínica” e na língua inglesa: “palliative care”, “nursing”, “patient care team”, “knowledge” e “clinical competence”. Em cada base foram feitos os cruzamentos de descritores nos três idiomas, aos pares e com todos juntos utilizando o operador booleano AND.

Para extração dos dados dos estudos selecionados foi utilizado o instrumento proposto e validado por Ursi no ano de 2005, que permitiu a sistematização da coleta de dados e a organização dos resultados, sendo composto por: título, ano, autor, objetivos, metodologia e principais resultados (URSI; GAVÃO, 2006). Os artigos foram classificados de acordo com os níveis de evidências propostas por Stetler et al (1998): (1) revisão sistemática ou metanálise; (2) ensaios clínicos randomizados; (3) ensaios clínicos sem randomização; (4) estudos de coorte e de caso-controle; (5) revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos e (6) único estudo descritivo ou qualitativo (7) evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

4.2.2. Segunda fase

A segunda fase foi designada a construção do instrumento de medida, a partir da elucidação dos passos da Psicometria. Esta etapa consistiu na elucidação dos conceitos do construto “cuidados paliativos” que foi explorado em três domínios: 1- conceitos, fundamentos, princípios e indicações em cuidados paliativos, 2- controle de sintomas e comunicação e 3- procedimentos em cuidados paliativos. Assim, foi delineada a dimensionalidade, suas definições constitutivas, as definições operacionais e realizada a elaboração dos itens do instrumento piloto.

A elucidação dos conceitos do polo teórico da Psicometria foi realizada a partir da Revisão Integrativa da literatura desenvolvida na Primeira Fase deste estudo. Para o desenvolvimento dessa fase, foi estabelecida uma estrutura de funil em fluxo de conceitos, passando da elucidação do conceito mais geral (dimensionalidade) até atingir os conceitos específicos e objetivos (itens).

A Dimensionalidade diz respeito à estrutura interna e semântica. Trata-se da elucidação, a partir da literatura disponível sobre os cuidados paliativos, a abrangência e os limites desse construto.

Após ter clareza da dimensionalidade, foi necessário realizar a Definição Constitutiva de cuidados paliativos. Após realizar a Definição Constitutiva, foram construídas as Definições Operacionais. A passagem do terreno abstrato para o concreto é precisamente viabilizada pelas definições operacionais do construto. É nessa fase que se fundamenta a validade do instrumento. Assim, o construto passa a ser operacional pois passa a ser definido, não mais em termos de outros construtos, mas em termos de operações concretas, isto é, de comportamentos físicos pelos quais o construto se expressa. (BARLAN, 2008).

A partir da elucidação das Definições Operacionais, foram desenvolvidos os itens que compõem o instrumento piloto. Este é o passo da construção dos itens, que são a expressão da representação comportamental do construto, a saber: as tarefas (os itens do instrumento) que as pessoas deverão executar para que se possa avaliar a magnitude de presença do construto (PRIETO; BADIA, 2001; MARTIN ARRIBAS, 2004).

4.2.3. Terceira fase

A terceira fase designa o processo de validação de conteúdo do instrumento construído. Validade de conteúdo é o exame sistemático do conteúdo do instrumento com o objetivo de verificar se este realmente constitui uma amostra teórica representativa do comportamento que se deseja mensurar.

A análise da validação de conteúdo foi realizada por meio do método de Delphi, que envolve a aplicação sucessiva de questionários a um grupo de especialistas ao longo de várias rodadas. No intervalo de cada rodada são feitas análises estatísticas das respostas e o resultado é reunido em novos questionários que, por sua vez, são novamente distribuídos ao grupo (KAYO; SECURATO, 1997).

De acordo com seus precursores, Dalkey e Helmer (1963), o método Delphi tem como objetivo obter o mais confiável consenso de opiniões de um grupo de especialistas, por meio de uma série de questionários intensivos, intercalados por feedbacks controlados de opiniões. Assim, a partir desse desenvolvimento metodológico, o Delphi é compreendido como uma técnica sistemática para coletar a opinião, válidas cientificamente, de especialistas sobre determinado assunto (DALKEY, 1969).

4.2.3.1. Sujeitos do estudo-os especialistas

A partir da leitura e entendimentos das definições operacionais para seleção dos peritos no presente estudo, foram adotados com adaptações os critérios propostos por Richard Fehring no seu Modelo de Validação de Diagnóstico de Enfermagem.

Fehring (1994 apud MELO et al. 2011), na descrição do modelo para validação de diagnósticos de enfermagem, propõe sete critérios para identificar e definir em até que ponto os peritos realmente são especialistas. A estes critérios são atribuídos um peso e, para ser considerado como um especialista, a soma das pontuações deve alcançar o mínimo de cinco pontos. Neste estudo, utilizaram-se os critérios de Fehring com modificações, conforme apresentados no quadro 4 a seguir.

Segundo Fehring (1994 apud GALDEANO; ROSSI, 2006) para que o enfermeiro seja considerado perito ele deve possuir título de mestre ou doutor, porém, diante da dificuldade em selecionar profissionais com esses critérios e que atuem na área dos cuidados paliativos, o critério de maior pontuação foi mantido em partes, mas com a flexibilidade de ser aceito o profissional mesmo sem o título de mestre, mas com uma pós-graduação lato sensu em cuidados paliativos. O critério de ter capacitação (especialização) também foi flexibilizado para ter curso de aperfeiçoamento (mínimo de 120h) em cuidados paliativos ou especialização lato sensu em outras áreas cujo o tema do trabalho de conclusão de curso tenha sido desenvolvido em cuidados paliativos. Os demais critérios foram mantidos, alterando apenas a área de atuação.

Quadro 1- Critérios de Fehring e Critérios de Fehring Modificados, Maceió, 2017.

Critérios de Fehring (1994)	Critérios de Fehring Modificados
<i>Ser mestre em enfermagem (4p)</i>	Ser enfermeiro com especialização <i>latu sensu</i> em cuidados paliativos ou mestre em qualquer área (4 pontos)
<i>Ser mestre em enfermagem, com dissertação na área de interesse de diagnóstico (1p)</i>	Ser mestre com dissertação na área de interesse de cuidados paliativos (1 ponto)
<i>Pesquisas (com publicações) sobre diagnóstico ou conteúdo relevante (2p)</i>	Pesquisas (com publicações) na área de cuidados paliativos (2 pontos)
<i>Ter artigo publicado sobre diagnóstico em periódico indexado (2p)</i>	Ter artigo publicado sobre cuidados paliativos (2 pontos)
<i>Ter doutorado em enfermagem, com a tese na área de interesse de diagnóstico (2p)</i>	Ter doutorado com a tese na área de cuidados paliativos (2 pontos)
<i>Ter prática clínica recente, de no mínimo, um ano na temática abordada (2p)</i>	Ter prática clínica recente, de no mínimo, um ano em cuidados paliativos (2 pontos)
<i>Ter capacitação (especialização) em área clínica relevante ao diagnóstico de interesse (2p)</i>	Ter curso de aperfeiçoamento (mínimo de 120h) ou especialização <i>latu sensu</i> cujo tema do trabalho de conclusão de curso tenha sido desenvolvido em cuidados paliativos (2 pontos)

Fonte: FEHRING, 1994 apud MELO et al. 2011

Para o estabelecimento do tamanho da amostra (número de juízes), foram considerados os seguintes critérios estatísticos, baseados em Oliveira (2011):

- Proporção mínima de 80% dos especialistas afirmando a pertinência de cada componente avaliado (P);
- Diferença de 20% quanto à proporção de especialistas que afirmam como adequada a pertinência de cada componente avaliado, incluindo um intervalo de 70 a 100% na referida proporção (d);
- Nível de confiança de 95% ($Z\alpha$).

Desse modo, para definição do tamanho amostral, foi adotada uma fórmula que leva em consideração a proporção final de especialistas em relação a uma determinada variável dicotômica e a diferença máxima aceitável dessa proporção. Assim, o número de especialistas

foi determinado pelo cálculo a seguir (JECKEL; ELMORE; KATZ, 2002 citado por OLIVEIRA, 2011):

$$n = \frac{Z\alpha^2 \times P \times (1 - P)}{d^2} = \frac{1,96^2 \times 0,8 \times 0,2}{0,2^2} = \frac{3,8416 \times 0,16}{0,04} = \frac{0,614656}{0,04} = 15,4$$

Desta forma, a amostra mínima de especialistas necessária para a validação do instrumento é de 16 especialistas.

Com o objetivo de localizar os possíveis especialistas em cuidados paliativos para compor a amostra, foi realizada uma pesquisa na Biblioteca Virtual de Saúde, a fim de selecionar artigos em cuidados paliativos e enfermagem e eleger os respectivos autores por meio da análise do currículo lattes dos mesmos.

Para a seleção dos artigos, foram utilizados como critérios de inclusão: apresentar como tema central os cuidados paliativos, estar nos idiomas português, inglês ou espanhol, ter sido publicado entre 2012 e 2017 e possuir como autor principal ou coautor ao menos um enfermeiro e que este seja brasileiro.

A coleta de dados foi realizada nas bases de dados Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Ibecs (Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud), BDENF (Base de dados de enfermagem) e PubMed.

Para a busca dos artigos foram utilizadas três palavras chaves indexadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e na Medical Subject Headings (MeSH). Os descritores na língua portuguesa foram: “cuidados paliativos”, “enfermagem” e “morte”; na língua espanhola: “cuidados paliativos”, “enfermería” e “muerte” e na língua inglesa: “palliative care”, “nursing” e “death”. Em cada base foram feitos os cruzamentos de descritores aos pares e com todos juntos utilizando o operador booleano AND.

A partir daí foi realizada uma busca na Plataforma Lattes, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq e seguindo o preconizado pelos critérios de Fehring, todos os peritos selecionados para participar do estudo, deveriam atender a uma pontuação mínima de (05) cinco pontos dentre os critérios descritos no quadro 4.

4.2.4. Coleta de dados da Terceira fase

Foi enviado por e-mail uma carta convite explicando o objetivo do estudo, a metodologia e a função do especialista nesta pesquisa. Neste mesmo e-mail, disponibilizamos um link com a página do Google Docs, ao “clique” no link os participantes foram direcionados para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE 1), os que concordaram em participar foram direcionados para o questionário da pesquisa.

Foi disponibilizado uma cópia em PDF do TCLE (APENDICE 1), assinado pela pesquisadora no link disponibilizado na página do google docs. A resposta ao e-mail com o questionário respondido pelo google docs foi considerada como o aceite/assinatura do TCLE.

Os formulários foram desenvolvidos em formato online, a partir da ferramenta web Google Docs. Cada participante teve o tempo de três semanas para responder a solicitação e a cada cinco dias foi enviado um lembrete para o seu contato eletrônico. Os especialistas que participaram do estudo não tiveram conhecimento sobre os demais participantes. O roteiro da entrevista também foi composto por um questionário com variáveis sócio demográficas e informações profissionais (APENDICE 2).

Na primeira rodada do painel, os especialistas avaliaram a pertinência de cada item do questionário e foi solicitado que os mesmos fizessem comentários nos itens que discordassem dando sugestões para a sua revisão. O grau de pertinência foi avaliado com base numa escala Likert de cinco pontos (1 = nada pertinente; 2 = pouco pertinente; 3 = pertinente; 4 = muito pertinente; 5 = muitíssimo pertinente). Após esta primeira etapa as respostas foram analisadas para determinar a tendência geral, bem como as respostas mais extremas.

O instrumento foi reformulado, levando em consideração as opiniões dos especialistas, e enviado para a segunda rodada, para esta etapa a escala de Likert de cinco pontos foi alterada para (1 = discordo totalmente; 2 = discordo; 3 = não concordo e nem discordo; 4 = concordo; 5 = concordo totalmente) e foi solicitado aos peritos que, quando achassem necessário, fizessem comentários com sugestões para melhoria dos itens e do questionário no geral.

Após finalizar a avaliação por parte dos peritos, os itens do questionário foram organizados e analisados pelo cálculo do Percentual de concordância (P_c), sendo adotado uma taxa aceitável superior ou igual a 80%. Na escala de Likert os itens marcados nesta segunda rodada como 1, 2, ou 3 foram considerados como inadequados e os itens marcados como 4 (concordo) ou 5 (concordo totalmente) foram considerados adequados.

4.3. Análise dos dados

Após a avaliação dos enunciados do questionário pelos peritos, o resultado passou por um tratamento estatístico, no qual foram considerados apenas os enunciados que alcançaram um índice de concordância $\geq 0,80$ entre os especialistas. O escore de 0,80 como coeficientes de confiabilidade é uma ferramenta de medição considerada como ponto de corte padrão. (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001)

Dentre os métodos utilizados para calcular a concordância entre peritos, levando-se em consideração a metodologia de validade de conteúdo através da validação consensual, tem-se o Índice de Concordância que é uma medida quantitativa baseada no percentual de concordância, para julgar a validade de conteúdo. (ALEXANDER; COLUCI, 2011)

O processo de validação consensual foi desenvolvido inicialmente por Wesorick, passando por refinamentos com a contribuição de diversos enfermeiros em todo o mundo, é um passo inicial no desenvolvimento de pesquisa o qual parte de um processo contínuo de revisão, avaliação e melhoria (WESTMORELAND et.al., 2000) e vem sendo aprimorado e utilizado em vários estudos (ALEXANDER; COLUCI, 2011; ANDRADE et al., 2013; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013; LUCENA et al., 2013)

Tal processo tem por finalidade determinar a validade de conteúdo de um instrumento, e identificar partes dele nas quais são necessárias adições, exclusões ou revisões (WESTMORELAND et.al., 2000).

Considerando o que defende Alexandre e Coluci (2011), de que o uso do método de porcentagem de concordância é a medida mais simples de concordância Inter observadores, com a vantagem de proporcionar informações úteis facilmente calculadas e tem sido usado na fase inicial do processo de validação de conteúdo, para auxiliar na determinação dos itens e que, outros estudos já têm utilizado esse método. (BUCHHORN, 2014; NOGUEIRA, 2014) Assim, optou-se nessa primeira fase pelo cálculo de porcentagem de concordância, sendo adotado como uma taxa aceitável de 80% de concordância.

Logo, para tabulação e análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva, sendo os dados inseridos no *software Microsoft Excel*®, para o cálculo da concordância entre os peritos. Foram considerados como concordantes, as respostas dos especialistas que consideraram os enunciados do questionário como pertinentes, muito pertinentes ou muitíssimo pertinentes na

primeira rodada e concordo ou concordo totalmente, na segunda rodada. Calculou-se o percentual de concordância, conforme a fórmula:

$$P_c = \frac{N_c}{T} \times 100,$$

onde:

- P_c é o percentual de participantes que concordaram;
- N_c é o número de participantes que concordaram;
- T é o número total de participantes

4.4. Aspectos éticos

Durante o desenvolvimento da pesquisa, foram observados e respeitados os princípios éticos constantes da Resolução CNS/MS 466/2012, de modo que, em cumprimento as recomendações da citada Resolução que trata da Pesquisa com Seres Humanos, foram prestadas as devidas informações aos participantes conforme constantes do TCLE (APÊNDICE1).

O Projeto de Pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas em 22 de Fevereiro de 2018, recebendo o parecer de nº 2.508.803.

5. RESULTADOS

Os resultados apresentados a seguir foram divididos em duas fases: a primeira trata-se da revisão integrativa e do questionário construído e na segunda apresenta-se a caracterização dos peritos selecionados, os resultados relativos às duas rodadas do painel de especialistas e a versão final do questionário.

5.1. Primeira fase

5.1.1. Revisão integrativa

Os cruzamentos entre os cinco descritores nas três bases de dados totalizaram 4989 artigos encontrados. Após a delimitação do tempo, idioma, dos desenhos de estudo estabelecidos, restaram 1856 artigos para a análise. Procedeu-se então a leitura dos títulos, sendo selecionados os que tiveram relação com o objetivo do estudo. Após esta checagem inicial, foram eleitos 237 artigos para leitura dos resumos e posteriormente 72 para leitura na íntegra. Finalmente, após a avaliação do texto completo, foram selecionados os artigos que eram capazes de responder à pergunta norteadora da revisão, totalizando uma amostra final de 23 artigos (Figura 4).

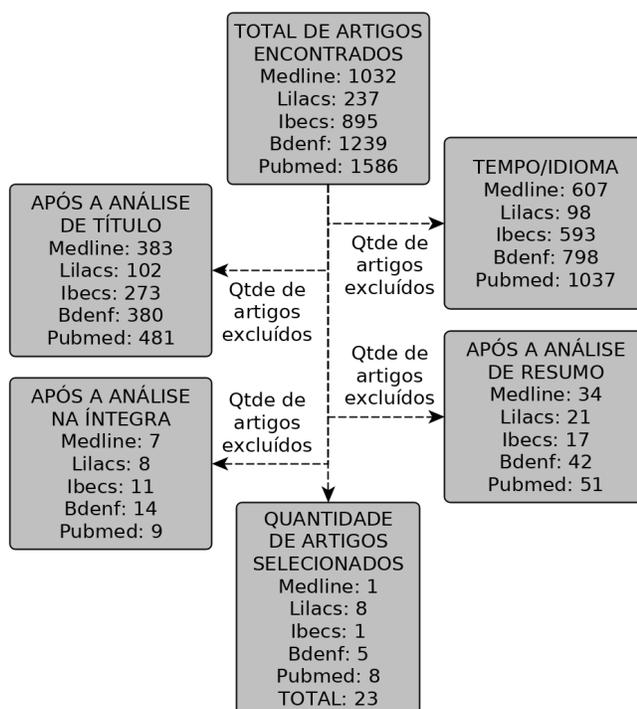


Figura 4 – Organograma da busca de artigos para elaboração da revisão integrativa. Maceió, 2018.

Na presente revisão integrativa, foram analisados 23 artigos que apresentavam as características dos critérios de inclusão anteriormente determinados, a seguir será apresentada uma visão geral dos artigos científicos selecionados.

O quadro 2 apresenta sumariamente os estudos que compõem essa revisão integrativa no que se refere ao ano, autores, país, periódico, título, metodologia do estudo, objetivos e nível de evidência.

Em relação ao ano de publicação, no critério de inclusão foi escolhido o período de cinco anos (2012 a 2017). Nos artigos avaliados foram encontrados oito artigos publicados em 2017, cinco em 2014, três em 2012, três em 2013, um em 2016 e três artigos em 2015.

Ao se tratar dos países onde os trabalhos foram desenvolvidos, constatou-se que os estudos foram realizados em diversos países, sendo oito no Brasil, dois no México, dois no Canadá, três na Austrália, dois no Japão, um nos Estados Unidos, um na Espanha, um em Portugal, um na Tailândia, um na Índia e um na China. Com relação aos delineamentos dos estudos, identificou-se que dois artigos foram do tipo coorte, um de revisão sistemática e os demais trataram-se de estudos descritivos. Evidenciou-se, ainda, que um artigo se enquadrava no nível de evidência 1, dois no nível 4 e os demais no nível 6.

Quanto aos objetivos, verificou-se que esses estiveram associados, de maneira geral a práticas e ao conhecimento que o enfermeiro deve possuir para manejar os pacientes em cuidados paliativos.

Quadro 2: Apresentação da síntese dos trabalhos incluídos na revisão integrativa. Maceió, 2018.

Autor / País / Ano / Periódico	Título	Metodologia	Objetivos	Nível de Evidência
ANDRADE, C.G.; ALVES, A.M.P.M.; COSTA, S.F.G.; SANTOS, F.S., Brasil, 2014, Revista Baiana de enfermagem.	Cuidados paliativos ao paciente em fase terminal.	Estudo exploratório de natureza qualitativa.	Descrever a compreensão e as estratégias adotadas por enfermeira(o) na promoção de cuidados paliativos direcionados ao paciente em fase terminal.	Nível 6
LUZ, M.D.A.; SILVA, R.M.O.; FERNANDES	Cuidados à pessoa em fim de vida: percepção de graduandos de	Estudo descritivo com	O objetivo deste artigo é analisar a percepção de estudantes de enfermagem acerca da prestação de cuidados de enfermagem ao	Nível 6

, J.D., Portugal, 2012, Revista Baiana de enfermagem.	enfermagem em Portugal.	abordagem qualitativa.	paciente em fase final de vida e sua família.	
PONTALTI, G.; RIBOLDI, C.O.; GIODA, R.S., et al. Brasil, 2017, Revista Brasileira de Cancerologia.	Benefícios da Hipodermólise na Clínica Paliativa de Pacientes com Câncer: Relato de Caso.	Relato de Caso.	Relatar dois casos de pacientes com câncer, nos quais a hipodermólise foi utilizada para administração de medicamentos.	Nível 6
DONATO, S.C.; MATUOKA, J.Y.; YAMASHITA, C.C., et al. Brasil, 2016, Rev Esc Enferm USP.	Efeitos da terapia da dignidade para pacientes em fase final de vida.	Revisão sistemática.	Analisar as evidências sobre os efeitos da terapia digna para pacientes em fase terminal de vida.	Nível 1
ARAÚJO, M.M.T.; SILVA, M.J.P., Brasil, 2012, Rev Esc Enferm USP.	Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos.	Estudo descritivo, exploratório e transversal, com abordagem quantitativa.	<ul style="list-style-type: none"> - Investigar se profissionais de saúde que trabalham ou têm contato frequente com pacientes sob cuidados paliativos valorizam a comunicação interpessoal no contexto da terminalidade; - Averiguar se os mesmos conhecem estratégias ou técnicas de comunicação interpessoal facilitadoras da interação com pacientes em cuidados paliativos; - Identificar quais são as estratégias comunicacionais facilitadoras da interação com quem vivencia a etapa final da vida utilizadas por estes profissionais. 	Nível 6
GUZMAN, P.E.S.; DOMINGUEZ, N.E.R.; PEREZ, S.R.A., et al. México, 2014, Rev Psicooncologia.	Concepto de espiritualidade del equipo multidisciplinario de una unidad de cuidados paliativos: um estudio descriptivo.	Estudo transversal descritivo.	Conhecer a concepção sobre religiosidade e espiritualidade de uma equipe multidisciplinar de uma unidade de cuidados paliativos oncológicos.	Nível 6
NAVA, C.A.I.; JUAREZ, L.G., México, 2014, rev enfermería universitária.	Cuidados paliativos para una muerte digna: Estudio de un caso.	Relato de caso.	Relatar a experiência de um estudante de enfermagem na execução de um plano de intervenções em cuidados paliativos.	Nível 6

SILVEIRA, M.H.; CIAMPONE, M.H.T.; GUTIERREZ, B.A.O., Brasil, 2014, Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.	Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos	Estudo exploratório -descritivo com análise qualitativa de dados.	Investigar os significados apresentados pela equipe multiprofissional e identificar o prazer e o sofrimento no trabalho em cuidados paliativos.	Nível 6
FERNANDES, M.A.; EVANGELISTA, C.B.; PLATEL, I.C.S., et al. Brasil, 2013, Ciência & Saúde Coletiva.	Percepção dos enfermeiros sobre significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal.	Estudo exploratório com abordagem qualitativa.	Conhecer a percepção do enfermeiro diante do paciente com câncer sob cuidados paliativos.	Nível 6
MESA, L.M.T.; RIOVALLE, J.S.; GARCIA, I.G. Espanha, 2013, Rev Esc Enferm USP.	Conocimiento de la ley y preparación del personal sanitario sobre el proceso asistencial de la muerte.	Estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa.	Determinar a percepção que os profissionais de saúde têm sobre a sua preparação em relação ao cuidado dos doentes no final da vida.	Nível 6
LECLERC, B.S.; LESSARD, S., BECHENNEC, C., et al. Canadá, 2014, J Am Med Dir Assoc.	Attitudes Toward Death, Dying, End of-Life Palliative Care, and Interdisciplinary Practice in Long Term Care Workers.	Estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa.	Avaliar as crenças, valores e atitudes em relação à morte, cuidados paliativos e cuidados interdisciplinares em trabalhadores de cuidados de longo prazo e identificar as diferenças entre as diferentes categorias de trabalho e locais de trabalho.	Nível 6
SILVA, A.F.; ISSI, H.B.; BOTENE, D.Z.A., et al. Brasil, 2015, Rev Gaúcha Enferm.	Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional.	Estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa.	Conhecer as percepções, saberes e práticas da equipe multiprofissional na atenção às crianças em cuidados paliativos em unidade de oncologia pediátrica.	Nível 6
ARAÚJO, M.M.T.; SILVA, M.J.P.; Brasil, 2012, Rev texto e contexto enfermagem.	O conhecimento de estratégias de comunicação do atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos.	Estudo transversal com abordagem quantitativa.	Investigar o conhecimento e a utilização de estratégias de comunicação no cuidado da dimensão emocional do paciente sob cuidados paliativos.	Nível 6

HARDEN, K.; PRICE, D.; DUFFY, E., et al. Canadá, 2017, <i>clin J Oncol Nurs</i> .	Palliative Care: Improving Nursing Knowledge, Attitudes, and Behaviors.	Estudo transversal.	Avaliar conhecimento, atitudes e comportamentos de enfermeiras sobre cuidados paliativos.	Nível 6
CAMPLING, N.; RICHARDSON, A.; MULVEY, M., et al. Austrália, 2017, <i>Int J Nurs Stud</i> .	Self-management support at the end of life: Patients', carers' and professionals' perspectives on managing medicines.	Estudo qualitativo.	Identificar opiniões de pacientes, profissionais e profissionais sobre o conceito de suporte de autogestão no final da vida, especificamente em relação à analgesia.	Nível 6
NAKAZAWA, Y.; KATO, M.; MIYASHITA, M., et al. Japão, 2017, J Pain Symptom Manage .	Changes in nurses' knowledge, difficulties, and self-reported practices toward palliative care for cancer patients in Japan: an analysis of two nationwide representative surveys in 2008 and 2015.	Estudo de Coorte.	Determinar mudanças no conhecimento, dificuldades e práticas auto-relatadas de cuidados paliativos das enfermeiras entre 2008 e 2015.	Nível 4
DATTA, D.; MAJUMDAR, G.; DEBBARMA, S., et al. 2017, <i>Indian J Palliat Care</i> .	Analytical Study of Short- and Long-term Results of Home-based Palliative Care Services to Cancer Patients.	Estudo de Coorte.	Identificação e seleção de pacientes em estágio terminal para determinar o tipo de necessidade de cuidados paliativos.	Nível 4

5.1.2. Construção do instrumento de medida

Após a definição dos domínios, iniciou-se a fase dos procedimentos teóricos para a construção do instrumento de medida, ou seja, a da operacionalização do construto e da elaboração dos itens do questionário.

O instrumento construído recebeu o nome de Conhecimentos em Cuidados Paliativos na Enfermagem (CCPENF).

A construção inicial do CCPENF, se deu a partir de uma revisão integrativa, associada a revisão de literatura deste estudo e a prática assistencial da pesquisadora. O instrumento foi categorizado em três domínios: 1- Conceitos, fundamentos, princípios e indicações em cuidados

paliativos; 2- Controle de sintomas/Comunicação; 3-Procedimentos em cuidados paliativos. Cada domínio foi composto por itens para avaliar conhecimentos e práticas na área.

Na redação desses itens, procurou-se atentar para a objetividade, simplicidade, relevância, precisão, credibilidade e adequação da linguagem à população de destino, de forma a poder avaliar corretamente o proposto.

O questionário elaborado possuía 30 itens, dos quais 19 tinham o objetivo de avaliar o conhecimento e 11 a prática dos enfermeiros. O primeiro domínio apresentava 9 itens, destes 7 possuíam o objetivo de avaliar o conhecimento e 2 a prática, o segundo domínio possuía 13 itens, dos quais 8 avaliavam a prática e 5 o conhecimento e o terceiro domínio continha 8 itens em que 4 avaliavam o conhecimento e 4 a prática, esta primeira versão do questionário pode ser observada no Quadro 3, a seguir.

Quadro 3- Questionário para avaliação de conhecimentos e práticas sobre cuidados paliativos, 2017.

	1	2	3	4	5	
	Nada pertinente	Pouco pertinente	Pertinente	Muito pertinente	Muitíssimo pertinente	Numeração Atribuída
1. CONCEITOS, FUNDAMENTOS, PRINCÍPIOS E INDICAÇÕES EM CUIDADOS PALIATIVOS						
1.1	Cuidado paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida.					
1.2	O cuidado paliativo oferece sistema de suporte que auxilia a enfrentar o luto.					
1.3	Cuidado paliativo é indicado apenas para pacientes que estão na fase final da vida.					
1.4	O cuidado paliativo deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida.					
1.5	São princípios dos Cuidados paliativos: não acelerar nem adiar a morte; integrar aspectos psicológicos e espirituais no cuidado com o paciente.					
1.6	O cuidado paliativo não deve ser associado com o tratamento curativo.					
1.7	É objetivo do cuidado paliativo aumentar a independência e autonomia do paciente.					
1.8	Na minha prática profissional, sempre me preocupo em avaliar a história religiosa/espiritual dos pacientes e seus familiares, identificando a importância disso para eles, assim como posso incluir estas questões nos cuidados dos pacientes e familiares.					
1.9	Sempre ofereço o devido cuidado e atenção aos familiares dos pacientes em que cuido.					
2. CONTROLE DE SINTOMAS/ COMUNICAÇÃO						
2.1	A avaliação funcional em cuidados paliativos é um dos elementos fundamentais na tomada de decisões e previsão de prognóstico.					
2.2	O componente físico da dor pode se modificar sob a influência de fatores emocionais, sociais e também espirituais.					
2.3	Quando a constipação causada por opioides for aliviada, os laxantes podem ser interrompidos.					
2.4	Não existe dose máxima para os efeitos analgésicos dos opioides.					
2.5	A morfina também é utilizada para aliviar o desconforto respiratório.					
2.6	Terapias não farmacológicas são importantes no controle de sintomas.					
2.7	A comunicação é uma habilidade que pode ser desenvolvida.					
2.8	Não é ideal que o paciente em fase final de vida seja informado sobre o seu prognóstico, uma vez que isto irá deixá-lo deprimido.					
2.9	Em relação ao manejo de opioides me sinto tranquilo em fazer a sua administração.					
2.10	Utilizo escalas para avaliar pacientes com dor.					
2.11	Utilizo frequentemente escalas para realizar avaliação funcional dos pacientes.					
2.12	Utilizo a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton- ESAS.					
2.13	Faço uso de técnicas e estratégias de comunicação interpessoal quando me dirijo a pacientes e familiares.					
3. PROCEDIMENTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS						
3.1	Hipodermoclise é o uso da via subcutânea para infusão contínua de soluções em volumes maiores.					

3.2	A hipodermóclise pode ser utilizada em casos onde haja necessidade de reposição rápida de volume.	
3.3	Nas últimas “48 horas de vida” do paciente em cuidados paliativos deve-se retirar a monitorização contínua, verificação de sinais vitais rigorosos, medidas invasivas, minimizando os procedimentos dolorosos.	
3.4	Nas “últimas 48 horas” alimentar por meio de sondas enterais pode ser considerada uma medida fútil ou até danosa.	
3.5	Realizo, quando necessário, hipodermóclise no serviço em que atuo.	
3.6	Ao abordar uma ferida sempre foco na pessoa portadora da lesão, compreendendo as dimensões física, psicológica, social e espiritual.	
3.7	Os cuidados com a cavidade oral estão sempre presentes nas atividades da equipe de enfermagem que atuo.	
3.8	Ao receber pacientes com ostomias, realizo um plano de cuidados objetivando uma melhor aceitação, conforto e qualidade de vida.	

5.2. Segunda fase

5.2.1. Seleção dos peritos na primeira rodada do painel de especialistas

A busca por especialistas resultou numa amostra intencional de 48 profissionais enfermeiros(as), de várias regiões do Brasil. Inicialmente, foi enviado um e-mail para os especialistas selecionados detalhando como seria a sua participação e junto ao e-mail o link do instrumento de pesquisa. Dos 48 enfermeiros selecionados, 01(2,08%) se recusou a participar da pesquisa e 28 (58,33%) deram o retorno aceitando participar do estudo conforme caracterizados na tabela 01.

Dos 28 juízes que fizeram parte da pesquisa na primeira rodada, 26 (92,86%) eram do sexo feminino, 10 (35,71%) apresentavam faixa etária menor que 35 anos de idade, eram provenientes de 9 estados brasileiros diferentes, sendo os mais prevalentes o Rio Grande do Sul 6 (21,43%) e Paraíba 6 (21,43%), 24 (85,71%) referiram apresentar experiência em cuidados maior que 6 anos, 26 (92,86%) eram mestres, 12 (42,86%) apresentavam experiência com pesquisa e docência em cuidados paliativos, 11 (39,28%) com assistência e pesquisa e 5 (17,86) com assistência pesquisa e docência. (Tabela 1)

Tabela 1- Caracterização dos peritos que participaram da etapa de validação do conteúdo do instrumento de avaliação de conhecimentos e práticas de enfermeiros em cuidados paliativos, Maceió- AL, 2018.

CARACTERÍSTICAS	N	%
Sexo		
Feminino	26	92,86
Masculino	02	7,14
Idade		
< 35	10	35,71
36 a 45	09	32,14
46 a 55	04	14,28
56 a 65	04	14,28
> 66 anos	01	3,60
Estado de Residência		
RS	06	21,43
PR	03	10,71
MG	01	3,60
SP	02	7,41
RJ	05	17,86
PA	01	3,60
PE	03	10,71
PB	06	21,43
BH	01	3,60
Nível de Formação em Cuidados Paliativos		
Curso de aperfeiçoamento	16	57,14
Residência	05	17,86
Pós-graduação lato sensu	08	28,57
Mestrado	26	92,86
Doutorado	17	60,71
Pós Doutorado	01	3,60
Experiência em Cuidados Paliativos		
Não	00	00
Sim	28	100
Assistência <input type="checkbox"/> Pesquisa/Ensino	05	17,86
Assistência/Pesquisa	11	39,28
Pesquisa/Ensino	12	42,86
Tempo de atuação em Cuidados Paliativos		
< 5 anos	04	14,29
6 a 10 anos	13	46,43
11 a 20 anos	11	39,28

Fonte: Dados da pesquisa.

Os vinte e oito peritos participantes deste estudo atingiram a pontuação mínima (5 pontos) proposta pelos critérios de Fehring modificados e adotados no estudo. Na Tabela 2 está apresentada a pontuação obtida pelos peritos.

Tabela 2- Distribuição da frequência dos peritos (N e %) quanto a pontuação obtida segundo os critérios de Fehring modificados. Maceió-AL, 2018.

PONTUAÇÃO	N	%
06	03	10,71
08	02	7,14
10	07	25
11	06	21,43
12	01	3,60
13	06	21,43
14	01	3,60
15	02	7,14

Fonte: Dados da pesquisa.

5.2.2. Primeira Rodada do Painel de Especialistas

O presente capítulo versa sobre os resultados da terceira etapa da pesquisa a qual trata-se do processo de validação de conteúdo do instrumento construído

Após a construção do instrumento de pesquisa contendo 30 enunciados, dos quais, 19 tinham o objetivo de avaliar o conhecimento e 11 a prática, estes foram submetidos a um processo de validação de conteúdo, por enfermeiros peritos com experiência em cuidados paliativos.

Nessa primeira fase optou-se pelo cálculo do Percentual de concordância (P_c), sendo adotado uma taxa aceitável superior ou igual a 80%. Foram considerados como concordantes, as respostas dos especialistas que consideraram os enunciados do questionário como pertinentes, muito pertinentes e muitíssimo pertinentes. A tabela 03, apresenta os 30 itens do questionário relacionados a avaliação do grau de pertinência juntamente com o P_c dos especialistas.

Dessa análise evidenciou-se que dos 30 enunciados, oito (30,77%) ficaram com o P_c inferior a 80%, sendo estes oito os itens que tinham como objetivo avaliar o conhecimento. Os itens de avaliação da prática ficaram com o P_c aceitável pelo estudo, conforme apresentado na tabela 3. Ressalta-se que 20 (66,67%) itens foram modificados após sugestões dos especialistas, 4 (13,3%) foram excluídos e 6 (20%) permaneceram sem alterações na escrita. (Tabela 4)

Nesta rodada do painel de especialistas, foi solicitado aos peritos que, quando achassem necessário, fizessem comentários com sugestões para melhoria dos itens e do questionário no geral. Algumas sugestões foram acatadas e outras não, levando-se em consideração a pertinência do estudo. Por este motivo, alguns itens mesmo apresentando uma taxa superior a 80% foram modificados após as sugestões como apresentado na tabela 4. E alguns dos itens avaliados com P_c inferior a 80%, não foram excluídos, uma vez que foram reformulados de acordo com as sugestões dos peritos e foram enviados para os especialistas na segunda rodada para um novo julgamento.

Dos 28 peritos que participaram dessa primeira fase, 23 (82,14%) apresentaram sugestões, as quais foram analisadas criteriosamente e algumas acatadas outras não, conforme exemplificado na tabela 4. Os especialistas não apresentaram sugestões para 6 (20%) itens, são eles: 2.1, 2.2, 2.5, 2.11, 2.12, 2 3.8, os demais 26(80%) itens foram sugeridas modificações, como descrito na tabela 4.

Para maior confiabilidade e aprimoramento, todas as dimensões do instrumento passaram por adequações a fim de serem revalidadas na segunda rodada. Ressalta-se que todas as sugestões foram analisadas. As acatadas pela pesquisadora foram alteradas e enviadas para a segunda rodada do painel de especialistas.

Como na avaliação do conteúdo do instrumento também foram solicitadas sugestões de inserção de novos itens no questionário, caso as questões previamente elaboradas não estivessem retratando os aspectos fundamentais em cuidados paliativos, os especialistas sugeriram a inclusão de uma questão (Tabela 04- item 2.14), que se trata de um item que avalie a prática dos enfermeiros sobre a realização das doses de resgate de morfina. Este item foi enviado e avaliado na segunda rodada do painel de especialistas.

Tabela 3 - Distribuição das respostas da primeira rodada do painel de especialistas quanto à adequação dos itens do instrumento de avaliação de conhecimentos e práticas de enfermeiros em cuidados paliativos, Maceió- AL, 2018.

Domínios	Itens do Questionário	Muitíssimo Pertinente	Muito Pertinente	Pertinente	Pouco Pertinente	Nada Pertinente	P_c
1. Conceitos, fundamentos, princípios e indicações em cuidados paliativos	1.1 Cuidado Paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. (afirmativa verdadeira).	17	06	05	00	00	100
	1.2 O cuidado paliativo oferece sistema de suporte que auxilia a enfrentar o luto (afirmativa verdadeira).	14	09	05	00	00	100
	1.3 Cuidado paliativo é indicado apenas para pacientes que estão na fase final da vida (afirmativa falsa).	08	02	02	03	13	42,85
	1.4 O cuidado paliativo deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida (afirmativa verdadeira).	11	01	04	06	06	57,14
	1.5 São princípios dos Cuidados paliativos: não acelerar nem adiar a morte; integrar aspectos psicológicos e espirituais no cuidado com o paciente (afirmativa verdadeira).	19	06	03	00	00	100
	1.6 O cuidado paliativo não deve ser associado com o tratamento curativo (afirmativa falsa).	11	02	03	01	11	57,14
	1.7 É objetivo do cuidado paliativo aumentar a independência e autonomia do paciente (afirmativa verdadeira).	12	07	05	03	01	85,71
	1.8 Na minha prática profissional sempre me preocupo em avaliar a história religiosa/espiritual dos pacientes e seus familiares, identificando a importância disso para eles, assim como posso incluir estas questões nos cuidados dos pacientes e familiares (item para avaliar a prática).	19	07	02	00	00	100
	1.9 Sempre ofereço o devido cuidado e atenção aos familiares dos pacientes em que cuido (item para avaliar a prática).	19	06	03	00	00	100

2. Controle de sintomas / Comunicação	2.1 A avaliação funcional em cuidados paliativos é um dos elementos fundamentais na tomada de decisões e previsão de prognóstico (afirmativa verdadeira).	18	06	04	00	00	100
	2.2 O componente físico da dor pode se modificar sob a influência de fatores emocionais, sociais e também espirituais (afirmativa verdadeira).	24	01	03	00	00	100
	2.3 Quando a constipação causada por opioides for aliviada, os laxantes podem ser interrompidos (afirmativa falsa).	06	04	05	03	10	53,57
	2.4 Não existe dose máxima para os efeitos analgésicos dos opioides (afirmativa verdadeira).	10	05	04	03	06	67,86
	2.5 A morfina também é utilizada para aliviar o desconforto respiratório (afirmativa verdadeira).	16	05	04	01	02	89,28
	2.6 Terapias não farmacológicas são importantes no controle de sintomas (afirmativa verdadeira).	16	09	03	00	00	100
	2.7 A comunicação é uma habilidade que pode ser desenvolvida (afirmativa verdadeira).	20	07	01	00	00	100
	2.8 Não é ideal que o paciente em fase final de vida seja informado sobre o seu prognóstico, uma vez que isto irá deixá-lo deprimido (afirmativa falsa).	06	04	05	04	09	53,57
	2.9 Em relação ao manejo de opioides me sinto tranquilo em fazer a sua administração (item para avaliar a prática).	16	04	05	01	02	89,28
	2.10 Utilizo escalas para avaliar pacientes com dor (item para avaliar a prática).	20	06	02	00	00	100
	2.11 Utilizo frequentemente escalas para realizar avaliação funcional dos pacientes (item para avaliar a prática).	17	03	06	01	01	92,86
	2.12 Utilizo a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton- ESAS (item para avaliar a prática).	12	04	09	02	01	89,29
	2.13 Faço uso de técnicas e estratégias de comunicação interpessoal quando me dirijo a pacientes e familiares (item para avaliar a prática).	12	10	05	01	00	96,43

3. Procedimentos em cuidados paliativos	3.1 Hipodermóclise é o uso da via subcutânea para infusão contínua de soluções em volumes maiores (afirmativa verdadeira).	12	01	05	05	05	64,29
	3.2 A hipodermóclise pode ser utilizada em casos onde haja necessidade de reposição rápida de volume (afirmativa falsa).	08	03	04	03	10	53,57
	3.3 Nas últimas “48 horas de vida” do paciente em cuidados paliativos deve-se retirar a monitorização contínua, verificação de sinais vitais rigorosos, medidas invasivas, minimizando os procedimentos dolorosos (afirmativa verdadeira).	15	03	08	00	02	92,86
	3.4 Nas “últimas 48 horas” alimentar por meio de sondas enterais pode ser considerada uma medida fútil ou até danosa (afirmativa verdadeira).	15	00	09	02	02	85,71
	3.5 Realizo, quando necessário, hipodermóclise no serviço em que atuo (item para avaliar a prática).	16	01	07	02	02	85,71
	3.6 Ao abordar uma ferida sempre foco na pessoa portadora da lesão, compreendendo as dimensões física, psicológica, social e espiritual (item para avaliar a prática).	18	06	02	01	01	92,86
	3.7 Os cuidados com a cavidade oral estão sempre presentes nas atividades da equipe de enfermagem que atuo (item para avaliar a prática).	14	07	06	01	00	96,43
	3.8 Ao receber pacientes com ostomias, realizo um plano de cuidados objetivando uma melhor aceitação, conforto e qualidade de vida (item para avaliar a prática).	14	02	10	02	00	92,86

Tabela 4 - Modificações realizadas na primeira rodada do painel de especialistas nos itens do instrumento de avaliação de conhecimentos e práticas de enfermeiros em cuidados paliativos, Maceió- AL, 2018.

	Antes	P_c	Sugestões dos especialistas	Depois
1. Conceitos, fundamentos, princípios e indicações em cuidados paliativos	1.1 Cuidado Paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. (afirmativa verdadeira).	100	- Utilizar a definição mais recente da OMS (aceito)	1.1 Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. (afirmativa verdadeira).
	1.2 O cuidado paliativo oferece sistema de suporte que auxilia a enfrentar o luto (afirmativa verdadeira).	100	- Substituir o termo “oferece sistema” por “pode ajudar” (aceito). - Acrescentar a quem o cuidado paliativo ajuda a enfrentar o luto (aceito) - Explicar o luto como: o luto antecipado e o luto propriamente dito (não aceito).	1.2 O cuidado paliativo pode ajudar pacientes e seus familiares a enfrentar o luto. (afirmativa verdadeira).
	1.3 Cuidado paliativo é indicado apenas para pacientes que estão na fase final da vida (afirmativa falsa).	40,74	- Transformar o enunciado em verdadeiro (aceito).	1.3 O cuidado paliativo deve ser iniciado desde o diagnóstico de doenças que ameacem a continuidade da vida (afirmativa verdadeira).
	1.4 O cuidado paliativo deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida (afirmativa verdadeira).	59,26	- Afirmação confusa e dúbia (aceito).	1.4 Item excluído
	1.5 São princípios dos Cuidados paliativos: não acelerar nem adiar a morte; integrar aspectos psicológicos e espirituais no cuidado com o paciente (afirmativa verdadeira).	100	- Incluir os aspectos biológicos e sociais (aceito).	1.5 Nos cuidados paliativos considera-se: não acelerar nem adiar a morte; integrar aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais no cuidado com o paciente (afirmativa verdadeira).

	1.6 O cuidado paliativo não deve ser associado com o tratamento curativo (afirmativa falsa).	55,55	- Transformar o enunciado em verdadeiro (aceito).	1.6 O cuidado paliativo pode ser iniciado concomitantemente com o tratamento curativo (afirmativa verdadeira).
	1.7 É objetivo do cuidado paliativo aumentar a independência e autonomia do paciente (afirmativa verdadeira).	85,18	- Substituir o termo aumentar por proporcionar (aceito). - Acrescentar o “sempre que possível” (aceito).	1.7 Dentre os objetivos do cuidado paliativo está, quando possível, o de proporcionar a independência e autonomia do paciente (afirmativa verdadeira).
	1.8 Na minha prática profissional sempre me preocupo em avaliar a história religiosa/espiritual dos pacientes e seus familiares, identificando a importância disso para eles, assim como posso incluir estas questões nos cuidados dos pacientes e familiares (item para avaliar a prática).	100	- Retirar o “Na minha prática profissional sempre”	1.8 Realizo avaliação da história religiosa/espiritual dos pacientes e seus familiares, identificando a importância disso para eles, assim como posso incluir estas questões nos cuidados prestados (item para avaliar a prática).
	1.9 Sempre ofereço o devido cuidado e atenção aos familiares dos pacientes em que cuido (item para avaliar a prática).	100	- Substituir “devido cuidado” por “cuidados que contemplam as dimensões física, psicossocial e espiritual” (aceito). - Retirar a palavra sempre. (aceito)	1.9 Ofereço cuidados que contemplam as dimensões física, psicossocial e espiritual aos familiares dos pacientes que cuido (item para avaliar a prática).
2. Controle de sintomas/Comunicação	2.1 A avaliação funcional em cuidados paliativos é um dos elementos fundamentais na tomada de decisões e previsão de prognóstico (afirmativa verdadeira).	100	-	2.1 Item permanece sem alterações
	2.2 O componente físico da dor pode se modificar sob a influência de fatores emocionais, sociais e também espirituais (afirmativa verdadeira).	100	-	2.2 Item permanece sem alterações
	2.3 Quando a constipação causada por opioides for aliviada, os laxantes podem ser interrompidos (afirmativa falsa).	55,55	- Afirmação confusa (aceito)	2.3 Item excluído

2.4 Não existe dose máxima para os efeitos analgésicos dos opioides (afirmativa verdadeira).	70,37	- Afirmação deve ser reescrita, levando em consideração que existe a titulação da dose para cada paciente. (aceito) - Acrescentar opioides fortes. (aceito)	2.4 A utilização clínica de opioides fortes para o alívio da dor tem como princípio básico a titulação da dose para cada paciente até se atingir um nível aceitável de analgesia, limitado pelos efeitos adversos não existindo dose máxima pré-estabelecida (afirmativa verdadeira).
2.5 A morfina também é utilizada para aliviar o desconforto respiratório (afirmativa verdadeira).	88,89	-	2.5 Item permanece sem alterações.
2.6 Terapias não farmacológicas são importantes no controle de sintomas (afirmativa verdadeira).	100	- Substituir o termo “terapias não farmacológicas” por práticas integrativas e complementares. (aceito)	2.6 Práticas integrativas e complementares são importantes no controle de sintomas em cuidados paliativos (afirmativa verdadeira).
2.7 A comunicação é uma habilidade que pode ser desenvolvida (afirmativa verdadeira).	100	- Reformular o item destacando que a comunicação é uma habilidade que pode ser adquirida com capacitações. (aceito) -Substituir “comunicação” por “técnicas ou estratégias de comunicação interpessoal”. (aceito)	2.7 O conhecimento de técnicas ou estratégias de comunicação interpessoal é uma habilidade que todos os profissionais de saúde necessitam ter e esta pode ser adquirida com adequada capacitação (afirmativa verdadeira).
2.8 Não é ideal que o paciente em fase final de vida seja informado sobre o seu prognóstico, uma vez que isto irá deixá-lo deprimido (afirmativa falsa).	51,85	- Afirmação confusa (aceito)	2.8 Item excluído
2.9 Em relação ao manejo de opioides me sinto tranquilo em fazer a sua administração (item para avaliar a prática).	88,89	- Reformular o item evidenciando se o profissional sabe identificar quando o paciente está apresentando reação de intoxicação aos opioides. (aceito)	2.9 Sei identificar quando o paciente está apresentando reação de intoxicação aos opioides, além de saber reverter o quadro caso isso aconteça (item para avaliar a prática).
2.10 Utilizo escalas para avaliar pacientes com dor (item para avaliar a prática).	100	- As escalas devem ser utilizadas para avaliar se existe dor e não só quando o paciente apresentar a dor. Reescrever afirmação. (aceito)	2.10 Utilizo escalas de dor para avaliar os pacientes (item para avaliar a prática).
2.11 Utilizo escalas para realizar avaliação funcional dos pacientes (item para avaliar a prática).	92,59	-	2.11 Item permanece sem alterações

	2.12 Utilizo a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton- ESAS (item para avaliar a prática).	88,89	-	2.12 Item permanece sem alterações
	2.13 Faço uso de técnicas e estratégias de comunicação interpessoal quando me dirijo a pacientes e familiares (item para avaliar a prática).	96,29	- Acrescentar: estratégias de comunicação que possam transmitir segurança e confiança aos pacientes e seus familiares. (aceito)	2.13 Faço uso de técnicas e estratégias de comunicação interpessoal com o objetivo de transmitir segurança e confiança aos pacientes e seus familiares (item para avaliar a prática).
	2.14 Item acrescentado		- Acrescentar item sobre dose de resgate da morfina. (aceito)	2.14 Não espero o aparecimento da dor nos pacientes para administrar medicamentos analgésicos. E quando o paciente faz uso de morfina, realizo doses de resgate da mesma nos intervalos das doses habituais se a dor reaparecer e conforme prescrição médica (item para avaliar a prática).
3. Procedimentos em cuidados paliativos	3.1 Hipodermóclise é o uso da via subcutânea para infusão contínua de soluções em volumes maiores (afirmativa verdadeira).	66,67	- Acrescentar o volume máximo permitido por sítio de punção. (aceito)	3.1 Hipodermóclise é um método que consiste na reposição de fluidos e administração de medicamentos por via subcutânea, permitindo um volume de até 1500ml em 24 horas por sítio de punção (afirmativa verdadeira).
	3.2 A hipodermóclise pode ser utilizada em casos onde haja necessidade de reposição rápida de volume (afirmativa falsa).	55,56	- Afirmação confusa. (aceito)	3.2 Item excluído
	3.3 Nas últimas “48 horas de vida” do paciente em cuidados paliativos deve-se retirar a monitorização contínua, verificação de sinais vitais rigorosos, medidas invasivas, minimizando os procedimentos dolorosos (afirmativa verdadeira).	92,59	- Substituir o termo “Nas últimas 48 horas de vida”. (aceito) - Substituir “deve-se” por “pode-se”. (aceito)	3.3 Em momentos finais de vida do paciente em cuidados paliativos pode-se retirar a monitorização contínua, verificação de sinais vitais rigorosos, medidas invasivas, minimizando os procedimentos dolorosos (afirmativa verdadeira).
	3.4 Nas “últimas 48 horas” alimentar por meio de sondas enterais pode ser considerada uma medida fútil ou até danosa (afirmativa verdadeira).	88,89	Substituir o termo “Nas últimas 48 horas de vida”. (aceito)	3.4 Em momentos finais de vida do paciente em cuidados paliativos alimentar por meio de sondas enterais pode ser considerada uma medida fútil ou até danosa (afirmativa verdadeira).

3.5 Realizo, quando necessário, hipodermóclise no serviço em que atuo (item para avaliar a prática).	85,18	- Substituir “quando” por “sempre”. (aceito)	3.5 Realizo, sempre necessário, hipodermóclise no serviço em que atuo (item para avaliar a prática).
3.6 Ao abordar uma ferida sempre foco na pessoa portadora da lesão, compreendendo as dimensões física, psicológica, social e espiritual (item para avaliar a prática).	92,59	- Reformular a questão. (aceito)	3.6 Ao cuidar de uma ferida sempre foco na pessoa compreendendo as dimensões física, psicológica, social e espiritual (item para avaliar a prática).
3.7 Os cuidados com a cavidade oral estão sempre presentes nas atividades da equipe de enfermagem que atuo (item para avaliar a prática).	96,29	- Substituir “que atuo” por “faço parte”. (aceito)	3.7 Os cuidados com a cavidade oral estão sempre presentes nas atividades da equipe de enfermagem que faço parte (item para avaliar a prática).
3.8 Ao receber pacientes com ostomias, realizo um plano de cuidados objetivando uma melhor aceitação, conforto e qualidade de vida (item para avaliar a prática).	92,86	-	3.8 Item permanece sem alterações

5.2.3. Seleção dos peritos na segunda rodada do painel de especialistas

Esta fase do estudo trata-se da segunda rodada do painel de especialistas, na qual, após serem realizadas as correções sugeridas pelos peritos na primeira rodada, foi enviado um segundo e-mail com o instrumento de pesquisa reformulado contendo 27 enunciados, dos quais, 16 possuíam o objetivo de avaliar o conhecimento e 11 a prática.

Esta etapa ocorreu durante o mês de julho de 2018, o questionário foi enviado para os 28 especialistas que aceitaram participar da pesquisa na primeira etapa, destes 19 (67,86%) concordaram mais uma vez em participar do estudo, de modo que se apresenta na tabela 5 a caracterização desses especialistas.

Nesta rodada, dos 19 especialistas que participaram, 17 (89,47%) eram do sexo feminino, 09 (47,37%) apresentavam faixa etária entre 36 a 45 anos, eram procedentes de 9 estados brasileiros diferentes, sendo os mais prevalentes o Rio Grande do Sul 5 (26,31%) e Paraíba 4 (21,05%), 09 (47,37%) referiram apresentar experiência em cuidados maior que 11 anos, 17 (89,47%) eram mestres, 08 (42,10%) apresentavam experiência com pesquisa e docência em cuidados paliativos, 06 (31,58%) com assistência e pesquisa e 5 (26,31) com assistência pesquisa e docência.. Os resultados da caracterização foram apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 - Caracterização dos peritos que participaram da segunda etapa de validação do conteúdo do instrumento de avaliação de conhecimentos e práticas de enfermeiros em cuidados paliativos, Maceió-AL, 2018.

CARACTERÍSTICAS	N	%
Sexo		
Feminino	17	89,47
Masculino	02	10,53
Idade		
> a 35	03	15,79
36 a 45	09	47,37
46 a 55	02	10,53
56 a 65	04	21,05
> 66 anos	01	5,26
Estado de Residência		
RS	05	26,31
PR	02	10,53
MG	01	5,26
SP	01	5,26
RJ	02	10,53
PA	01	5,26
PE	02	10,53
PB	04	21,05
BH	01	5,26
Nível de Formação em Cuidados Paliativos		
Curso de aperfeiçoamento	11	57,89
Residência	03	15,79
Pós-graduação lato sensu	07	36,84
Mestrado	17	89,47
Doutorado	11	57,89
Pós Doutorado	00	00
Experiência em Cuidados Paliativos		
Não	00	00
Sim	19	100
Assistência <input type="checkbox"/> Pesquisa/Ensino	05	26,31
Assistência/Pesquisa	06	31,58
Pesquisa/Ensino	08	42,10
Tempo de atuação em Cuidados Paliativos		
< 5 anos	02	10,53
6 a 10 anos	08	42,10
11 a 20 anos	09	47,37

5.2.4. Segunda Rodada do Painel de Especialistas

Para a mensuração da aceitação de cada item do questionário pelo especialista, foi utilizada uma escala de Likert de cinco pontos (1 = discordo totalmente; 2 = discordo; 3 = não

concordo e nem discordo; 4 = concordo; 5 = concordo totalmente) e foi solicitado aos peritos que, quando achassem necessário, fizessem comentários com sugestões para melhoria dos itens e do questionário no geral. A tabela 07 apresenta todos os itens do questionário e as sugestões dos especialistas para cada item.

Após finalizar a avaliação por parte dos peritos, os itens do questionário foram organizados e analisados pelo cálculo do Percentual de concordância (P_c), sendo adotado uma taxa aceitável superior ou igual a 80%. Na escala de Likert os itens marcados como 1, 2, ou 3 foram considerados como inadequados e os itens marcados como 4 (concordo) ou 5 (concordo totalmente) foram considerados adequados. A tabela 06, apresenta os 27 itens do questionário relacionados a avaliação do grau de pertinência juntamente com o P_c dos especialistas.

Nesta segunda rodada do painel de experts, apesar dos juízes terem respondido à pergunta: “Você considera pertinente incluir este item no instrumento?” para obter a validação de conteúdo do instrumento, foi feita uma análise qualitativa das respostas, bem como das sugestões de exclusão/inclusão de itens e de alterações para melhorar a compreensão.

Dessa análise demonstrou-se que dos 27 enunciados, 02 (7,41%) ficaram com o P_c inferior a 80%, sendo estes itens que tinham como objetivo avaliar a prática. Os itens de avaliação do conhecimento ficaram com o P_c aceitável pelo estudo, conforme apresentado na tabela 7. Dos itens do instrumento, 11 (40,74%) foram modificados após sugestões dos especialistas, 2 (7,41%) foram excluídos e 14 (51,85%) permaneceram sem alterações na escrita. (Tabela 7)

Vale salientar que os 4 itens que ficaram com o P_c inferior a 80% na primeira rodada, porém não foram excluídos e sim modificados após as sugestões dos peritos na segunda fase do painel, todos estes passaram a ter o P_c superior a 80%. O item 1.3 que na primeira fase apresentou P_c de 40,74% na segunda passou para 100%, o item 1.6 de 55,55% foi para 100%, o item 2.4 com 70,34% passou para 100% e o item 3.1 foi de 66,67 para 84,21%.

No item 3.4 (Tabela7) foi sugerido por um dos especialistas, reformular a frase no sentido de que o enfermeiro pode sugerir ao médico a prescrição de medicamentos por hipodermoclise, foi optado em acatar esta recomendação e apenas este item foi enviado para os especialistas, que participaram da segunda rodada, avaliarem a sua pertinência.

O Item 3.4 foi enviado para os 19 participantes, destes 11 (57,89%) aceitaram participar e após a avaliação dos especialistas, o item obteve aceitação de 90,91% conforme apresentado na tabela 8. Assim, o item 3.4 foi alterado, após sugestões, para a versão do questionário final.

Tabela 6 - Distribuição das respostas da segunda rodada do painel de especialistas quanto à adequação dos itens do instrumento de avaliação de conhecimentos e práticas de enfermeiros em cuidados paliativos, Maceió- AL, 2018.

Domínios	Itens do Questionário	Concordo Totalmente	Concordo	Não Concordo e nem Discordo	Discordo	Discordo Totalmente	P_c
1. Conceitos, fundamentos, princípios e indicações em cuidados paliativos	1.1 Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. (afirmativa verdadeira).	16	02	00	00	01	94,74
	1.2 O cuidado paliativo pode ajudar pacientes e seus familiares a enfrentar o luto. (afirmativa verdadeira).	14	02	01	02	00	84,21
	1.3 O cuidado paliativo deve ser iniciado desde o diagnóstico de doenças que ameacem a continuidade da vida (afirmativa verdadeira).	14	05	00	00	00	100
	1.4 Nos cuidados paliativos considera-se: não acelerar nem adiar a morte; integrar aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais no cuidado com o paciente (afirmativa verdadeira).	15	03	01	00	00	94,74
	1.5 O cuidado paliativo pode ser iniciado concomitantemente com o tratamento curativo (afirmativa verdadeira).	14	05	00	00	00	100
	1.6 Dentre os objetivos do cuidado paliativo está, quando possível, o de proporcionar a independência e autonomia do paciente (afirmativa verdadeira).	12	05	01	01	00	89,47
	1.7 Realizo avaliação da história religiosa/espiritual dos pacientes e seus familiares, identificando a importância disso para eles, assim como posso incluir estas questões nos cuidados prestados (item para avaliar a prática).	14	04	00	01	00	94,74

	1.8 Ofereço cuidados que contemplam as dimensões física, psicossocial e espiritual aos familiares dos pacientes que cuida (item para avaliar a prática).	15	04	00	00	00	100
2. Controle de sintomas / Comunicação	2.1 A avaliação funcional em cuidados paliativos é um dos elementos fundamentais na tomada de decisões e previsão de prognóstico (afirmativa verdadeira).	13	05	00	01	00	94,74
	2.2 O componente físico da dor pode se modificar sob a influência de fatores emocionais, sociais e também espirituais (afirmativa verdadeira).	14	05	00	00	00	100
	2.3 A utilização clínica de opioides fortes para o alívio da dor tem como princípio básico a titulação da dose para cada paciente até se atingir um nível aceitável de analgesia, limitado pelos efeitos adversos não existindo dose máxima pré-estabelecida (afirmativa verdadeira).	13	06	00	00	00	100
	2.4 A morfina também é utilizada para aliviar o desconforto respiratório (afirmativa verdadeira).	13	06	00	00	00	100
	2.5 Práticas integrativas e complementares são importantes no controle de sintomas em cuidados paliativos (afirmativa verdadeira).	16	03	00	00	00	100
	2.6 O conhecimento de técnicas ou estratégias de comunicação interpessoal é uma habilidade que todos os profissionais de saúde necessitam ter e esta pode ser adquirida com adequada capacitação (afirmativa verdadeira).	13	05	00	01	00	94,74
	2.7 Sei identificar quando o paciente está apresentando reação de intoxicação aos opioides, além de saber reverter o quadro caso isso aconteça (item para avaliar a prática).	11	05	01	00	02	84,21
	2.8 Utilizo escalas de dor para avaliar os pacientes (item para avaliar a prática).	16	03	00	00	00	100
	2.9 Não espero o aparecimento da dor nos pacientes para administrar medicamentos analgésicos. E quando o paciente faz uso de morfina, realizo doses de resgate da mesma nos intervalos das doses habituais se a dor	12	04	01	02	00	84,21

	reaparecer e conforme prescrição médica (item para avaliar a prática).						
	2.10 Utilizo escalas para realizar avaliação funcional dos pacientes (item para avaliar a prática).	13	06	00	00	00	100
	2.11 Utilizo a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton- ESAS (item para avaliar a prática).	10	05	02	00	02	78,95
	2.12 Faço uso de técnicas e estratégias de comunicação interpessoal com o objetivo de transmitir segurança e confiança aos pacientes e seus familiares (item para avaliar a prática).	15	04	00	00	00	100
3. Procedimentos em cuidados paliativos	3.1 Hipodermóclise é um método que consiste na reposição de fluidos e administração de medicamentos por via subcutânea, permitindo um volume de 1500ml em 24 horas por sítio de punção (afirmativa verdadeira).	10	06	01	02	00	84,21
	3.2 Em momentos finais de vida do paciente em cuidados paliativos pode-se retirar a monitorização contínua, verificação de sinais vitais rigorosos, medidas invasivas, minimizando os procedimentos dolorosos (afirmativa verdadeira).	14	03	01	01	00	89,47
	3.3 Em momentos finais de vida do paciente em cuidados paliativos alimentar por meio de sondas enterais pode ser considerada uma medida fútil ou até danosa (afirmativa verdadeira).	14	04	00	01	00	94,74
	3.4 Realizo, sempre necessário, hipodermóclise no serviço em que atuo (item para avaliar a prática).	11	05	03	00	00	84,21
	3.5 Ao cuidar de uma ferida sempre foco na pessoa compreendendo as dimensões física, psicológica, social e espiritual (item para avaliar a prática).	14	05	00	00	00	100
	3.6 Os cuidados com a cavidade oral estão sempre presentes nas atividades da equipe de enfermagem que faço parte (item para avaliar a prática).	13	06	00	00	00	100
	3.7 Ao receber pacientes com ostomias, realizo um plano de cuidados objetivando uma melhor aceitação, conforto e qualidade de vida (item para avaliar a prática).	10	05	03	00	01	78,95

Tabela 7 - Modificações realizadas na segunda rodada do painel de especialistas nos itens do instrumento de avaliação de conhecimentos e práticas de enfermeiros em cuidados paliativos, Maceió- AL, 2018.

	Antes	P_c	Sugestões dos especialistas	Depois
1. Conceitos, fundamentos, princípios e indicações em cuidados paliativos	1.1 Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. (afirmativa verdadeira).	94,74	-Acrescentar a palavra “interdisciplinar” em: cuidado paliativo é uma abordagem interdisciplinar que promove... (não aceito)	1.1 Item permanece sem alterações
	1.2 O cuidado paliativo pode ajudar pacientes e seus familiares a enfrentar o luto. (afirmativa verdadeira).	84,21	-Retirar que cuidado paliativo pode ajudar pacientes a enfrentar o luto e deixar apenas os familiares. (não aceito)	1.2 Item permanece sem alterações
	1.3 O cuidado paliativo deve ser iniciado desde o diagnóstico de doenças que ameacem a continuidade da vida (afirmativa verdadeira).	100	-	1.3 Item permanece sem alterações
	1.4 Nos cuidados paliativos considera-se: não acelerar nem adiar a morte; integrar aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais no cuidado com o paciente (afirmativa verdadeira).	94,74	-	1.4 Item permanece sem alterações
	1.5 O cuidado paliativo pode ser iniciado concomitantemente com o tratamento curativo (afirmativa verdadeira).	100	- Mudar o termo “tratamento curativo” para “tratamento modificador da doença”. (aceito)	1.5 O cuidado paliativo pode ser iniciado concomitantemente com o tratamento modificador da doença (afirmativa verdadeira).

	1.6 Dentre os objetivos do cuidado paliativo está, quando possível, o de proporcionar a independência e autonomia do paciente (afirmativa verdadeira).	89,47	- Item confuso, retirar a palavra independência. (não aceito)	1.6 Item permanece sem alterações
	1.7 Realizo avaliação da história religiosa/espiritual dos pacientes e seus familiares, identificando a importância disso para eles, assim como posso incluir estas questões nos cuidados prestados (item para avaliar a prática).	94,74	-	1.7 Item permanece sem alterações
	1.8 Ofereço cuidados que contemplam as dimensões física, psicossocial e espiritual aos familiares dos pacientes que cuido (item para avaliar a prática).	100	-	1.8 Item permanece sem alterações
2. Controle de sintomas/Comunicação	2.1 A avaliação funcional em cuidados paliativos é um dos elementos fundamentais na tomada de decisões e previsão de prognóstico (afirmativa verdadeira).	94,74	- Incluir que é fundamental para a elaboração de um plano individual de cuidados (aceito)	2.1 A avaliação funcional em cuidados paliativos é um dos elementos fundamentais na tomada de decisões, previsão de prognóstico e elaboração de um plano individual de cuidados (afirmativa verdadeira).
	2.2 O componente físico da dor pode se modificar sob a influência de fatores emocionais, sociais e também espirituais (afirmativa verdadeira).	100	-	2.2 Item permanece sem alterações
	2.3 A utilização clínica de opioides fortes para o alívio da dor tem como princípio básico a titulação da dose para cada paciente até se atingir um nível aceitável de analgesia, limitado pelos efeitos adversos não existindo dose máxima pré-estabelecida (afirmativa verdadeira).	100	- Retirar a palavra “clínica”. (aceito)	2.3 A utilização de opioides fortes para o alívio da dor tem como princípio básico a titulação da dose para cada paciente até se atingir um nível aceitável de analgesia, limitado pelos efeitos adversos não existindo dose máxima pré-estabelecida (afirmativa verdadeira).

2.4 A morfina também é utilizada para aliviar o desconforto respiratório (afirmativa verdadeira).	100	-	2.4 Item permanece sem alterações
2.5 Práticas integrativas e complementares são importantes no controle de sintomas em cuidados paliativos (afirmativa verdadeira).	100	-	2.5 Item permanece sem alterações
2.6 O conhecimento de técnicas ou estratégias de comunicação interpessoal é uma habilidade que todos os profissionais de saúde necessitam ter e esta pode ser adquirida com adequada capacitação (afirmativa verdadeira).	94,74	-	2.6 Item permanece sem alterações
2.7 Sei identificar quando o paciente está apresentando reação de intoxicação aos opioides, além de saber reverter o quadro caso isso aconteça (item para avaliar a prática).	84,21	- Acrescentar: quando o paciente está apresentando sinais e sintomas de intoxicação aos opioides... (aceito)	2.7 Sei identificar quando o paciente está apresentando sinais e sintomas de intoxicação aos opioides, além de saber reverter o quadro caso isso aconteça (item para avaliar a prática).
2.8 Utilizo escalas de dor para avaliar os pacientes (item para avaliar a prática).	100	-	2.8 Item permanece sem alterações
2.9 Não espero o aparecimento da dor nos pacientes para administrar medicamentos analgésicos. E quando o paciente faz uso de morfina, realizo doses de resgate da mesma nos intervalos das doses habituais se a dor reaparecer e conforme prescrição médica (item para avaliar a prática).	84,21	- Reescrever a primeira frase focando que os analgésicos devem ser administrados em pacientes com dor. (aceito)	2.9 Em pacientes com dor, não espero seu aparecimento para administrar medicamentos analgésicos. E quando o paciente faz uso de morfina, realizo doses de resgate da mesma nos intervalos das doses habituais se a dor reaparecer e conforme prescrição médica (item para avaliar a prática).
2.10 Utilizo escalas para realizar avaliação funcional dos pacientes (item para avaliar a prática).	100	-	2.10 Item permanece sem alterações

	2.11 Utilizo a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton- ESAS (item para avaliar a prática).	78,95	- Retirar item (aceito)	2.11 Item excluído
	2.12 Faço uso de técnicas e estratégias de comunicação interpessoal com o objetivo de transmitir segurança e confiança aos pacientes e seus familiares (item para avaliar a prática).	100	-	2.12 Item permanece sem alterações
3. Procedimentos em cuidados paliativos	3.1 Hipodermóclise é um método que consiste na reposição de fluidos e administração de medicamentos por via subcutânea, permitindo um volume de 1500ml em 24 horas por sítio de punção (afirmativa verdadeira).	84,21	- Acrescentar de até 1500 ml/24h, levando em consideração o local da punção (aceito) - Acrescentar que é permitido até dois sítios de punção simultâneos (aceito)	3.1 Hipodermóclise é um método que consiste na reposição de fluidos e administração de medicamentos por via subcutânea, permitindo um volume de até 1500ml/24h, a depender do local da punção, sendo permitido até dois sítios de punção simultâneos (afirmativa verdadeira).
	3.2 Em momentos finais de vida do paciente em cuidados paliativos pode-se retirar a monitorização contínua, verificação de sinais vitais rigorosos, medidas invasivas, minimizando os procedimentos dolorosos (afirmativa verdadeira).	89,47	-	3.2 Em momentos finais de vida do paciente em cuidados paliativos pode-se retirar a monitorização contínua, verificação de sinais vitais rigorosos, medidas invasivas, minimizando os procedimentos dolorosos (afirmativa verdadeira).
	3.3 Em momentos finais de vida do paciente em cuidados paliativos, alimentar por meio de sondas enterais pode ser considerada uma medida fútil ou até danosa (afirmativa verdadeira).	94,74	-	3.3 Em momentos finais de vida do paciente em cuidados paliativos, alimentar por meio de sondas enterais pode ser considerada uma medida fútil ou até danosa (afirmativa verdadeira).
	3.4 Realizo, sempre necessário, hipodermóclise no serviço em que atuo (item para avaliar a prática).	84,21	Reformular a frase no sentido de que o enfermeiro pode sugerir ao médico a prescrição de medicamentos por hipodermóclise. (aceito)	3.4 Realizo, sempre necessário, hipodermóclise no serviço em que atuo (item para avaliar a prática).
	3.5 Ao cuidar de uma ferida sempre foco na pessoa compreendendo as dimensões física, psicológica, social	100	-	3.5 Ao cuidar de uma ferida sempre foco na pessoa compreendendo as dimensões física, psicológica, social e espiritual (item para avaliar a prática).

e espiritual (item para avaliar a prática).			
3.6 Os cuidados com a cavidade oral estão sempre presentes nas atividades da equipe de enfermagem que faço parte (item para avaliar a prática).	100	-	3.6 Os cuidados com a cavidade oral estão sempre presentes nas atividades da equipe de enfermagem que faço parte (item para avaliar a prática).
3.7 Ao receber pacientes com ostomias, realizo um plano de cuidados objetivando uma melhor aceitação, conforto e qualidade de vida (item para avaliar a prática).	78,95	- Não é um item específico que avalia a prática em CP. (aceito)	3.7 Item excluído

Tabela 8 - Distribuição das respostas da terceira rodada do painel de especialistas quanto à adequação do item 3.4 do instrumento de avaliação de conhecimentos e práticas de enfermeiros em cuidados paliativos, Maceió- AL, 2018.

Domínios	Itens do Questionário	Concordo Totalmente	Concordo	Não Concordo e nem Discordo	Discordo	Discordo Totalmente	P_c
3. Procedimentos em cuidados paliativos	3.4 Sugiro ao médico a prescrição de medicamentos por hipodermóclise sempre que possível e indicado (item para avaliar a prática).	07	03	01	00	00	90,91
	Antes	P_c	Sugestões dos especialistas		Depois		
	3.4 Sugiro ao médico a prescrição de medicamentos por hipodermóclise sempre que possível e indicado (item para avaliar a prática).	90,91	- Sem sugestões.		3.4 Sugiro ao médico a prescrição de medicamentos por hipodermóclise sempre que possível e indicado (item para avaliar a prática).		

5.3. Versão Final do Questionário

Após finalizar a avaliação por parte dos peritos, o questionário final (CCPENF) apresenta 25 itens, dos quais 15 tem o objetivo de avaliar o conhecimento e 10 a prática dos enfermeiros em cuidados paliativos. O primeiro domínio apresenta 8 itens, destes 6 com o objetivo de avaliar o conhecimento e 2 a prática, o segundo domínio possui 11 itens, dos quais 6 são para avaliar o conhecimento e 5 a prática e o terceiro domínio é constituído por 6 itens, 3 para avaliar o conhecimento e 3 a prática (Quadro 4)

Quadro 4 Questionário final para avaliação de conhecimentos e práticas de enfermeiros sobre cuidados paliativos, 2018.

1	2	3	4	5	Numeração Atribuída
Concordo Totalmente	Concordo	Não Concordo e nem Discordo	Discordo	Discordo Totalmente	
1. CONCEITOS, FUNDAMENTOS, PRINCÍPIOS E INDICAÇÕES EM CUIDADOS PALIATIVOS					
1.1	Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.				
1.2	O cuidado paliativo pode ajudar pacientes e seus familiares a enfrentar o luto.				
1.3	O cuidado paliativo deve ser iniciado desde o diagnóstico de doenças que ameacem a continuidade da vida (afirmativa verdadeira).				
1.4	Nos cuidados paliativos considera-se: não acelerar nem adiar a morte; integrar aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais no cuidado com o paciente				
1.5	O cuidado paliativo pode ser iniciado concomitantemente com o tratamento modificador da doença.				
1.6	Dentre os objetivos do cuidado paliativo está, quando possível, o de proporcionar a independência e autonomia do paciente				
1.7	Realizo avaliação da história religiosa/espiritual dos pacientes e seus familiares, identificando a importância disso para eles, assim como posso incluir estas questões nos cuidados prestados				
1.8	Ofereço cuidados que contemplam as dimensões física, psicossocial e espiritual aos familiares dos pacientes que cuido				
2. CONTROLE DE SINTOMAS/ COMUNICAÇÃO					
2.1	A avaliação funcional em cuidados paliativos é um dos elementos fundamentais na tomada de decisões, previsão de prognóstico e elaboração de um plano individual de cuidados.				
2.2	O componente físico da dor pode se modificar sob a influência de fatores emocionais, sociais e também espirituais.				
2.3	A utilização de opioides fortes para o alívio da dor tem como princípio básico a titulação da dose para cada paciente até se atingir um nível				

	aceitável de analgesia, limitado pelos efeitos adversos não existindo dose máxima pré-estabelecida	
2.4	A morfina também é utilizada para aliviar o desconforto respiratório.	
2.5	Práticas integrativas e complementares são importantes no controle de sintomas em cuidados paliativos.	
2.6	O conhecimento de técnicas ou estratégias de comunicação interpessoal é uma habilidade que todos os profissionais de saúde necessitam ter e esta pode ser adquirida com adequada capacitação.	
2.7	Sei identificar quando o paciente está apresentando sinais e sintomas de intoxicação aos opioides, além de saber reverter o quadro caso isso aconteça.	
2.8	Utilizo escalas de dor para avaliar os pacientes.	
2.9	Em pacientes com dor, não espero seu aparecimento para administrar medicamentos analgésicos. E quando o paciente faz uso de morfina, realizo doses de resgate da mesma nos intervalos das doses habituais se a dor reaparecer e conforme prescrição médica.	
2.10	Utilizo escalas para realizar avaliação funcional dos pacientes.	
2.11	Faço uso de técnicas e estratégias de comunicação interpessoal com o objetivo de transmitir segurança e confiança aos pacientes e seus familiares.	
3. PROCEDIMENTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS		
3.1	Hipodermóclise é um método que consiste na reposição de fluidos e administração de medicamentos por via subcutânea, permitindo um volume de até 1500ml/24h, a depender do local da punção, sendo permitido até dois sítios de punção simultâneos.	
3.2	Em momentos finais de vida do paciente em cuidados paliativos pode-se retirar a monitorização contínua, verificação de sinais vitais rigorosos, medidas invasivas, minimizando os procedimentos dolorosos	
3.3	Em momentos finais de vida do paciente em cuidados paliativos, alimentar por meio de sondas enterais pode ser considerada uma medida fútil ou até danosa	
3.4	Sugiro ao médico a prescrição de medicamentos por hipodermóclise sempre que possível e indicado.	
3.5	Ao cuidar de uma ferida sempre foco na pessoa compreendendo as dimensões física, psicológica, social e espiritual.	
3.6	Os cuidados com a cavidade oral estão sempre presentes nas atividades da equipe de enfermagem que faço parte.	

6. DISCUSSÃO

6.1. Discussão da revisão integrativa

Os temas emergentes no conhecimento da enfermagem sobre os cuidados paliativos que se mostraram de maior relevância na leitura dos periódicos da enfermagem foram organizados em três categorias que emergiram durante a análise. São estas: 1- conceitos, fundamentos, princípios e indicações em cuidados paliativos, 2- controle de sintomas e comunicação e 3- procedimentos em cuidados paliativos.

6.1.1. Conceitos, fundamentos, princípios e indicações em cuidados paliativos

A assistência ao paciente com doença terminal envolve múltiplos aspectos, além do biológico os aspectos psicológicos, sociais, culturais, espirituais e econômicos devem ser considerados, assim como conceitos e crenças relacionados ao processo de saúde-doença (SILVA, et al, 2015).

Atualmente compreendem-se os cuidados paliativos como uma abordagem voltada para promover a melhor qualidade de vida possível àqueles pacientes com doenças avançadas e sem possibilidade de cura de sua condição de saúde e a sua família, através de técnicas que promovam o conforto, porém sem intervir em sua sobrevida. Nesse contexto, o objetivo dos cuidados é de resguardar não a integridade corporal ou a saúde, mas a dignidade humana (FERNANDES, et al, 2013; SILVA, et al, 2015).

Deve-se entender cuidados paliativos como um conceito que permeia todo o cuidado, ou seja, do diagnóstico à morte, incluindo o processo de luto. Em síntese, cuidados paliativos afirmam seis princípios: valoriza a vida e considera a morte como um processo natural; nem abrevia nem prolonga a vida; provê o alívio da dor e outros sintomas; integra os aspectos psicológicos e espirituais dos cuidados, permitindo oportunidades para o crescimento; oferece uma equipe interdisciplinar e um sistema de suporte para a família durante a doença do indivíduo e no período de enlutamento (MESA, et al, 2013).

De início, os cuidados paliativos eram oferecidos exclusivamente a portadores de câncer, mas, com o passar do tempo, se estenderam a pacientes acometidos por outras doenças graves, tais como as doenças cardiovasculares e pulmonares, por exemplo (MESA, et al, 2013; ANDRADE, 2014).

Nessa perspectiva, os cuidados paliativos oferecem suporte por meio de uma equipe multidisciplinar, cujos profissionais, do ponto de vista ético, tenham a possibilidade de refletir e compreender as decisões, que devem ser restritas e relacionadas à necessidade de cada paciente e da família, para garantir sua dignidade (ANDRADE; ALVES; COSTA, 2014). Conforme alguns estudos os cuidados paliativos são imprescindíveis para o cuidado prestado ao paciente e aos familiares na fase final da vida e estão totalmente inseridos no campo de reflexão da Bioética (ANDRADE; ALVES; COSTA, 2014; LUZ; SILVA; FERNANDES, 2012; NAVA; JUAREZ, 2014).

Em relação aos princípios da Bioética, uma pesquisa realça que a dignidade humana é o verdadeiro pilar através do qual emanam os princípios e que deve estar presente, em todas as decisões e intervenções, como também nos mostra como exemplo os princípios da Bioética aplicados à saúde: o princípio da beneficência, da não maleficência, do respeito pela autonomia e da justiça (NAKAZAWA, et al, 2017).

Autores corroboram a assertiva acima mencionando que, no processo de vivenciar a terminalidade da vida, o doente se encontra vulnerável, porém, muitas vezes, consciente e orientado, o que lhe dá o direito de tomar decisões relacionadas ao seu tratamento e certifique o respeito pelo princípio da autonomia. Logo, os profissionais de saúde devem avaliar, juntamente com ele, as vantagens e os riscos do tratamento, que se configuram no princípio da beneficência. Além disso, é necessário avaliar os riscos de cada decisão clínica tomada em equipe, com o paciente e seus familiares, e provê-los com o princípio da não maleficência, para lhes assegurar os recursos disponíveis e garantir uma assistência digna - princípio da justiça (LECLERC, et al, 2014).

6.1.2. Controle de sintomas e comunicação

Além da dor (um dos sintomas mais frequentes), outros sintomas acometem os indivíduos com câncer, como: anorexia, depressão, ansiedade, constipação, disfagia, dispnéia, fraqueza, entre outros. Todos diminuem de algum modo sua qualidade de vida, merecendo, portanto, a atenção dos profissionais de saúde. À medida que a doença progride, maior é a necessidade de cuidados paliativos, o que os torna quase que exclusivos ao final da vida, porém, não terminando com a morte do indivíduo com câncer (ANDRADE; ALVES; COSTA, 2014; LUZ; SILVA; FERNANDES, 2012; NAVA; JUAREZ, 2014).

A descoberta de uma doença fatal altera radicalmente as relações afetivas e desejos, assim, esses pacientes encontram novos significados para a existência, a ponto de adquirirem mais sabedoria (ANDRADE; ALVES; COSTA, 2014). Porém, o impacto da terminalidade ao mesmo tempo desperta sentimentos negativos. De acordo com OMS, cerca de um terço dos indivíduos com doença terminal apresentam algum grau de depressão ou ansiedade. Esse sofrimento psíquico é tão ou mais perturbador do que o sofrimento físico (GUZMÁN, et al, 2014).

A dor física, no entanto, representa um dos maiores medos e dificuldades enfrentadas pelo no fim da vida. Essa experiência é lembrada pelos pacientes como algo que provoca sofrimento físico e pode provocar situações de descontrole psíquico extremo podendo levar ao suicídio (LUZ; SILVA; FERNANDES, 2012).

Em vista disso, destaca-se que é preciso estabelecer uma comunicação efetiva entre o profissional da área de Saúde e o paciente/família/cuidadores, para que, através de um vínculo, haja participação efetiva no cuidar. Nesse sentido, a adequada comunicação é considerada de fundamental importância para a condução do tratamento de um paciente no final da vida (ARAÚJO; SILVA, 2012). Assim, é muito importante ouvir os familiares/pacientes e indispensável que seja respeitado o tempo de entendimento e a decisão da família, pois o processo do morrer envolve inúmeros sentimentos e não pode ser considerado apenas do ponto de vista racional (ARAÚJO; SILVA, 2012).

Para que o paciente e a família possam tomar suas próprias decisões é necessário que estejam bem informados acerca da doença e do processo de hospitalização. A qualidade da comunicação entre a equipe de saúde e paciente junto à família, principalmente na proximidade da morte, pode determinar a tomada de decisões correta para contribuir para criar um ambiente de maior tranquilidade e colaboração nas ações tomadas. Essa ação é o que melhor representa os cuidados paliativos (ARAÚJO; SILVA, 2012; ARAÚJO, et al, 2012).

Compreende-se comunicação interpessoal na área de saúde e em cuidados paliativos como um processo complexo que envolve a percepção, a compreensão e a transmissão de mensagens na interação entre pacientes e profissionais de saúde. É um processo que possui duas dimensões: a verbal, que ocorre por meio da expressão de palavras faladas ou escritas; e a não verbal, caracterizada pelo jeito e tom de voz com que palavras são ditas, por gestos que acompanham o discurso, por olhares e expressões faciais, pela postura corporal, pela distância física que as pessoas mantêm umas das outras (ARAÚJO; SILVA, 2012).

Para trabalhar com esse tipo de paciente e ajudá-lo nos enfrentamentos, é necessário ter a sensibilidade de identificar e cuidar das desordens físicas, psíquicas, sociais e espirituais. Para isso que surge o cuidado paliativo como uma modalidade interdisciplinar, que conta com diversos profissionais de saúde e consideram família e paciente como binômio de cuidado, sendo este prestado de forma holística (SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

6.1.3. Procedimentos em cuidados paliativos

O enfermeiro consegue oferecer uma assistência que objetiva a qualidade de vida e a manutenção do conforto. Essa categoria evidenciou que o cuidar em enfermagem requer competências técnico-científicas, éticas e humanísticas e necessita ser regularizado em práticas de cuidar direcionadas aos pacientes e seus familiares, levando em consideração suas particularidades e integralidade (HARDEN, et al, 2017; PAN, et al, 2017).

Alguns artigos enfocaram o papel do enfermeiro e de toda equipe da enfermagem como essencial na avaliação da dor, afirmando que, estando esses profissionais uma grande parte do tempo com os pacientes, é possível avaliar e acompanhar as alterações da dor e intervir quando necessário (HARDEN, et al, 2017; PAN, et al, 2017).

Estudos revelam que 53% a 70% dos pacientes necessitarão de via parenteral para controle eficaz dos sintomas, em decorrência da dificuldade de administração de medicamentos via oral. Esse percentual torna-se maior na medida em que o paciente evolui para as últimas horas de vida e a disponibilidade de uma via parenteral para administração de medicamentos, devido à evolução da doença e à precariedade de acesso venoso periférico, tem sido um constante desafio para as equipes de saúde no contexto dos cuidados paliativos (PONTALTI, et al, 2017).

Nos casos em que a via oral torna-se indisponível, a via de infusão de escolha para controle dos sintomas é a subcutânea, a qual visa à administração de soluções e fármacos evitando punções repetidas numa rede venosa frágil ou inacessível. Essa via apresenta a mesma eficácia da endovenosa, com a vantagem de ser menos dolorosa e com raros eventos adversos. Essa administração de fluidos pela via subcutânea é conhecida por hipodermoclise ou terapia subcutânea (PONTALTI, et al, 2017).

Outra atuação da enfermagem nos cuidados paliativos trata-se da abordagem da ferida oncológica, onde esta pode seguir duas linhas de ação. A primeira é a abordagem da lesão oncológica como um ente clínico isolado, que exige, pelas suas características e prognóstico

ímpares, uma série de condutas e protocolos bem definidos. Estas condutas frequentemente diferem das ações preconizadas para todos os outros tipos de ferida. E elas devem estar bastante claras a todos os profissionais diretamente envolvidos no tratamento das lesões, de modo que os mesmos ofereçam cuidados que deem respostas prontas e efetivas, que atendam às necessidades do doente (FERNANDES, et al; LUZ; SILVA; FERNANDES, 2012; NAVA; JUÁREZ, 2014)

A segunda linha de ação é aquela que satisfaz mais plenamente os Princípios Gerais dos Cuidados Paliativos. Não se trata da abordagem focada na ferida oncológica, mas na pessoa portadora da lesão. E essa abordagem compreende as dimensões física, psicológica, social e espiritual (LUZ; SILVA; FERNANDES, 2012; NAVA; JUÁREZ, 2014).

Nesta prática ações objetivas de cunho pragmático como o controle da dor, domínio da técnica de hipodermólise, curativos nas lesões malignas cutâneas – frequentemente ditas “feridas tumorais” –, técnicas de comunicação terapêutica, cuidados espirituais, zelo pela manutenção do asseio, da higiene, medidas de conforto, gerenciamento da equipe de enfermagem, e o trabalho junto às famílias e comunicação com a equipe multidisciplinar, são requisitos fundamentais para a melhor atuação do enfermeiro em Cuidados Paliativos (LUZ; SILVA; FERNANDES, 2012; CAMPLING et al, 2017; DATTA et al, 2017).

As habilidades do enfermeiro deverão estar voltadas para a avaliação sistemática dos sinais e sintomas; para o auxílio da equipe multiprofissional no estabelecimento de prioridades para cada cliente, para a interação da dinâmica familiar e especialmente para o reforço das orientações clínicas, a fim de que os objetivos terapêuticos traçados pela equipe multidisciplinar sejam alcançados (ANDRADE, et al, 2014).

Trata-se de cuidados sensíveis e de educação, que demandam ações de proximidade física e afetiva para que muitas orientações se efetivem na prática. Por isso é que a competência relacional do enfermeiro recebe destaque nos Cuidados Paliativos. Tanto para a equipe, quanto para o paciente e para a instituição, é necessário que este profissional tenha habilidades de comunicação, pois estas asseguram o melhor desenvolvimento de suas práticas clínicas (FERNANDES, et al, 2013; SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

Inserido na equipe multidisciplinar, é papel do enfermeiro atuar em prol da comunicação eficaz, aberta e adaptada ao contexto terapêutico, visando à negociação de metas assistenciais

acordadas com o paciente e sua família de modo a coordenar o cuidado planejado (HARDEN, et al, 2017).

Inserido na equipe multidisciplinar, é papel do enfermeiro atuar em prol da comunicação eficaz, aberta e adaptada ao contexto terapêutico, visando à negociação de metas assistenciais acordadas com o paciente e sua família de modo a coordenar o cuidado planejado (LECLERC, et al, 2017).

6.2. Caracterização dos peritos na primeira rodada do painel de especialistas

Apesar de atingir o número de especialistas necessários para a validação do conteúdo, houve dificuldade para encontrar peritos que alcançassem a pontuação estabelecida pelos critérios de Fehring e os endereços eletrônicos dos mesmos. Neste estudo, participaram 28 peritos na primeira fase, um número considerável em relação a outros estudos publicados (VITURI; MATSUDA, 2009; SEGANFREDO; ALMEIDA, 2011; ANDRADE et al. 2013; NOGUEIRA, 2014).

Melo e colaboradores (2011) reforçam que existe uma escassez de profissionais enfermeiros com titulação específica para a área de interesse de cada estudo, o que torna o recrutamento de peritos uma tarefa difícil no processo de validação de conteúdo.

Apesar da condição de ser uma indicação pouco factível na prática, (GALDEANO; ROSSI, 2006; CARVALHO et al. 2008; BUCHHORN, 2014), os resultados de um estudo (MELO et al. 2011) identificaram que os critérios para seleção dos peritos indicados por Fehring são de fato os mais utilizados, principalmente mediante adaptações, o que justifica a escolha dos critérios de Fehring, adaptados para o presente estudo.

Segundo Buchhorn (2014) os critérios de Fehring são mais utilizados em pesquisas realizadas por enfermeiros, sendo inicialmente utilizado com estudos na área da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Conforme Melo et al. (2011), há necessidade de seleção criteriosa dos participantes para o processo de validação e que esta esteja pautada na sua experiência prática, conhecimento e habilidade, e ainda, que o campo de atuação do participante seja relacionado ao tema de estudo, para assim aumentar a fidedignidade da validação.

Dentre as adaptações realizadas, vale destacar a flexibilidade na participação de enfermeiros sem o mestrado, desde que tivesse realizado curso de especialização ou residência

com foco nos cuidados paliativos. Contudo, essa situação ocorreu com apenas duas participantes, que foi uma enfermeira que não possuía o título mestre, mas havia acabado de concluir o curso de residência multiprofissional em cuidados paliativos e outra que também que não tinha o mestrado, porém possuía especialização *latu sensu* em cuidados paliativos e atuação de 10 anos nesta área. Os demais participantes atenderam ao critério de inclusão de ter titulação de mestre em enfermagem conforme preconizado nos critérios propostos por Fehring.

Em relação à titulação, houve um alto quantitativo de painelistas com mestrado (92,86%) e doutorado (60,71%). Isto pode estar relacionado ao maior quantitativo, de juízes que desempenham atividades de pesquisa e docência (60,72%), atividades em que tais titulações são requeridas como critérios de excelência.

Segundo a pesquisa de Tibúrcio e colaboradores (2014), estudo que validou um instrumento que apresentou como objetivo avaliar a habilidade em graduandos do nível técnico e superior de enfermagem na mensuração da pressão arterial. Para validar tal instrumento, o autor contou com uma amostra de 27 especialistas, sendo a maioria com titulação de mestre (74,1%), considerada esta a máxima titulação entre os participantes. Este dado difere desta pesquisa, uma vez que a amostra apresentou como titulação máxima pós-doutorado, com um especialista e 17 (60,71%) apresentando doutorado.

Em relação a pontuação dos critérios de Fehring, verificou-se que 25 (89,29%) pontuaram acima de 10 pontos. Os achados demonstram elevado nível de expertise, afinal, o menor valor alcançado equivale ao dobro do valor mínimo necessário (5 pontos) para participação no estudo.

Achados semelhantes foram identificados em dois estudos de validação de hipermídia educativa, na área de saúde da mulher, um com abordagem de anticoncepção, no qual grupo de especialistas técnicos atingiu a pontuação máxima, nos critérios de seleção (LOPES, 2009); outro, com abordagem de pré-natal, em que quase totalidade dos especialistas de informática atingiram a pontuação máxima para classificação dos experts (FREITAS, 2010), sendo estes considerados de alto nível para avaliação de instrumentos.

Melo e colaboradores (2011) reforçam nas discussões do seu estudo que: independente do que se deseja validar, é muito importante que o pesquisador direcione seus critérios aos objetivos do estudo, bem como observe as limitações da temática sob

investigação, respeitando os requisitos necessários, para considerar um enfermeiro expert.

Sabe-se que a tarefa de validar é de imensa responsabilidade e requer um tempo qualitativo dos peritos, o que faz com que muitos estudos apresentem um número reduzido de peritos, justificando ser esta etapa uma abordagem mais qualitativa do que quantitativa (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Foi disponibilizado um tempo de 21 dias para cada especialista devolver o material respondido. Dos 48 enfermeiros selecionados, 01(2,08%) se recusou a participar da pesquisa e 28 (58,33%) deram o retorno aceitando participar do estudo. O tempo da resposta dos questionários foi considerado bom em relação a outros estudos. Uma vez que segundo Buchhorn (2014), essa é a fase do estudo que demanda maior tempo, pois além dos critérios preestabelecidos para a seleção dos peritos, há também a questão da disponibilidade destes para responder ao instrumento de pesquisa.

Do total de participantes da primeira fase, 26 (92,86) eram do sexo feminino, à semelhança de outros estudos de validação na área da enfermagem. (MATTEI, 2015; POMPEO; ROSSI; PAIVA, 2014). Este fato pode se relacionar à amostra de painelistas, que nas duas rodadas eram enfermeiros (96,96%), reafirmando o perfil da enfermagem que, historicamente, é composta pelo sexo feminino, apesar da tendência à constante crescente do sexo masculino na categoria. (MACHADO et al., 2015).

Quanto à idade, a faixa etária mais prevalente foi de 36 a 45 anos com 10 (35,71%) especialistas. Faixa etária semelhante à encontrada por Galdeano (2007) e Alcântara (2009). Achado diferente foi registrado por Oliveira (2011) que encontrou uma média de 28 anos de idade, indicando ser reflexo precoce dos recém-formados em cursos de pós-graduação e, deste modo, a constituição de peritos (em determinados) assuntos mais cedo durante a vida.

No tocante aos estados em que os especialistas residiam, este estudo envolveu; nove estados (Bahia, Pernambuco, Paraíba, Pará, Minas Gerais, São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Paraná). Indicando uma multiplicidade de visões e de culturas diferentes na análise do instrumento proposto, tornando esta validade de conteúdo um processo nacionalizado. Nesse ponto, Galdeano e Rossi (2006) ressaltam que é necessário considerar as barreiras relacionadas à linguagem e à cultura no processo de validação de conteúdo. Assim, tendo o instrumento sido

avaliado por diferentes estudiosos de vários locais, poder-se-á ter um produto adequado à aplicação na multiplicidade cultural do povo brasileiro.

Em se tratando da experiência em CP 12 (42,86%) peritos responderam que a sua experiência era na pesquisa e ensino, e 11(39,28%) afirmaram possuir experiência na assistência e ensino. O que caracteriza uma amostra bem mesclada. Quanto ao tempo de atuação em CP 13(46,43) afirmaram ter experiência de 6 a 10 anos e 11(39,28) relataram que possuíam de 11 a 20 anos de atuação em CP. Ressalta-se que a seleção de painelistas enfermeiros assistenciais se fez essencial para favorecer o julgamento teórico, a partir de uma visão da prática assistencial, vislumbrando uma potencial aplicabilidade do instrumento.

Em relação ao desenvolvimento de pesquisas, 28 (100%) dos participantes declararam desenvolverem pesquisas com ênfase em cuidados paliativos. Em relação à pontuação de acordo com os critérios de Fehring adaptados, nenhum dos peritos obtiveram a pontuação mínima de 5 pontos. A menor pontuação foi de 6 pontos, o que corresponde a 03 (10,71%). A maioria dos peritos, num total de 23 (82,14%) obtiveram pontuação entre 10 e 15 segundo os critérios de Fehring adaptados.

6.3. Primeira rodada do painel de especialista

Nesta pesquisa, conforme foi estipulado no capítulo da metodologia, os aspectos avaliados pelos juízes deveriam atingir a Taxa de Concordância de $\geq 80\%$ para a finalização do processo de validação. No entanto, a fim de alcançar maior confiabilidade e aprimoramento do instrumento, todos os itens, mesmo os que atingiram o percentual estipulado de ≥ 80 , passaram por adequações sugeridas pelos especialistas, as quais foram revalidadas na segunda rodada. Acredita-se que com esta estratégia, o rigor científico da pesquisa foi intensificado. No processo de validação, os juízes puderam além de avaliar o instrumento de acordo com a escala categórica, sugerir alterações, exclusão e inserção de itens.

Demonstra-se que no estudo de Mattei (2015), a Taxa de Concordância estipulada para a validação do instrumento foi de $\geq 70\%$ e ainda que tais aspectos apresentassem porcentagem superior à estipulada, também foram realizadas alterações nos itens do instrumento conforme sugestões dos especialistas.

No item 1.1 foi proposto pelos juízes utilizar a definição mais recente da OMS sobre cuidados paliativos. Segundo a OMS (2002) “Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a

continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”. Esta sugestão foi acatada, uma vez proporcionou a melhoria do conteúdo do item. Muito embora esta definição seja grande, ela é a definição oficial, e qualquer outra, acabou sendo julgada como parcial.

No item 1.2 foi sugerido por um dos peritos incluir a quem o cuidado paliativo ajuda a enfrentar o luto. Segundo Fernandes et al (2016), o processo de luto é iniciado a partir do momento em que é recebido o diagnóstico de uma doença potencialmente mortal, pelas perdas concretas ou simbólicas que essa doença possa trazer para a pessoa e sua família. Assim, foi incluído, neste item, que o cuidado paliativo pode ajudar pacientes e familiares a enfrentar o luto.

Outra questão importante, foi a proposição feita por um juiz nos itens 1.3 e 1.6, que inicialmente eram falsos. O painalista afirmou que para este tipo de instrumento de pesquisa, o correto é elaborar assertivas verdadeiras. Desta feita, após revisão na literatura especializada reforçamos a fala do painalista de que na prática pedagógica é indicado realizar assertivas verdadeiras, uma vez que itens falsos podem enviesar as respostas dos participantes (CARDOSO, 2006). O que impactou na reestruturação do itens falsos para verdadeiros.

No item 1.5 que diz que “São princípios dos Cuidados paliativos: não acelerar nem adiar a morte; integrar aspectos psicológicos e espirituais no cuidado com o paciente”, foi sugerida a inclusão dos aspectos biológicos e sociais, e a sugestão foi acatada. Destaca-se que nos princípios dos cuidados paliativos, além de se integrar os aspectos psicológicos e espirituais também estão presentes os biológicos e sociais (WHO,1990).

Se tratando do item 1.7 que diz que é objetivo do cuidado paliativo aumentar a independência e autonomia do paciente, foi sugerido a substituição da palavra aumentar por proporcionar e acrescentar o termo “sempre que possível”, ambas considerações foram aceitas. A primeira se justifica porque o verbo proporcionar se adequa mais ao sentido da frase e a segunda pelo fato que nem sempre o paciente estará consciente para que se possa proporcionar a sua independência.

A taxa de concordância para os itens 1.8 e 1.9, na primeira rodada foi de 100%. Todavia houve a sugestão de retirar, no item 1.8, o termo “na minha prática profissional sempre”, e no item 1.9 retirar a palavra “sempre” e substituir o termo “devido cuidado” por “cuidados que

contemplam as dimensões física, psicossocial e espiritual”, ambas sugestões foram acatadas, considerando que são termos mais adequados.

Para o item 2.4 que afirma que não existe dose máxima para os efeitos analgésicos dos opioides, foi sugerido reescrevê-lo levando em consideração que existe a titulação da dose para cada paciente, tal sugestão foi acatada. Segundo ANCP (2012), o princípio básico para a utilização clínica dos opioides é a titulação da dose para cada paciente, até se atingir um nível aceitável de analgesia limitado pelos efeitos adversos concomitantes.

De acordo com Caires (2014) é importante a inserção das terapias integrativas e complementares nos cuidados paliativos, uma vez que visam prestar assistência integral ao indivíduo, contemplando os aspectos físicos, sociais, emocionais e espirituais. As evidências demonstram pertinência de opinião do juiz ao considerar que no item 2.6 deveria se substituir o termo “terapias não farmacológicas” por “práticas integrativas e complementares”, uma vez que esta última é bem mais abrangente que a primeira.

O uso das terapias complementares é cada vez mais comum, as pessoas que enfrentam o desafio de doenças incuráveis são atraídas pela oportunidade de ter outras possibilidades de cuidados. Diante dessa perspectiva, a procura por essas terapêuticas visa auxiliar o tratamento convencional e melhorar a qualidade de vida. O emprego das mesmas não deve ser exclusivo nem excludente, mas integrador, por serem as terapias compatíveis com os princípios dos cuidados paliativos e por estarem relacionadas à autonomia do indivíduo (AMARAL; SILVA, 2013).

Em relação ao item 2.7 foi sugerido pelos especialistas reformular o mesmo destacando que a comunicação é uma habilidade que pode ser adquirida com capacitação. Esta opinião vai de encontro ao que se diz na literatura, pois segundo Araújo e Silva (2012) habilidades de comunicação não são adquiridas com o tempo, mas sim com adequada capacitação, e é urgente a educação dos profissionais de saúde no que tange à utilização de estratégias de comunicação para a interação e inter-relação com os pacientes no contexto da terminalidade.

O item 2.9 foi um dos itens que atingiu a taxa de concordância acima de 80%, porém foi sugerido e aceito inserir se o profissional sabe identificar se o paciente está apresentando reação de intoxicação aos opioides. Em se tratar de um item que tem por objetivo avaliar a prática e como em cuidados paliativos é uma prática frequente o uso de opioides o enfermeiro deve ter conhecimento sobre o manejo e reações a estes medicamentos

Segundo Duarte (2013) é essencial que o enfermeiro, bem como sua equipe, conheça os diferentes e possíveis efeitos colaterais que os opioides podem causar, isentando riscos e danos à saúde do paciente, e oferecendo uma assistência de qualidade, sendo fundamental adotar habilidades e estratégias para intervir caso os mesmos ocorram.

Se tratando do item 2.10 que tem por objetivo avaliar a prática de enfermeiros em relação ao uso de escalas de dor para avaliar os pacientes, foi sugerido uma modificação na escrita, pois o mesmo poderia ser interpretado de uma forma que só seria necessário avaliar a dor do paciente, quando ela estivesse presente.

É de suma importância que o paciente seja avaliado constantemente a respeito de sua dor, a fim de guiar a conduta analgésica e a resposta ao medicamento. Sob essa afirmação, a enfermagem deve ter um olhar humanizado, garantindo um cuidado com qualidade na assistência. Assim, a aplicação da escala de avaliação da dor é uma das maneiras de melhor interpretar e entender a dor do paciente, facilitando o planejamento da assistência e a tomada de decisões do enfermeiro, bem como o acompanhamento da eficácia do tratamento, tornando o atendimento mais humanizado e atento às necessidades do paciente (CASTRO; LEAL; SAKATA, 2013)

O item 3.1 nesta rodada do painel de especialistas, apresentou o percentual de concordância inferior a 80%, porém foi decidido fazer as correções sugeridas pelos juízes. Foi proposto por mais de um especialista acrescentar o volume máximo permitido por sítio de punção na hipodermoclise. Segundo a SBBG (2017) e ANCP (2012) é permitido na hipodermoclise o volume de 1.500ml por sítio de punção, podendo ser puncionado até dois sítios simultaneamente. Porém na segunda rodada do painel este item foi questionado, pois há referências que relatam que o volume máximo permitido é de 2000ml.

Nos itens, 3.3 e 3.4 foi sugerido substituir o termo “nas últimas 48 horas de vida”. Este termo é utilizado no manual de cuidados paliativos da ANCP (2012), porém como foi sugerido por quatro especialistas e é um termo que pode ser substituído por outros que apresentam o mesmo sentido, foi decidido acatar as opiniões e enviar para a segunda rodada.

6.4. Caracterização dos peritos na segunda rodada do painel de especialistas

Na segunda fase da pesquisa foi enviado o instrumento para os 28 participantes da primeira fase, destes 19 (67,86%) retornaram com as respostas. Resultado

próximo ao encontrado no estudo de Silva (2014) que na segunda etapa enviou o instrumento para 26 peritos e apenas metade destes retornaram com as respostas.

Diferentemente da primeira rodada, nesta houve uma certa demora em relação ao retorno dos especialistas com o material respondido. O instrumento ficou disponibilizado por 35 dias e a cada sete dias foi encaminhado um lembrete. Nos primeiros 7 dias tivemos um retorno de 11 (39,28%) juízes, uma quantidade bastante considerável, porém as outras respostas foram mais demoradas.

Segundo Borges (2012), esta demora relaciona-se, provavelmente, à sobrecarga de afazeres profissionais dos especialistas, aliado ao fato de se tratar de tarefa que requer tempo e concentração para associação de ideias, reflexão e avaliação dos critérios exigidos na validação de conteúdo, além de ser um trabalho não remunerado.

Participaram nesta fase apenas 19 peritos, um número de participantes quase que exclusivamente feminino, correspondente a 17 (89,47%) dos peritos, com 17 (89,47%) profissionais apresentando titulação de mestre ou doutor, e tempo de atuação em cuidados paliativos na sua maioria, com mais de 10 anos 09 (47,37%).

Numa análise geral, houve um equilíbrio entre os participantes do estudo, tanto na primeira quanto na segunda fase, no que tange à expertise em relação à temática dos cuidados paliativos.

6.5. Segunda rodada do painel de especialistas

Nesta segunda rodada do painel de especialistas a escala de Likert de cinco pontos, foi modificada em relação a que foi utilizada na primeira rodada. Uma vez que na primeira escala, como se apresentava três alternativas para se concordar com o item, estava mais tendencioso o especialista aceitar o item e o percentual de concordância ser maior. Assim a escala foi modificada para (1 = discordo totalmente; 2 = discordo; 3 = não concordo e nem discordo; 4 = concordo; 5 = concordo totalmente), apresentando um ponto neutro, dois para concordância e dois para discordância, deixando a escala mais equilibrada.

Conforme a estratégia metodológica foi realizada a segunda rodada para que os especialistas analisassem a nova versão do instrumento de avaliação de conhecimentos e práticas de enfermeiros em cuidados paliativos. Salienta-se que os itens, mesmo as que atingiram o percentual de taxa concordância $\geq 80\%$, passaram por adequações a partir das sugestões dos juízes, gerando assim a versão final do instrumento.

Assim como ocorreu no processo de validação da primeira rodada do painel de especialistas, nessa segunda fase do estudo, também foram apresentadas por parte dos peritos, algumas sugestões, as quais passam a ser discutidas a seguir, levando-se em consideração as pertinências ao estudo.

No item 1.1, foi sugerido, por um juiz, acrescentar a palavra “interdisciplinar” em: “cuidado paliativo é uma abordagem interdisciplinar que promove...”. Porém, tal consideração não foi aceita. Uma vez que na primeira rodada foi sugerido acrescentar a definição de cuidados paliativos mais recente da OMS e qualquer alteração neste conceito o tornaria diferente do conceito oficial.

Um juiz propôs no item 1.2 retirar que cuidado paliativo pode ajudar pacientes a enfrentar o luto e deixar apenas os familiares, porém segundo Fernandes et al (2016), o processo de luto também é vivenciado pelo paciente, quando o mesmo recebe o diagnóstico de uma doença ameaçadora a vida, este é chamado de luto antecipatório. Assim não foi aceita a sugestão deste perito.

Em relação ao item 1.5 foi sugerido mudar o termo “tratamento curativo” para “tratamento modificador da doença”, esta recomendação foi aceita, uma vez que o segundo termo é mais utilizado no manual da ANCP (2016). Mesmo com essa alteração, o sentido da frase continua o mesmo, pois ambos os termos expressam o mesmo sentido, não sendo necessário um novo reenvio para a avaliação dos especialistas.

No item 1.6 que diz que dentre os objetivos dos cuidados paliativos está, quando possível, o de proporcionar a independência e autonomia do paciente, foi comentado por um especialista que relatou achar o item confuso e retiraria a palavra independência, deixando apenas a autonomia. Tal sugestão não foi aceita, pois segundo a ANCP (2012) e Gomes e Othero (2016) autonomia e independência são objetivos importantes em cuidados paliativos, uma vez que o paciente deve ser ajudado a realizar seu potencial máximo, com ênfase no fazer ao invés do ser atendido, proporcionando dignidade e autoestima.

Discorrendo sobre o item 2.1 que apresentou percentual de concordância de 94,74% o mesmo diz que: “A avaliação funcional em cuidados paliativos é um dos elementos fundamentais na tomada de decisões e previsão de prognóstico” e foi incluído que também é fundamental para a elaboração de um plano individual de cuidados, após sugestão de um especialista. Segundo Gonçalves (2016) é indispensável que o enfermeiro em cuidados

paliativos elabore um plano individualizado de cuidados que tenha como base a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

No item 2.3, foi retirada a palavra clínica, conforme sugestão de um especialista. Optou-se por acatá-la, pois retirando este termo o sentido da frase permanece o mesmo. A modificação ou substituição de expressões ou termos sinônimos são comuns em estudos de instrumentos. (AMAYA, 2015).

O item 2.7 havia alcançado a Taxa de Concordância $\geq 80\%$ na primeira rodada. Após sugestões, na segunda versão tornou-se: “Sei identificar quando o paciente está apresentando reação de intoxicação aos opioides, além de saber reverter o quadro caso isso aconteça”, e na segunda rodada obteve Taxa de Concordância de 84,21. Ainda assim, houve sugestões de alteração deste item por dois especialistas. Foi sugerido acrescentar “sinais e sintomas de intoxicação...”, tal sugestão foi acatada, por considerar que o item ficará mais completo.

Na primeira rodada do painel de especialistas, foi sugerida a inclusão de um item que abordasse a prática dos enfermeiros sobre a realização das doses de resgate de morfina. Este item foi incluído para a segunda rodada como o 2.9, e alcançou uma Taxa de Concordância $\geq 80\%$. Ainda que atingido o nível de concordância foi sugerido por um especialista reescrever o início da frase focando que os analgésicos devem ser administrados em pacientes com dor. Esta sugestão foi aceita, uma vez que a frase como estava antes, poderia dar margem a um entendimento equivocado.

O item 2.11 obteve na primeira rodada um percentual de concordância de 88,89%, já nesta segunda a concordância foi para 78,95%. A mudança na escala de Likert pode ter interferido neste resultado, uma vez que na primeira rodada 9 especialistas marcaram 3 pontos na escala. Foi sugerido por um especialista a retirada do item. Após recorrer a literatura, segundo Vieira e colaboradores (2017), há poucos estudos publicados utilizando a ESAS no Brasil, de onde pode se entender que esta escala ainda é pouco utilizada em nosso país. Desta maneira o item foi excluído.

O item 3.1 que na primeira rodada obteve índice de concordância inferior a 80%, após as correções, o item apresentou na segunda rodada um percentual de concordância de 84,21%. Contudo dois especialistas comentaram o item, relatando a importância da permanência deste item, mas que haviam outras referências na literatura com valores diferentes do volume máximo permitido por sítio de punção da hipodermoclise. Ao realizar uma busca na literatura,

encontrou-se que Segundo Gomes (2017) ainda, tem-se limitação quanto ao volume máximo permitido por sítio de punção. Alguns estudos citam que o volume máximo é de 1.000 ml/24h por sítio de punção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; SASSON, SCHVARTZMAN, 2016), outros de 1.500 ml/24h (SBGG, 2017; ANCP, 2012; FONZO-CHRISTE, 2005; GABRIEL, 2014; GODINHO, 2017). Ressalta-se que são permitidos até dois sítios de punção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; SBGG, 2017; ANCP, 2012).

Segundo a SBGG (2017), o volume máximo a ser infundido depende do local a ser puncionado, sendo a região abdominal até 1.000 ml/24h, subclavicular até 250 ml/24h, deltoidea até 250 ml/24h, interescapular 1.000 ml/24h e anterolateral da coxa 1.500 ml/24h. Assim, uma vez que as referências que citam que o volume máximo a ser infundido é de 1.000 ml/24h, não especificaram os volumes por sítios de infusão e que a SBGG e a ANCP, são entidades são referências para os cuidados paliativos, consideramos acrescentar que o volume permitido é de até 1.500ml/24h, sendo permitido até dois sítios de punção simultâneos.

Se tratando do item 3.4 que diz: “Realizo, sempre que necessário, hipodermóclise no serviço em que atuo”, o mesmo atingiu um percentual de concordância de 84,21%, porém foi sugerido por um especialista reformular a frase no sentido de que o enfermeiro pode sugerir ao médico a prescrição de medicamentos por hipodermóclise. Esta colocação do especialista foi bastante pertinente, uma vez que só é possível o enfermeiro realizar este procedimento conforme a prescrição médica. Assim, a sugestão foi acatada e como houve uma mudança no sentido da frase, apenas este item foi enviado para uma “terceira rodada” com os especialistas. Como apresentado na tabela 08, obtivemos retorno de 11 juízes e após análise o item apresentou um percentual de concordância de 90,91%, permanecendo sem alterações para a versão final.

Na primeira rodada o item 3.7 apresentou percentual de concordância de 92,86% e não foram sugeridas modificações, porém na segunda rodada a aceitação do item foi para 78.95%. Como foi dito no item 2.11, a modificação na escala de Likert pode ter interferido neste resultado, pois na primeira rodada 10 especialistas marcaram 3 pontos na escala. Além disto, nesta rodada o item foi comentado por dois especialistas afirmando que esta é uma prática da enfermagem independente do paciente estar em cuidados paliativos. Desta forma o item foi excluído.

O instrumento final apresentou 25 itens, resultado semelhante ao encontrado por Andrade (2013) e Nogueira (2014) que finalizaram o instrumento com 28 itens e 22

respectivamente. Segundo Andrade (2014) não há uma quantidade ideal de itens para o instrumento final, mas que escalas muito extensas não são mais recomendadas.

Este estudo proporcionou a criação e validação de um instrumento de medida utilizando uma metodologia complexa e bem desafiadora. A importância desse tipo de estudo está na capacidade de avaliar cuidadosamente esses instrumentos e validá-los para serem aplicados na prática clínica ou em pesquisas, reduzindo erros sistemáticos. Entretanto, somente a utilização do instrumento na prática clínica poderá ser conclusiva quanto à sua validade e confiabilidade. Desse modo, este instrumento para avaliar conhecimentos e práticas de enfermeiros em cuidados paliativos será aplicado, em pesquisa futura, em populações e contexto distintos, para ratificar sua validade e confiabilidade.

Ressalta-se que foram enfrentadas algumas dificuldades no desenvolvimento dessa pesquisa, entre elas a etapa de construção das dimensões e do instrumento de pesquisa em cuidados paliativos, está se destaca como uma das atividades mais complexas e desafiadoras para a pesquisadora, considerando-se suas peculiaridades de ser um processo de elaboração que requer conhecimento teórico e prático acerca da temática.

Outra dificuldade encontrada está relacionada à captação dos especialistas, uma vez que no processo de busca por esses juízes, houve dificuldades em localizar os endereços eletrônicos dos mesmos já que muitas revistas eletrônicas não disponibilizam os contatos eletrônicos dos autores.

Podemos dizer que só foi possível alcançar os resultados apresentados neste estudo, com a participação de enfermeiros peritos que após uma análise de cada enunciado apresentou sua opinião sobre os itens apresentados no instrumento. A participação dos especialistas nesse processo de análise é uma atividade que requer empenho, dedicação de tempo e concentração. Reconhece-se que sua participação é muito importante, uma vez que são imprescindíveis à realização desse tipo de pesquisa e sobre os quais incide a corresponsabilidade da qualidade do material validado.

7. CONCLUSÃO

A revisão integrativa possibilitou compreender que o enfermeiro necessita ter conhecimento sobre definição, princípios e indicação em cuidados paliativos, sintomas mais presentes em pacientes no final da vida, medicamentos e métodos utilizados no controle desses sintomas, hipodermóclise, técnicas de conforto e de comunicação eficaz, saber identificar que a família também é um centro de cuidados, ter ciência da importância do trabalho em equipe multidisciplinar visando sempre o bem estar dos seus pacientes e familiares.

O grande desafio do enfermeiro em cuidados paliativos, talvez seja o de o profissional ser maleável, sensato e agir de modo a compreender que é necessário satisfazer as necessidades do paciente em detrimento, às vezes, de algumas normas e protocolos do serviço.

A revisão integrativa também evidenciou que há uma escassez de estudos com esta temática, principalmente em pesquisas de cunho experimental, tanto em banco de dados nacionais como internacionais. O que demonstra a necessidade de pesquisas futuras nesta área de atuação.

O painel de especialistas apresentou-se com um alto grau de qualificação por agregar peritos com atuação e experiências na assistência, pesquisa e docência em cuidados paliativos, permitindo acessar profissionais com ideias de diferentes ângulos. Assegurando que a metodologia utilizada na busca dos especialistas foi bastante eficaz.

Quanto à estratégia de validação de conteúdo, esta apresentou-se bastante efetiva, uma vez que os peritos trouxeram muitas sugestões válidas para a construção do instrumento. Foi verificado que após a análise e parecer dos juízes na primeira e segunda rodada do painel dos especialistas, dos trinta itens do instrumento inicial, cinco foram excluídos e 19 sofreram modificações.

A título de contribuição para novos estudos, considera-se que a aplicação da Técnica Delphi pressupõe um planejamento quanto ao período de tempo destinado a cada rodada, e recomenda-se que este período seja flexível, a fim de que se obtenha uma participação mais efetiva do maior número de especialistas.

Enfim, concretizar essa proposta de estudo que culminou na estruturação de um instrumento de pesquisa que possa avaliar conhecimentos e práticas de enfermeiros em cuidados paliativos, representa além de uma satisfação pessoal alcançada como pesquisadora,

a certeza de poder deixar uma contribuição para a Enfermagem em Cuidados Paliativos, favorecendo a prática clínica e a realização de pesquisas futuras.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, L. O.; MUNARI, D. B.; QUEIROZ, A. L. B.; FERNANDEZ, C. N. S. Trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Rev Bras Enferm**, v. 58(2), p. 203-207. 2005.

AMARAL, J. B.; SILVA, M. J. P. Práticas Complementares e os cuidados paliativos. In: SILVA, R. S. *et al* (Org.). **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte**. São Paulo: Martinari, 2013. p.307-34.

ANCP. **Cuidados Paliativos no Brasil**. 2016. Disponível em: <http://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/> . Acesso em: 01 de jul. de 2018.

ANCP. **Manual de cuidados paliativos**. 2ª Edição, Rio de Janeiro: Diagraphic. 2012.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p.3061-3068. 2011.

ALMEIDA, M.H. et al. Confiabilidade do Instrumento para Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Auto Cuidado. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 317-323. 2008.

AMAYA, M. K. **Instrumento para verificação de ações para a segurança do paciente em atendimento de emergência**. (Dissertação). Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015. p.215.

ANDRADE, L. L. *et al*. Diagnósticos de enfermagem para clientes hospitalizados em uma clínica de doenças infectocontagiosas. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.2, p.448-55. 2013.

ANDRADE, C. G.; ALVES, A. M. P. M; COSTA, S. F. G; SANTOS, F. S. Cuidados paliativos ao paciente em fase terminal. **Revista Baiana de enfermagem**, v.28, n.2. 2014.

ARAÚJO, M. M. T. *et al*. Inteligência emocional no trabalho em equipe em cuidados paliativos. **Revista Bioethikos**, v.6, n.1, p.58-65. 2012.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. O conhecimento de estratégias de comunicação do atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n.1, p.121-9. 2012.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção á pacientes sob cuidados paliativos. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.3, p.626-32. 2012.

BARLAN, M. A. J. **Construção de um questionário para análise do conhecimento sobre o atendimento inicial ao queimado**. (Dissertação). Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, Paraná, 2008.

BARBOSA, A. Processo de Luto. In. BARBOSA, A.; GALRIÇA NETO, I. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**, Lisboa- Portugal, v.2., 2010. p.487-532.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. 3.ed. São Paulo: Loyola, 2002.

BERTONCELO, K. C. G. **Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após laringectomia total: Construção e validação de um instrumento de medida**. (Tese). Programa de doutorado em enfermagem da Universidade de São Paulo, 2004.

BOJO, A. S. et al. Midwifery care: development of na instrument to mensure quality based on the world health organization's Classification of care in normal birth. **Journal of Clinical Nursing**, v. 13, n.1, p.75-83. 2004.

BORGES, J. W. P. **Instrumento de avaliação da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial: desenvolvimento e validação de conteúdo**. (Dissertação). Programa de cuidados clínicos em enfermagem e saúde da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

BASSO, L. A.; WAINER, R. Luto e perdas repentinas: contribuições da terapia cognitivo-comportamental. **Rev bras ter cogn**. v.7, n.1, 2011.

BOFF, L. **A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana**. 30.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOULAY, S.; RANKIN, M. Cicely Saunders: the founder of the Modern Hospice Movement. United Kingdom: **Hodder & Stoughton**, 2007.

BRAGA, C. G.; CRUZ, D. A. L.M. Contribuições da psicometria para a avaliação de respostas psicossociais na enfermagem. **Rev esc enf USP**, v.40, n.1, p. 98-104. 2006.

BRANDÃO, W. C. **A percepção da equipe de enfermagem frente aos cuidados paliativos em oncologia: Uma perspectiva fenomenológica em Merleau-Ponty**. (dissertação). Programa de Mestrado Profissional da Universidade Federal Fluminense, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Terapia subcutânea no câncer avançado**. 2009.

BUCHHORN, S. M. M. **Construção de um catálogo CIPE® para o acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos de idade**. (Tese). Programa Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

BURLÁ, C. Palição: Cuidados ao fim da vida. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.732-739.

CAIRES, J. S. *et al*. A utilização de terapias complementares nos cuidados paliativos: benefícios e finalidades. **Corgitare Enferm**, v.19, n.3, p.514-20. 2014.

- CAMPLING, N. *et al.* Self-management support at the end of life: Patients', carers' and professionals' perspectives on managing medicines. **Int J Nurs Stud**, v.76, p.45-54. 2017.
- CARDOSO, I. Aspectos transculturais na adaptação de instrumentos de avaliação psicológica. **Interações: Sociedade e as novas modernidades**, v.6, n.10. 2006.
- CARDOSO, L. R. A. *et al.* Prospecção de futuro e método Delphi: uma aplicação para a cadeia produtiva. **Ambiente Construído**, v. 5 n. 3, p. 63-78. 2005.
- CARVALHO, E. C. *et al.* Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre as dificuldades enfrentadas por pesquisadores. **Rev. Eletr. Enf.**, v.10, n.1, p.235-240. 2008.
- CASTRO, R. J. A. de; LEAL, P. C.; SAKATA, R. K. Tratamento da dor em queimados. **Rev. Bras.de Anestesiologia**, São Paulo, v 63, n.1, p. 149- 158. 2013.
- CASSIANI, S. H. D. B; RODRIGUES, L. P. A. técnica de Delphi e a técnica de grupo nominal como estratégias de coleta de dados das pesquisas em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 76-83. 1996.
- CLARK, D. 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. **Social Science & Medicine**, v.49, p.727-736. 1999.
- COLLIÈRE, M. F. **Cuidar... a primeira arte da vida**. Loures - Portugal: Lusociência, 2003.
- CONTRANDIOPOULOS, A.P. *et al.* **Saber Preparar uma Pesquisa: Definição, estrutura e Financiamento**. 3º Ed. Editora Hucitec, São Paulo. 1997.
- COSENDEY, M. A. E.; HARTZ, Z. M. A; BERMUDEZ, J. A. Z. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. **Cadernos deSaúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 395-406. 2003.
- COSTA, A. P. P.; OTHERO, M. B. Conceitos, princípios e formação em Cuidados Paliativos. **Reabilitação em Cuidados Paliativos**. Loures, Portugal: Lusodidacta, p. 23-36, 2014.
- CRUZ, R. A. O.; ARRUDA, A. J. C. G.; AGRA, G.; COSTA, M. M. L.; NÓBREGA, V. K. M. Reflexões acerca dos cuidados paliativos no contexto da formação em enfermagem. **Revista de enfermagem UFPE on line**. v.10 (8), p.3101-07. 2016.
- CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. Instrument to assess the nursing care product: development and content Validation. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2015.
- CUNHA, C. M.; NETO, O. P. A.; STACKFLETH, R. Principais métodos de avaliação psicométrica de validade de instrumentos de medida. **Rev Atenção Prim Saúde**. 2016.
- DALKEY, N. C. The Delphi method. An experimental study of group opinion. **Santa Monica: Rand Corporation**, 1969.

- DA SILVA, R. C.; HORTALE, V. A. Palliative care in cancer: elements for debating the guidelines. **Cad Saude Publica**, v.22, n.10, p. 2055-2066. 2006.
- DATTA, D. *et al.* Analytical Study of Short- and Long-term Results of Home-based Palliative Care Services to Cancer Patients. **Indian J Palliat Care**, v.23, n.3, p.331-334. 2017.
- DE SIMONE, G.; TRIPODORO, V. Fundamentos Del Cuidados Paliativos y Control de Sintomas. **Buenos Aires: Pallium Latinoamerica**, p.14, 2006.
- DINI, A. P.; ALVES, D. F. S.; OLIVEIRA, H. C.; GUIRARDELLO, E. B. Validity and reliability of a pediatric patient classification instrument. **Rev Latino Am Enfermagem**, v.22, n.4, p. 598-603. 2014.
- DONATO, S. C.; MATUOKA; J. Y.; YAMASHITA, C. C. *et al.* Efeitos da terapia da dignidade para pacientes em fase final de vida. **Rev Esc Enferm USP**, v.50, n.6, p.1014-1024. 2016.
- DOORENBOS, A.Z.; JUNTASOPEEPUN, P.; EATON, L.H. *et al.* Palliative Care Nursing Interventions in Thailand. **J. Transcult Nurs**, Tailândia, 2013.
- DUARTE, A. C.; ALMEIDA, D. V. A morte no cotidiano da graduação: um olhar do aluno de medicina. **Interface (Botucatu)**, v.19, n.55, p.1207-19. 2015.
- DUARTE, C. P. B. **Alteração da percepção da dor: hiperalgesia induzida por opióides.** (Dissertação). Programa Integrado em Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade de Porto Alegre, Porto Alegre, 2013.
- ERTHAL, T. C. **Manual de Psicometria.** 8ª Ed, copyright, Rio de Janeiro, 2009.
- ESCOVAL, A. **Técnica de grupo nominal.** Observatório Português de Sistemas de Saúde 2006.
- FERNANDES, M. A. *et al.* Cuidados paliativos e luto: um estudo bibliométrico. **Esc Anna Nery**, v.20, n.4. 2016.
- FERNANDES, M. A. *et al.* Percepção dos enfermeiros sobre significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.9, p.2589-2596. 2013.
- FERREIRA, P.L.; MARQUES, F.B. Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: Princípios Metodológicos Gerais. Coimbra: **Centro de Estudos e Investigação em Saúde**; 1998.
- FLORIANI, C. A. Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. **Rev Bras Cancerologia**, v. 50, n.4, p. 341-345. 2004.
- FLORIANI, C. A. Palliative care in Brazil: a challenge to the health-care system. **Palliative Care: Research and Treatment**, v.2, p.19-24, 2008.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.9, p.2072-2080. 2007.

FREITAS, L.V. **Construção e validação de hipermídia educacional em exame físico no pré-natal**. (Dissertação). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

FONZO-CHRISTE, C. *et al.* Subcutaneous administration of drugs in the elderly: survey of practice and systematic literature review. **Palliat Med**, v.19, n.3, p. 208-19. 2005.

GABRIEL, J. Subcutaneous fluid administration and the hydration of older people. **Br J Nur**, v. 23, n.14, p. 10-14. 2014.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A. Validação de conteúdo diagnósticos: critérios para seleção de experts. **Ciênc. cuid. saúde**, v.5, n.1, p.60-63. 2006.

GILSTRAP, C. M.; WHITE, Z. M. Interactional communication challenges innend-of-life care: dialectical tensions and management strategies experienced by home hospice nurses. **Journal Health Communication**, Estados Unidos, 2015.

GIOVNAZZO R.A. Modelo de aplicação da metodologia Delphi pela internet- vantagens e ressalvas. **Administração online** [periódico na internet]. 2001.

GERMANO, K. S.; MENEGUIN, S. Significados atribuídos por graduandos de enfermagem aos cuidados paliativos. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n.6, p. 522-8. 2013.

GODINHO, C. N.; SILVEIRA, L. V. A. **Manual de hipodermóclise**. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2017.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados Paliativos. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.30, n.88. 2016.

GONÇALVES, A. F. M. **O cuidar dos enfermeiros na equipa de suporte em cuidados paliativos**. (Mestrado). Mestrado em Cuidados Paliativos do Instituto Viana Castelo, Portugal, 2016.

GUZMÀN, P. E. S.; DOMÍNGUEZ, N. E. R.; PEREZ, S. R. A. *et al.* Concepto de espiritualidade del equipo multidisciplinario de una unidad de cuidados paliativos: um estudio descriptivo. **Rev Psicooncologia**, v.11, n.2, p.333-343. 2014.

HARDEN, K. *et al.* Palliative Care: Improving Nursing Knowledge, Attitudes, and Behaviors. **clin J Oncol Nurs**, v.21, n.5, p. 232-238. 2017

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.9, p.2577-2588. 2013.

HESBEEN, W. **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures – Portugal: Lusociência, 2000.

KAYO, E. K.; SECURATO, J. R. Método de Delphi: fundamentos, críticas e vieses. **Cadernos de Pesquisa em Administração**; São Paulo, v.1, n.4, p.51-61. 1997.

KIRBY, E.; BROOM, A.; GOOD, P. The role and significance of nurses in managing transitions to palliative care: a qualitative study. **BMJ Open.**, v.4, n.9. 2014.

KÁVACS, M. J. Educação para a morte. Temas e reflexões. **Ed FAPESP**. 2003.

KENNEDY, C.; YOUNG, P.B.; NICOL, J. et al. Fluid role boundaries: exploring the contribution of the advanced nurse practitioner to multi-professional palliative care. **Journal of Clinical Nursing**, Austrália, 2015.

KIPPER, D. J. **Medicina e os cuidados de final de vida: uma perspectiva brasileira e latino-americana**. Bioética: poder e injustiça. Loyola, São Paulo, 2003. p.409-414.

LECLERC, B. S. et al. Attitudes Toward Death, Dying, End-of-Life Palliative Care, and Interdisciplinary Practice in Long Term Care Workers. **J Am Med Dir Assoc**, v.15, n.6, p.446. 2014.

LIMA, M. S. **Formação em cuidados paliativos; influência na vida profissional**. (Dissertação). Faculdade de medicina da Faculdade do Porto), 2017.

LYNN, M. R. Determination and qualification of content Validity. **Nursing Research**, v. 35, n. 6, p. 382-386. 1986.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Desenhos não-experimentais. In. LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. (Org.). **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2001. p. 110-21.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T. L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Rev, bras Enferm**, v.66, n.5, p.85-129. 2013.

LOPES, E. M. **Construção e validação de hiperídia educacional em planejamento familiar: abordagem a anticoncepção**. (Dissertação). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

LUCENA, A. F. *et al*. Brazilian Validation of the Nursing Outcomes for Acute Painjnk. **International Journal of Nursing Knowledge**, v.24, n.1, p.54-8. 2013.

LUZ, M. D. A; SILVA, R. M. O; FERNANDES, J. D. Cuidados à pessoa em fim de vida: percepção de graduandos de enfermagem em Portugal. **Revista Baiana de enfermagem**, v.26, n.1. 2012.

- MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. In: OLIVEIRA, R.A. (org.). **Cuidado paliativo**. São Paulo: CREMESP, 2008. p. 15-32.
- MACHADO, M. H. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil demográfico. **Enferm. Foco.**, Rio de Janeiro, v.7, p.9-14. 2015.
- MARTIN ARRIBAS, M. C. Diseño y validación de cuestionarios. **Matronas Profesion**, v. n.17. 2004.
- MATTEI, A. T. **Validação do conteúdo de uma escala com fatores preditivos de complicações da hipertensão arterial sistêmica na Atenção primária**. (Dissertação). Programa de Pós-graduação em Enfermagem- Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015. 207p.
- MATOS, E.; PIRES, D. E.; GELBCKE, F. L. Implicações da interdisciplinaridade na organização do trabalho da enfermagem: estudo em equipe de cuidados paliativos. **Rev. Eletr. Enf.** v. 14(2), p. 2309. 2012.
- MELO, R. P. *et al.* Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev. Rene**, v.12, n.2, p.424-31. 2011.
- MESA, L. M. T.; RIOVALLE, J. S.; GARCIA, I. G. Conocimiento de la ley y preparación del personal sanitario sobre el proceso asistencial de la muerte. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.2, p.464-470. 2013.
- MENDES, K. D. S., SILVEIRA, R. C. de C. P., GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v.17, n.4, p.758–764. 2008.
- MENDONÇA, K. M.P.P.; GUERRA, R.O. Desenvolvimento e Validação de um Instrumento de Medida da Satisfação do Paciente com a Fisioterapia. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 11 n. 5, p. 369- 376. 2007.
- MILICEVIC, N. The hospice movement: history and current worldwide situation. **Archive of Oncology**, v.10, n.1, p.29-32. 2002.
- MORESI, E. (Org). **Metodologia da pesquisa**. Brasília: PUC, 2003.
- MULLAN, B. A., KOTHE, E. J. Evaluating a nursing communication skills training course: the relationships between self-rated ability, satisfaction, and actual performance. **Nurse Educ Pract**, v. 10, n.6, p. 374-378, 2010.
- MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1998.
- MOON, P. J. Grief and palliative care: mutuality. **Palliative care**, v.7, p.19, 2013.

NAKAZAWA, Y. et al. Changes in nurses' knowledge, difficulties, and self-reported practices toward palliative care for cancer patients in Japan: an analysis of two nationwide representative surveys in 2008 and 2015. **J Pain Symptom Manage**, v.55, n.2, p.402-412. 2017.

NAVA, C. A. I.; JUÁREZ, L. G. Cuidados paliativos para una muerte digna: Estudio de un caso. **rev enfermía universitária**, v.11, n.3. 2014.

NOGUEIRA, L. G. F. **Subconjunto terminológico CIPE® para pessoas com diabetes mellitus na atenção especializada**. (Tese). Programa Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

NOONE, J. Concept analysis of decision making. **Nursing Forum**, v.37, n.3, p.21-32. 2002.

NUNES, L. Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. **Revista Bioética**, v.23, n.1, p.187-199, 2015.

O'CONNOR, M.; ARANDA, S. **Guia prático de cuidados paliativos em enfermagem**. São Paulo: Andrei, 2008.

O'CONNOR, M.; FISHER, C.; GUIFOYLE, A. Interdisciplinary teams in palliative care: a critical reflection. **International Journal of Palliative Nursing**, v.12, n.3, p.132-137. 2006.

OLIVEIRA, C. J. **Revisão do diagnóstico de enfermagem “Falta de Adesão” em pessoas com hipertensão arterial**. (Tese). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-CE, 2011.

OTHERO, M. B. *et al.* Profiles of palliative care services and teams composition in Brazil: First steps to the Brazilian Atkas of Palliative Care. **European Journal of Palliative Care**. 14th World Congress of the European Association of Palliative Care. Copenhagen, Denmark. p.113. 2015.

PAIVA, F.C.L.; ALMEIDA, J.J.; DAMÁSIO, A.C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista Bioética**, v.22, n.3, p.550-560. 2014.

PAN, H. H. *et al.* Path modeling of knowledge, attitude and practice toward palliative care consultation service among Taiwanese nursing staff: a cross-sectional study. **BMC Palliative Care**, v.16, n.1. 2017.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 1. ed. v.1. Petrópolis: Vozes, 2003.

PASQUALI, L. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? **Psic. Teor. e Pesq**, Brasília, DF, v.23, p.99-107, 2009.

PERES, M. F. P.; ARANTES, A. C. L. Q.; LESSA, P. S., *et al.* A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev Psiq Clin**, p.82-87. 2007.

- PESSINI, L. **Distanásia: até quando prolongar a vida?**. São Paulo: Loyola. 2001.
- PILATTI, L. A.; GUTIERREZ, G. L. Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação: Um debate necessário. **Revista Brasileira de Ensino de Ciência e Tecnologia**, v.3, n.1, p. 81-91. 2010.
- POLASTRINI, R. T. V.; YAMASHITA, C. C.; KURASHIMA, A. Y. **Enfermagem e o cuidado paliativo**. Cuidados paliativos. São Paulo: Atheneu, 2011. p.277-283.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Delineamento de Pesquisa em Enfermagem, Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para prática de enfermagem**, Artmed, Porto Alegre, 2011.
- POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; PAIVA, L. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Náusea. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.1, p. 49- 57. 2014.
- PONTALTI, G.; RIBOLDI, C. O.; GIODA, R. S. *et al.* Benefícios da Hipodermóclise na Clínica Paliativa de Pacientes com Câncer: Relato de Caso. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.62, n.3, p.247-252. 2017.
- POWAZKI, R.; WALSH, D.; COTHREN, B. *et al.* The Care of the Actively Dying in an Academic Medical Center: A Survey of Registered Nurses' Professional Capability and Comfort. **Am J Hosp Palliat Care**, v.31, n.6, p.619-627. 2013.
- POWELL C. The Delphi technique: myths and realities. **Journal of Advanced Nursing**, v. 41, n. 4, p.376-82, 2003.
- PRIETO, L.; BADIA, X. **Cuestionarios de salud: concepto y metodologia**. Aten. Primaria, 2001.
- RAYMUNDO, V. P. Construção e Validação de Instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Revista Letras de Hoje**, v. 44, n. 3, p. 86-93. 2009.
- RIBEIRO, A. L., *et al.* A enfermagem no cuidado paliativo domiciliar: o olhar do familiar do doente com câncer. **Rev Rene**, v.15, n.3, p. 499-507. 2014.
- RODRIGUES, M. V. C.; FERREIRA, E. D.; MENEZES, T.M.O. Comunicação da enfermeira com pacientes portadores de câncer fora de possibilidade de cura. **Rev Enferm UERJ**, v.18, n.1, p.86-91. 2010.
- RONALDSON, S.; HAYES, L.; AGGAR, C. *et al.* Palliative Care nurses spiritual caring interventions: a conceptual understanding. **Revista Internacional de Enfermagem Paliativa**, Australia, 2017.

RUBIO, D. M. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, v. 27, n. 2, p. 94-111. 2003.

SALES, C. A.; SILVA, V. A. A atuação do enfermeiro na humanização do cuidado no contexto hospital. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.10, n.1, p.66-73. 2011.

SASSON, M.; SCHYARTZMAN, P. Hipodermoclysis: na alternative infusion technique. **Am Fam Physician**, v.64, n.9, p. 1575-78. 2016.

SBGG. **O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos**. 2ª Edição, Rio de Janeiro. 2017.

SEGANFREDO, D. H.; ALMEIDA, M. A. Validação de conteúdo de resultados de enfermagem, segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para pacientes clínicos, cirúrgicos e críticos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 1. SB 2011.

SEYMOUR, J. What's in a name? A concept analysis of key terms in palliative care nursing. In: PAYNE, S.; SEYMOUR, J.; INGLETON, C. (Org.). **Palliative Care Nursing: principles and evidence for practice**. New York (USA): Open University Press, 2004. p. 55-74.

SCARPARO, A. F. *et al.* Reflexões sobre o uso da técnica delphi em pesquisas na enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, n.13, v.1, p.242-251. 2012.

SILVA, R. S. **Enfermagem em Cuidados paliativos para um morrer com dignidade: subconjunto terminológico CIPE**. (Tese). Programa de pós-graduação em enfermagem. Universidade Federal da Bahia, 2014.

SILVA, A. F. *et al.* Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. **Rev Gaúcha Enferm**, v.36, n.2. 2015.

SILVEIRA, M. H.; CIAMPONE, M. H. T; GUTIERREZ, B. A. O. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v.17, n.1. 2014.

SOUSA, M. J.; ALVES, E. D. Competências do enfermeiro para o cuidado paliativo na atenção domiciliar. **Acta Paul Enferm.**, v.28, n.3, p. 264-9. 2015.

SOUZA, K. G.; PERES, R. S. Cuidados Paliativos em oncologia. **Rev bras ciências saúde coletiva**, v.10, n.31. 2012.

SUGIMURA, A.; ANDO, S. TAMAKOSHI, K. Palliative care and nursing support for patients experiencing dyspnea. **Revista Internacional de Enfermagem Paliativa**, Japão, 2017.

TIBURCIO, M. P. *et al.* Validação de instrumento para avaliação da habilidade de mensuração da pressão arterial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v.67, n.4, p.581-87. 2014 .

TWYLCROSS, R. **Cuidados Paliativos**. 2. ed. Lisboa (PT): Climepsi. 2003.

- URSI, E. S.;GAVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev Latino am de enf**, v.14, n.1, p.124–131. 2006.
- VIEIRA, R. C. *et al.* Demanda por cuidados paliativos em enfermarias clínicas gerais. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, Mato Grosso, v.20, n. 8, p. 20-40. 2017.
- VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, v.43, n.2, p.429-37. 2009.
- WALDOW, V. R. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto. 1999.
- WATSON, J. **Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem**. Loures (Pt): Lusociência, 2002.
- WEISSHEIMER, A. M. **Tradução, adaptação transcultural e validação para uso no Brasil do instrumento Prenatal Psychosocial Profile**. (Tese). Doutorado em Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 2007.
- WESTMORELAND, D. *et al.* Consensual Validation of Clinical Practice Model Practice Guidelines. **J Nurs Care Qual**. v.14, n.4, p.16-27. 2000.
- WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v.1, n.12. 2000.
- WHO. **Cancer pain relief and palliative care report**. Geneva: 2002.
- WHO - World Health Organization. **Cancer pain relief and palliative care**. Geneva: WHO, 1990.
- WHO- World Health Organization. **Definition of palliative care**, 2015. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. Acesso em: 05 jul. 2018.
- WHO- World Health Organization. **Palliative Care. Cancer control: knowledge into action: guide for effective programs**. Module 05. Genève, 2007.

APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário(a) da pesquisa: **ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS E PRÁTICAS ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS DIRECIONADO A ENFERMEIROS**, cuja as responsáveis pela pesquisa são: a orientadora professora doutora Sabrina Joany Felizardo Neves e a mestranda do curso de pós-graduação *stricto sensu* Bruna Gabrielle de Souza Costa. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação:

1. O estudo se destina a elaborar e validar um instrumento de avaliação dos conhecimentos e práticas acerca dos cuidados paliativos direcionado a enfermeiros.

2. A importância deste estudo está em incentivar mais pesquisas em cuidados paliativos, uma vez que isto irá facilitar a atuação do enfermeiro nesta área e promover uma melhoria na qualidade da assistência, beneficiando assim instituições de saúde e ao próprio paciente que irá receber uma assistência de forma integral e diferenciada.

3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: agregar conhecimento acerca do assunto para a sociedade em geral, principalmente aos profissionais da área da saúde, produzindo conhecimento sobre cuidados paliativos, podendo contribuir para a realização de futuras pesquisas na área.

4. A coleta de dados começará após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, com previsão de início em março/2018 e término em maio/2018.

5. O estudo será feito da seguinte maneira:

- O estudo está sendo desenvolvido, em três etapas, a saber: 1) configura-se como uma revisão integrativa onde haverá a elaboração das dimensões acerca dos cuidados paliativos; 2) desenvolvimento do instrumento de avaliação; e 3) validação do conteúdo do instrumento de avaliação com especialistas em cuidados paliativos.

- Os participantes (especialistas) da pesquisa serão acionados a partir de artigos publicados nas bases de dados Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Ibics (Índice Bibliográfico

Español de Ciencias de la Salud), BDENF (Base de dados de enfermagem) e Pubmed, busca no currículo lattes e contatados através dos endereços eletrônicos pessoais cadastrados nos estudos.

- O questionário (construído pela pesquisadora) será em formato online, a partir da ferramenta web *Google Docs*, contém inicialmente 30 itens e os participantes irão avaliar o grau de pertinência de cada item dando sugestões de melhora quando achar necessário. Também será solicitado o preenchimento de uma ficha com dados profissionais e sócio demográficos. O tempo médio para avaliar o questionário pode variar entre 20min a 40min e poderá ser respondido em qualquer lugar que se tenha acesso a internet.

6. A sua participação será nas seguintes etapas:

- Caso após todos os esclarecimentos, você aceite participar da pesquisa, lhes convidamos a participar na qualidade de colaborador para julgar os enunciados do questionário.

- Inicialmente a pesquisa será composta por duas etapas, na primeira os especialistas irão avaliar a pertinência de cada item dando sugestões para a sua revisão. Para isto, será necessário ler os enunciados contidos no instrumento de pesquisa e após reflexão, marcar se concorda ou discorda da pertinência de cada enunciado (graduando a sua avaliação em relação aos enunciados como: nada pertinente; pouco pertinente; pertinente, muito pertinente; muitíssimo pertinente), levando em consideração a sua experiência em cuidados paliativos. Abaixo de cada enunciado estará disponível um espaço com linhas, caso sinta a necessidade de fazer algum comentário ou sugestão. Após isto, as respostas são analisadas para determinar a tendência geral, bem como as respostas mais extremas. O instrumento será reformulado, o questionário é novamente enviado aos participantes com a informação dos resultados atingidos na primeira rodada de opiniões. Dessa maneira inicia-se a segunda rodada de opiniões. Nesse momento, os especialistas serão solicitados a realizarem um novo julgamento, o processo se repetirá até que se atinja o consenso de maior ou igual a 70%. Se, após a terceira rodada do painel o consenso não for atingido, será necessário reunir os participantes online para que se entre em um consenso.

7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são:

- Desconforto, estresse ou ansiedade ao avaliar os questionamentos do instrumento desenvolvido.

- A fim de minimizar os riscos supracitados, a avaliação do questionário se dará através de um instrumento eletrônico via e-mail pessoal, podendo o sujeito responder a ele em local e horário de escolha própria, preservando assim seu conforto.

- O sujeito será informado que a qualquer momento poderá desistir da pesquisa, mantendo assim sua autonomia.

8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são:

- Agregar conhecimento acerca do assunto para sociedade em geral, principalmente aos profissionais da área da saúde, produzindo informações sobre os cuidados paliativos, podendo contribuir na fortificação e na produção de estudos futuros nesta área.

9. Você poderá contar com a seguinte assistência: contato dos pesquisadores para esclarecimentos quanto aos aspectos relativos à pesquisa. Sendo responsáveis por ela: a equipe da pesquisa.

10. Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

11. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.

13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você, sendo todos os gastos assumidos pela equipe da pesquisa.

14. Que fica garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial e extrajudicial.

15. Você pode obter uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pela pesquisadora, em PDF, em anexo no mesmo e-mail enviado com o link do formulário eletrônico ou basta clicar no link disponibilizado na página do google docs.

Autorização

Eu, _____, após a leitura do texto acima e ter tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável, para esclarecer todas as dúvidas, declaro que estou suficientemente informado, ficando claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Declaro também que estou ciente dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto é de espontânea vontade, que dou prosseguimento respondendo o questionário que será apresentado a seguir, “clikando” na opção “sim aceito”, você declara estar ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto. **Caso você não deseje participar da pesquisa basta não responder a pesquisa e fechar essa página da internet.**

Endereço dos responsáveis pela pesquisa:

1. Bruna Gabrielle de Souza Costa
 Domicílio: Avenida Santos Dumont
 Nº/Complemento: núm. 1083, aptº. 1102
 Bairro/CEP/Cidade: Rosarinho/ 52050 500/ Recife-PE
 Ponto de referência: Próximo à praça do Rosarinho
 Telefone: (81)99874 0733

2. Sabrina Joany Felizardo Neves
 Endereço Profissional: Universidade Federal de Alagoas, ESENFAR.
 Bairro/CEP/Cidade: Tabuleiro dos Martins/57072 900/ Maceió - AL
 Nº/Complemento: s/n
 Telefone: (82) 99948 8556

Contato de Urgência:

Bruna Gabrielle de Souza Costa
 Domicílio: Avenida Santos Dumont
 Nº/Complemento: núm. 1083, aptº. 1102
 Bairro/CEP/Cidade: Rosarinho/ 52050 500/ Recife-PE
 Ponto de referência: Próximo à praça do Rosarinho
 Telefone: (81) 99874 0733
 Email: brunagabrielle17@hotmail.com

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas
 Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária,
 Telefone: 3214-1041, Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs. E-mail:
comitedeticaufal@gmail.com

Assinatura ou impressão datiloscópica do voluntário(a) (Rubricar as demais páginas) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura dos (as) pesquisadores(as) Responsáveis pela pesquisa (Rubricar as demais páginas)

(*) Modelo utilizado pelo Comitê de Ética da UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

APÊNDICE 2- INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA (O ESPECIALISTA)**

Idade: _____ Gênero: () Feminino () Masculino

Município onde reside/Estado _____

Telefone: DDD (____) _____

Possui alguma especialização: () Não () Sim, Qual? _____

Possui alguma formação em cuidados paliativos: () Não () Sim, especifique quais:

() Residência () Curso de aperfeiçoamento () Pós graduação lato sensu

() Mestrado () Doutorado () Pós doutorado, Outros: _____
_____Atualmente trabalha com cuidados paliativos: () Não () Sim, especifique onde:

Realiza ou já realizou pesquisa em cuidados paliativos: () Não () Sim

Há quanto tempo você atua em cuidados paliativos: _____