

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE
(UNI E MULTIPROFISSIONAL) – PRAPS/FAMED/UFU
ATENÇÃO EM ONCOLOGIA

NICOLE SANTA CRUZ ESPÍNDOLA

“FREQUÊNCIA DAS VISITAS DOMICILIARES DE UM PROGRAMA DE
CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS DO TRIÂNGULO MINEIRO:
ESTUDO METODOLÓGICO”

Uberlândia
Fevereiro/2019

NICOLE SANTA CRUZ ESPÍNDOLA

**“FREQUÊNCIA DAS VISITAS DOMICILIARES DE UM PROGRAMA DE
CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS DO TRIÂNGULO MINEIRO:
ESTUDO METODOLÓGICO”**

Trabalho de Conclusão de
Residência realizado como
requisito obrigatório para
aquisição do título referente a
Residência Multiprofissional em
Atenção em Oncologia pela
categoria de Enfermeira.

Orientador(a): Ma. Lívia de
Paula Peres

Co-orientadora: Ma. Suely
Amorim de Araújo

Uberlândia

Fevereiro/2019

“Frequência das visitas domiciliares de um programa de cuidados paliativos oncológicos do Triângulo Mineiro: ESTUDO METODOLÓGICO”

Nicole Santa Cruz Espíndola¹, Livia de Paula Peres², Suely Amorim de Araujo³

RESUMO

Com o diagnóstico de uma doença oncológica sem prognóstico curativo a configuração da equipe multiprofissional muda, objetivando o controle de sinais e sintomas da doença e melhoria na qualidade de vida do paciente e sua família. A visita domiciliar para esses pacientes é uma realidade, e para melhor organizar a frequência dessas visitas, propõe-se validar um instrumento de avaliação do paciente que quantifique o intervalo de tempo necessário para visita domiciliar. Foi realizada revisão bibliográfica, nas bases de dados Pubmed, Scielo e Bireme, resultando nas categorias: Identificação, Locomoção, Condições Higiênicas, Alimentação, Eliminações, Oxigenação, Integridade Cutâneo-Mucosa, Metástase, Dor, Vínculo Familiar, Percepção Sensorial e a escala Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG). O instrumento foi aplicado a 5 experts que validaram conforme as diretrizes donabedianas: Validação de Conteúdo e Validação de Aparência; Análise semântica dos itens; e Padronização de escores para Classificação do atendimento domiciliar. Após avaliação dos juízes, foram definidas 10 categorias, caracterizando então 50% das categorias modificadas, 42% mantidas, e 8% excluídas. O instrumento traz agilidade e embasamento científico para a prática clínica do enfermeiro, auxiliando a avaliação do paciente de uma forma global além de melhorar o atendimento ao paciente em visita domiciliar.

DESCRITORES: *Home visit, Palliative care, Oncology nursing.*

Introdução

Cuidados paliativos é uma abordagem que visa a qualidade de vida do paciente a partir do momento do diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida ou sem possibilidade de cura¹. A partir desse momento, a avaliação multiprofissional passa a configurar-se na possibilidade ou não do tratamento modificar a doença e seus sinais e sintomas. Assim, a ideia de uma opção de atendimento que objetiva o controle de sinais e sintomas, melhoria da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais começa a ser discutida¹.

Hoje, a estratégia de atendimento em âmbito domiciliar é percebida como uma inovação da assistência à saúde, uma vez que o enfermo se encontra em um ambiente

acolhedor, com a proximidade de seus entes queridos, vizinhos e conhecidos, bens pessoais, tem-se respeito a autonomia do paciente/família possibilitando poder criar uma rotina familiar diferente do ambiente hospitalar, e conseqüentemente prepará-los para a morte no domicílio^{2,3}.

Planejar a visita domiciliar é de suma importância, pois possibilita ao profissional organizar e dinamizar seu tempo dentre as tarefas desenvolvidas. Então, é importante estudar uma maneira de estabelecer prioridades para atender o paciente em visita domiciliar. Logo, para verificar a frequência de visita aos pacientes em cuidados paliativos é necessário levar em conta a situação atual da doença, o grau de dependência em relação aos cuidados, os dispositivos utilizados e se há lesões.

Na literatura, foram encontrados alguns itens para esse tipo de paciente, como: o controle de dor; a realização de curativos em feridas operatórias, oncológicas ou lesão por pressão; o controle glicêmico; a administração de dieta por via enteral (manejo de cateteres enterais); o manejo da traqueostomia; a administração de medicamentos nas vias subcutânea e intramuscular; o manejo da oxigenoterapia domiciliar; o manejo da jejunostomia e gastrostomia; a manipulação de cateteres vesical de demora ou intermitente e antibióticoterapia ou soroterapia⁴.

Ao ser observado no campo de prática a ausência de um instrumento referenciado na literatura que seja específico para esse tipo de paciente, viu-se a necessidade de construir e validar um questionário, a ser aplicado pelo enfermeiro, para mensurar a frequência de visitas domiciliares necessárias para o paciente paliativo oncológico, inserido no Programa de Cuidados Paliativos (PCP) do Setor de Oncologia do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HC-UFU). Sendo sua construção pautada nas escalas de Braden⁵, ECOG⁶, Caderno de Atenção Domiciliar⁷ e Manual de Cuidados Paliativos ANCP⁸.

Métodos

Iniciou-se o estudo pela pesquisa pela pesquisa bibliográficas para a identificação de referenciais teórico-metodológicos, cuja finalidade foi elencar os itens necessários a serem avaliados para caracterizar a frequência de visitas domiciliares à um paciente oncológico em cuidados paliativos, nas bases de dados Pubmed (Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA), Scielo (Livraria Eletrônica Científica Online) e Bireme (Centro Latino-Americano e do Caribe de informações em Ciências da Saúde), considerando como descritores as palavras: Home visit, Palliative care, Oncology nursing. Através de conversas informais com profissionais que trabalham no setor de cuidados paliativos da oncologia foi-se elencado a necessidade de um instrumento para melhorar a avaliação da frequência de visita domiciliar, visto que a escala utilizada é generalista e não leva em consideração alguns fatores importantes como curativos e sondagens, demandando

assim mais tempo de assistência em determinados pacientes no seu domicílio. Após esse levantamento, foi escrito e enviado o projeto de pesquisa que caracteriza um estudo de caráter metodológico, que foi aprovado pelo CEP com o parecer de número 2.735.407.

Para construção do instrumento levantou-se dados da literatura e da experiência dos profissionais do Programa de Cuidados Paliativos com expertise na área, estabelecendo os principais domínios a serem abordados, sendo eles: Locomoção, Condições Higiênicas, Alimentação, Eliminações, Oxigenação e Integridade Cutâneo-Mucosa, além de outros fatores que são considerados importantes para avaliação do paciente oncológico como: Presença de Metástase, Controle da Dor, Vínculo Familiar, Percepção Sensorial e a escala Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)⁶, e, logo depois, realizada a construção dos itens relacionados a cada domínio. Essas categorias foram elencadas principalmente, a partir do instrumento ficha B de avaliação domiciliar⁷ e da própria experiência acumulada dos profissionais do setor.

Assim, como achado na literatura e modelo de instrumento, utilizou-se formulário ficha B, que é uma ficha usada no Serviço de Atendimento Domiciliar da Atenção Básica⁷, a Escala de Braden⁵, que, mesmo sendo de caráter hospitalar contém categorias que precisam ser levadas em consideração no serviço domiciliar oferecido ao paciente oncológico em cuidados paliativos, e a escala ECOG⁶, que é uma escala de uma só pergunta desenhada para avaliar o estado funcional de doentes oncológicos.

Para a organização da pontuação, foi dado a cada item um valor que reflete a ordem crescente em diferentes níveis de dificuldades de cada categoria, conforme a escala Likert, que deve ser observado no paciente, o que torna mais fácil sua aplicação. Portanto, após o enfermeiro avaliar e classificar o paciente, deve eleger a periodicidade de visitas segundo a categorização dos cuidados e demandas individuais. É importante ressaltar que a qualquer momento, existindo a demanda de atendimento, esse planejamento poderá ser adaptado, visto que o paciente em cuidados paliativos pode apresentar uma variação do estado geral.

Os itens da ECOG possuem pontos/valores que variam entre 0 a 5. Cada paciente terá sua avaliação individual e receberá pontos em cada item avaliado que serão somados. Ao obter a pontuação relacionada aos itens de avaliação, àqueles pacientes que forem considerados acamados terão acrescidos o peso relacionado ao ECOG, ou seja, o valor dos pontos referentes ao paciente acamado, que serão multiplicados pelo peso ou ECOG 2, 3 ou 4, respectivamente que for definido no momento do atendimento. Todos os quesitos serão somados ao final e de acordo com a pontuação obtida serão definidos os retornos que poderão variar entre, diariamente ou no máximo em 7 dias para os pacientes com notas entre 45 a 52 pontos; retorno em 10 dias para pacientes com notas

entre 36 a 44 pontos; retorno em 15 dias para pacientes com notas entre 28 a 35 pontos; retorno em 21 dias para pacientes com notas entre 20 a 27 pontos; e retorno em 30 dias para pacientes com notas entre 10 a 19 pontos.

Para a etapa de validação do instrumento, o instrumento de avaliação foi analisado por especialistas no tema, foi dividido em 2 partes, a primeira (A) que leva em conta a avaliação de cada um dos itens do instrumento pelas dimensões donabedianas⁹, e a segunda, composta pelos itens B, C e D, que trazem questões semiabertas para confirmar resultados da etapa A e dá espaço para que o juiz escreva suas impressões sobre o instrumento.

Para guiar a construção do Instrumento de Avaliação da Visita Domiciliar foram utilizadas as dimensões donabedianas, que propõe 3 etapas: Validação do instrumento por meio da aplicação da estratégia de Validação de Conteúdo, utilizando a técnica Delphi e Validação de Aparência, a qual se subdividem ainda em 4 fases, a ordenação do pedido, que organiza e disponibiliza os critérios para avaliação do instrumento, tendo em vista os critérios de objetividade, simplicidade, clareza, pertinência, precisão, variedade, credibilidade e comportamento¹⁰.

Referente ao tamanho da amostra, ainda é divergente os dados na literatura para a o quantitativo de juízes. Alguns autores sugerem a adoção de seis a vinte sujeitos¹¹. Outros trazem a importância do número ímpar para evitar empate nas opiniões^{12,13}. Tendo em vista a pequena quantidade de enfermeiros que trabalham no setor de oncologia (8 enfermeiros), estimamos um "N" mínimo de 5 juízes, valorizando o carácter ímpar para desempate. Esses, foram escolhidos por amostragem não probabilística de conveniência, intencional, sendo estabelecidos como critérios de inclusão: titulação de mestrado e/ou doutorado; atuação na docência em Enfermagem; experiência superior a dois anos no Setor de Cuidados Paliativos Oncológico/HC-UFU. Tais critérios foram estabelecidos por entender que profissionais que tenham esses pré-requisitos consigam reunir o conhecimento teórico-prático para contribuir no processo de validação do instrumento. A esses juízes foi enviado uma carta convite, via e-mail, explicando sobre o trabalho, o instrumento e a sua validação, e caso aceite, solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Sua validação se deu por meio da aplicação da estratégia de Validação de Conteúdo e Validação de Aparência, Análise semântica dos itens e Padronização de escores para Classificação do atendimento domiciliar¹⁴.

Para a análise dos dados, tanto para a validação de conteúdo geral do instrumento, como de cada um dos itens específicos envolvidos nas categorias de Locomoção, Condições Higiênicas, Alimentação, Eliminação, Oxigenação, Integridade Cutâneo-

mucosa, Controle da Dor, Percepção Sensorial, Metástase, Vínculo Familiar e ECOG, foi aplicado o Índice de Validade de Conteúdo (CVI).

Esse índice mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Nele é considerado respostas variadas de 1 a 5, sendo: concordo totalmente (cinco pontos), concordo parcialmente (quatro pontos), estou indeciso (três pontos), discordo parcialmente (dois pontos) e discordo totalmente (um ponto). Após o preenchimento das respostas, faz-se a somatória dos valores e divide-se o total pelo número de juízes (5). Neste estudo foi adotado como critério o valor de concordância acima de 80%, sendo que os itens que não atingiram um resultado fidedigno foram excluídos ou revisados¹⁴.

Resultados

O parecer dos juízes compreendeu a análise e julgamento do instrumento de análise de frequência de visita domiciliar para pacientes em cuidados paliativos do serviço de oncologia do HC-UFU, de maneira geral e específica validando item a item baseado nas diretrizes donabedianas⁹.

Esse procedimento de validação de conteúdo possibilitou captar o parecer dos *experts* em relação ao domínio estudado e subsidiou a reformulação dos itens propostos, bem como a aplicação de cálculos estatísticos para determinação do CVI, cujo valor foi de 0,93%.

O corpo de avaliadores contou com um total de 5 juízes, sendo 3 mestres e 2 dois doutores, quatro com experiência em cuidados paliativos oncológicos e um com experiência em validação de escala. Atualmente, quatros desses são atuantes na docência, seja de nível superior ou técnico, e um exclusivo da assistência. A literatura traz que em relação à seleção dos juízes avaliadores, é necessário levar-se em consideração a experiência e a qualificação dos membros desse comitê para que a avaliação do instrumento enquanto sua efetividade e legitimidade seja adequada¹⁴.

Os valores apresentados na Tabela n. 1 demonstram os percentuais de *experts* que julgaram o conjunto de itens que compõe cada indicado, válido para a representatividade da medida em relação ao conteúdo estudado, apontando de maneira simples se o que cada item tem a capacidade de medir o que se propõe. Então, de forma geral, houve aprovação dos juízes em quase todas as categorias, a concordância total com o item não significou que o juiz não pudesse dar sugestões de melhora. Essas sugestões foram acatadas de acordo com a pertinência e praticidade para o setor.

Tabela n.1. Concordância dos *experts* com relação aos itens do instrumento. Uberlândia, MG, Brasil, 2018.

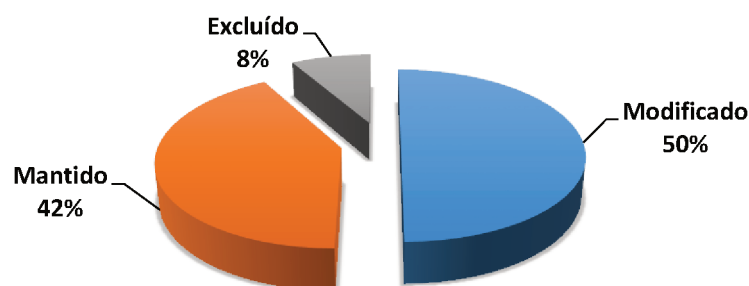
DOMÍNIOS	DISCORD DO TOTALM ENTE	DISCORD O PARCIAL MENTE	ESTO U INDEC ISO	CONCORD O PARCIAL MENTE	CONCOR DO TOTALM ENTE	TOTAL DE CONCORD ÂNCIA
Identificação	-	-	-	-	100%	100%
Locomoção/Dispositivos	-	-	-	-	100%	100%
Condições Higiênica	-	-	-	20%	80%	100%
Alimentação/Dispositivos	-	-	-	20%	80%	100%
Eliminação/Dispositivos	-	-	-	20%	80%	100%
Oxigenação/Dispositivos	-	-	-	-	100%	100%
Integridade Cutâneo Mucosa	-	-	-	20%	80%	100%
Controle da dor	-	-	-	-	100%	100%
Vínculo familiar	-	-	-	-	100%	100%
Metástase	-	20%	-	20%	60%	100%
Percepção Sensorial	60%	-	-	-	40%	100%
ECOG	-	-	-	-	100%	100%

*ECOG: Eastern Cooperative Oncologic Group

Houveram divergências quanto as categorias de condições higiênicas, alimentação, eliminação, integridade cutâneo-mucosa, metástase e percepção sensorial, sendo esta a mais discrepante, chegando em 60% de negação pelos juízes. A Tabela n. 2 traz as categorias que foram modificadas de acordo com as sugestões dos *experts*.

Ao final das considerações, para abordagem final do instrumento levou-se em conta as considerações feitas pelos avaliadores, assim, relacionado às alterações propostas pelos juízes avaliadores de 12 categorias existentes no instrumento original, 42% das categorias foram mantidas da forma original, 50% das categorias tiveram sugestões de alterações, e 8% das categorias foram retiradas, conforme apresentado no gráfico 1.

Gráfico n. 1 – Categorias modificadas do Instrumento das visitas domiciliares de pacientes em cuidados paliativos conforme avaliação dos especialistas. Uberlândia, MG, Brasil, 2018.



Referente a validação do instrumento, num total de 12 categorias descritas, 50% sofreram algum tipo de modificação, 42% foi mantido e 8% excluído. Resultando em um instrumento comum total de 10 categorias.

Tabela n. 2 - Categorias modificadas após sugestão dos especialistas. Uberlândia, MG, Brasil, 2018.

Conduta	Categorias
Mantido	Condições Higiênicas, Eliminação, Controle da dor, Vínculo Familiar, ECOG
Modificado	Identificação, Locomoção, Alimentação, Oxigenação, Integridade Cutâneo-Mucosa, Metástase
Excluído	Percepção sensorial

É importante ressaltar que a categoria de metástase foi modificada, retirada do instrumento como uma categoria única e englobado nos dados de identificação do paciente, tornando mais prático o instrumento.

Discussão

O instrumento foi desenvolvido por não haver na literatura um específico para visita domiciliar de paciente oncológico em cuidados paliativos, e posteriormente avaliado por *experts*. Além de considerar-se importante a existência de um instrumento que registre e acompanhe o paciente em domicílio e gere indicadores de qualidade¹⁵. Para tanto, é importante a uniformização do mesmo, possibilitando uma análise periódica de seu estado geral, condição de saúde, e auxiliar como ferramenta de planejamento, programação, monitoramento e avaliação das visitas domiciliares¹⁵.

De forma geral, os resultados apontam a adequação da escala ao conteúdo que ela pretende avaliar. Pela análise dos juízes, apenas uma categoria obteve baixa relevância para o instrumento, sendo então retirada a categoria de *percepção sensorial* do instrumento. Justifica-se por a mesma englobar de maneira muito ampla as percepções sensoriais, que se classificam em auditiva, olfativa, tátil, ocular e palatina. Essas grandezas são muito dispares para serem avaliadas em uma mesma categoria.

A literatura traz que a identificação do paciente é de suma importância para planejar, sistematizar, organizar e documentar a visita domiciliar¹⁵. No âmbito da atenção básica utiliza-se as variáveis: nome, sexo, idade, endereço e os fatores de risco que motivaram a visita domiciliar e levaram à condição atual. Para o paciente em cuidados paliativos da oncologia viu-se a necessidade de outros itens como data de nascimento e prontuário, por ser a forma de busca no prontuário eletrônico do hospital em estudo, data de ingresso no programa e PCP, que é o número do paciente dentro do programa, para que haja o controle do número de pacientes por período específico, e

dados sobre o cuidador (quem é o cuidador, qual sua escolaridade e qual seu vínculo familiar com o paciente), uma vez que essas informações influenciam diretamente nas orientações do cuidado, além de conhecer melhor os indivíduos que estão fazendo o cuidado¹⁵. Um item que foi sugerido pelos avaliadores para ser inserido nessa categoria foi o local do tumor e se há metástases com o intuito de direcionar o cuidado além de relacionar estado geral e sintomas.

Referente a locomoção do paciente, que é um indicativo importante para o planejamento dos cuidados de enfermagem, houveram sugestões para adequação da linguagem. Uma vez que essa, quando está restrita, de forma temporária ou não, pode levar a distrofia, perda de tonicidade muscular e diminuição de força muscular, o que acarreta em dor, ou quando limitada gerar dificuldades no autocuidado e aumenta-se o risco de queda¹⁶. Como sugerido pelos *experts* foi colocado um grifo posteriormente ao item dificuldade de locomoção para melhor especificar qual a dificuldade, e a palavra cadeirante foi trocada por auxílio de dispositivo igualmente com um grifo para identificação de qual dispositivo o paciente necessita.

O item condições higiênicas se faz importante na avaliação da enfermagem por mostrar como o paciente está se cuidando ou sendo cuidado, capacidade de autocuidado e também, por permitir conhecer a realidade e avaliar os determinantes do processo saúde-doença¹⁵. Nessa categoria não houve alterações.

Outro item importante que foi alterado no instrumento por sugestão da maioria dos juízes foi a forma de mensurar em alguns itens com uma abordagem qualitativa para expor questões específicas dos pacientes como alimentação e eliminação. A sugestão foi de que deveriam ser avaliadas também de forma qualitativa, e não somente sua forma de ingestão ou eliminação, como por exemplo, alimentação via oral e boa aceitação, ou até mesmo diurese via sonda vesical de demora e oligúria. *A priori* foi pensando no desenvolvimento do instrumento para adequar ao perfil do paciente e estimar sua próxima visita domiciliar, no entanto, o perfil do paciente em cuidados paliativos é muito variável e isso poderia comprometer a marcação da próxima visita. Assim, foi adaptado um local a ser preenchido para entender de forma qualitativa a categoria representada.

No que envolve a alimentação, cerca de 80% dos pacientes com câncer apresentam desnutrição já no momento do diagnóstico, que se associa diretamente com o aumento da morbimortalidade no câncer e ao favorecimento da caquexia¹⁷. Além disso, se correlacionar com uma série de consequências clínicas, como a diminuição da qualidade de vida, aumento do risco de toxicidade induzida por quimioterapia e redução na sobrevivência ao câncer¹⁷. Assim, os itens foram sintetizados em Via oral ou Via enteral com um grifo para especificar qual via no caso da dieta enteral como por

exemplo, Sonda Nasoenteral ou Gastrostomia, entendendo que os dispositivos utilizados no paciente com dieta enteral geram a mesma preocupação com cuidados e manuseio.

Relativo a eliminação, categoria que se enquadra a diurese e a evacuação, cabe a enfermagem avaliar o padrão das eliminações fisiológicas do paciente e planejar cuidados para manutenção dos mesmos, e prestar cuidados com as especificidades, como os cateterismos, seja ela de demora ou de alívio, quando necessário. Cerca de 80% das infecções de trato urinário dos pacientes que fazem uso desse dispositivo. Portanto, cabe a enfermagem avaliar também o seu tempo de permanência, sendo que o prazo máximo não é consenso na literatura¹⁸. Outra sugestão das expertises foi o crescimento de nefrostomia e cistostomia na categoria da diurese. Além desse fator, as obstipações intestinais e diarreias podem acontecer, podendo ser ocasionados por medicamentos ou pela própria evolução da doença.

Associado a categoria dor, 100% dos juízes concordaram em sua necessidade, sendo a dor oncológica considerada uma emergência clínica^{8,19}. A literatura traz que ela tem caráter multifatorial e, é o sintoma mais frequente nas neoplasias malignas, sendo o mais temido pelos pacientes. Assim, uma avaliação bem feita orienta uma conduta correta que pode controlar esse sintoma em até 90% dos casos¹⁹. Como os pacientes do PCP oncológicos fazem uso de muitas medicações analgésicas, é de suma importância entender quais estão sendo utilizadas e ficar atento aos efeitos colaterais de cada uma delas¹⁹.

Um item importante a ser avaliado atentamente é a oxigenação do paciente, 80% dos juízes concordaram totalmente com o item e 20% parcialmente, não foi colocado oxigenação por ventilação mecânica por entendermos a intubação traqueal como um procedimento invasivo, que agrega sofrimento ao paciente e não altera o prognóstico, indo ao contrário dos princípios dos cuidados paliativos. Seu comprometimento pode impactar diretamente na qualidade de vida do paciente em cuidados paliativos tendo a fadiga como principal sintoma, além disso, pode diminuir o autocuidado, a capacidade física, a memória e a concentração, aumenta a falta de interesse e diminui a motivação nas atividades, aumentando fraqueza, irritabilidade, frustração, tristeza e angústia²⁰.

No que se refere a avaliação da integridade da pele, ao invés da quantidade de feridas foi alterado para o tipo de ferida, ausência ou vigência da mesma, deixando o instrumento mais prático e visual para o aplicador. A pele é um órgão que necessita ser avaliado com muita atenção pela enfermagem, sendo a prevenção de lesões por pressão o principal foco do instrumento, ele também abre a possibilidade de avaliação da lesão por meio visual e classifica seu estágio para estabelecer uma conduta adequada. A lesão da pele tem grande relação com o quadro nutricional do paciente, uma vez que

emagrecido aumentam os pontos de pressão ocasionados pelos ossos e diminui-se a circulação sanguínea local, gerando perda tecidual, desconforto e consequentemente dor⁸.

Referente à organização da agenda após a avaliação feita pelo enfermeiro responsável, foi sugerido a inclusão de um item a cima da assinatura do profissional que orientasse a provável data de retorno ao paciente. Essa observação foi muito válida deixando o instrumento mais resoluto.

Para finalizar o instrumento, não foram propostas alterações para a escala ECOG. Esta escala foi elaborada por Oken et al⁸ juntamente ao Eastern Cooperative Oncology Group, que se propõe a avaliar como a doença afeta as habilidades de vida diária do paciente, tendo por meio de um escore que varia de zero a cinco pontos, que permite classificar o paciente com o índice 0 (totalmente ativo, capaz de continuar todo o desempenho de pré-doença, sem restrição); 1 (restritos para atividade física extenuante, porém capazes de realizar um trabalho de natureza leve ou sedentária); 2 (completamente capaz para o autocuidado, mas incapaz de realizar quaisquer atividades de trabalho; fora do leito por mais de 50% do tempo); 3 (capacidade de autocuidado limitada, restrito ao leito ou à cadeira mais de 50% do tempo de vigília), 4 (completamente limitado, não pode exercer qualquer autocuidado; restrito ao leito ou à cadeira) e 5 (morto). Para a aplicação do questionário foi omitido o item 5, pensando que não há necessidade de visita para o paciente, e as notas 0 e 1 não foram valores multiplicadores, uma vez que os mesmos realizam o autocuidado. No entanto, o serviço oferece àqueles familiares que desejam, a visita pós-óbito que visa validar e acolher o luto da família.

No que se relaciona a escala de retorno das visitas domiciliares de enfermagem, a pontuação alcançada por cada paciente orientará um provável retorno, tendo então 5 possibilidades: se o paciente obtiver de 9 à 16 pontos, o retorno poderá ser de até 30 em 30 dias, se 17 a 24, de até 21 em 21 dias, se 25 a 32, de até 15 em 15 dias, se 33 a 41, de até em 10 em 10 dias e, se de 42 a 49 dias, o retorno deve ser de diário ou até no máximo em 7 dias. Esse espaçamento de tempo vem como experiência do serviço de cuidados paliativos oncológicos, que usa esse intervalo para organização das visitas dos pacientes, mas de maneira menos objetiva, que é a proposta de mudança dada pelo instrumento validado,

É de suma importância ressaltar que todos os itens avaliados pelo instrumento podem ser alterados uma vez que o estado geral do paciente em cuidados paliativos é variante, dessa forma as situações classificadas como urgências e emergências são atendidas no dia, caso ainda haja tempo hábil da visita domiciliar ou, caso necessite de

suporte hospitalar, encaminhado para a unidade intermediária de saúde mais próxima de sua referência.

Conclusão

O estudo cumpriu com o objetivo o qual se propôs validar uma escala perante os juízes para atender da melhor forma os pacientes que necessitem de visita domiciliar no PCP, perante a validação de conteúdo e validação de aparência. Cabe agora a implementação da mesma para averiguar sua praticidade em serviço. Vê-se a necessidade evidente do mesmo na prática clínica da enfermagem de modo a tornar mais prático a rotina de agendamentos de visita domiciliar. O mesmo traz benefícios para a equipe de enfermagem e para o próprio paciente, uma vez que categoriza, na medida do possível, as necessidades do enfermo e torna aplicável o tempo de retorno em visita domiciliar para o mesmo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço[Internet]. Rio de Janeiro:INCA;2008[acesso em:10 jun.2018].Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf
2. Ribeiro AL. A enfermagem no cuidado paliativo domiciliar: o olhar do familiar do doente com câncer. Rev Rene. 2014;15:499-507.
3. Ferraz AF, et al. O domicílio como cenário alternativo de apoio ao paciente oncológico. REME-Rev.Min.Enf.2006;10(4):440-447.
4. Pilatti P, et al. Cuidados paliativos oncológicos em um serviço público de atenção domiciliar. Rev Bras Med Fam Comunidade. 201;39(12):1-10.
5. Braden B. Adaptada e validada para o Brasil por Paranhos, Santos[internet].1999.[acesso em: 10 jun 2018].Disponível em: <http://www.bradenscale.com/translations.htm>.
6. Oken M et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol. 1982;5:649-655.
7. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. vol1[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde;2012[acesso em:10 jun. 2018].207p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf.

8. Manual de Cuidados Paliativos/Academia Nacional de Cuidados Paliativos [Internet] Rio de Janeiro;2012.592p.[acesso em:10 Jun.2018] Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
9. Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. Michigan: Health Administration Press; 1980. p. 77 – 125.
10. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev Psiquiatr Clin 1998;25(5):206-13.
11. Pasquali, L. Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas. Porto Alegre; 2010.
12. Moura ERF; et al. Validação de jogo educativo destinado à orientação dietética de portadores de diabetes mellitus.Rev APS.[Internet].2008. .[acesso em: 10 Jun 2018]; 11(4), 435-443. Disponível em <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/156>>
13. Oliveira MS; Fernandes AFC; Sawada NO. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: Um estudo de validação. Texto & Contexto Enfermagem. [Internet].2008[acesso em:10 Jun.2018];17(1),115-123..Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=480939&indexSearch=ID>.
14. Alexandre NMC; Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Ciência & Saúde Coletiva.2011;16(7):3061-3068.
15. Andrade AM et al. Visita domiciliar:validação de um instrumento para registro e acompanhamentos dos indivíduos e das famílias. Epidemiol.Serv.Saúde. [Internet].2014[acesso em:10 Jun.2018];23(1):165-175. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222014000100165&script=sci_abstract&tlng=pt
16. Comart MN.Paciente hospitalizado - Atuação da Enfermeira na prevenção de limitações físicas. Rev. Bras. Enf.1975;28:22-29.
17. Smiderle CA; Gallon CW. Desnutrição em oncologia: revisão de literatura. Rev Bras Nutr Clin. [Internet].2012. [acesso em:10 Jun.2018];27(4):250-256.. Disponível em:<http://www.braspen.com.br/home/wpcontent/uploads/2016/12/artigo-6-4-2014.pdf>

18. Fernandes MVL; Lacerda RA; Hallage NM. Construção e validação de indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associado a cateter. Acta Paul Enferm [Internet].2006.[acesso em: 10 Jun. 2018];19(2):174-89. Disponível

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002006000200009&lng=e&nrm=iso

19. Rangel O; Telles C. Tratamento da Dor Oncológica em Cuidados Paliativos. Ver UERJ[Internet]. 2012. [acesso em 10 Jun. 2018] Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/viewFile/8928/6833>

20. Brateibach V et al. Sintomas de pacientes em tratamento oncológico. Ciênc. Saúde. [Internet] 2013[acesso em: 10 Jun. 2018];6(2):102-109. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/faenfi/article/view/12604>

ANEXO (Instrumento Validado completo com ECOG e tempo de retorno) .

		Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia- HC-UFU Setor de Oncologia Ambulatório de Cuidados Paliativos AVALIAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR – ENFERMAGEM					
Nome: Local do tumor: Data de ingresso no programa:	DN: Prontuário: PCP:	ITENS DE AVALIAÇÃO		DATA :	DATA :	DATA :	
				ITEM:	ITEM:	ITEM:	
		Locomoção/ Dispositivos	1- Preservada 2- Dificuldade de locomoção 3- Auxílio _____ 4- Acamado				
		Condições Higiênicas	1- Bom 2- Regular 3- Insatisfatório				
		Alimentação/ Dispositivos	1- Via Oral 2- Via Enteral _____				
		Eliminação/ Dispositivos	Diurese	1- Espontânea 2- Fralda 3- SVD/A/Nefrostomia/ Cistostomia			
			Evacuação	1- Espontânea 2- Fralda 3- Ostomia _____			
		Oxigenação/ Dispositivos	1- Ar ambiente 2- Oxigenoterapia 3- Traqueostomia				
Integridade Cutâneo- Mucosa	1- Sem lesão 2- Local de pressão _____ 3- LPP _____ 4- Ferida Tumoral						
Controle da dor	1- Sem necessidade 2- Não Opióides 3- Opióides Fracos 4- Opióides Fortes						

	Vínculo familiar	1- Bom 2- Regular 3- Insatisfatório			
	ECOG	0 – Não acrescenta peso 1 – Não acrescenta peso 2 - Multiplica por 2 (Item acamado) 3 – Multiplica por 3 (Item acamado) 4 - Multiplica por 4 (Item acamado)			
	TOTAL: PREVISÃO DE RETORNO: ASSINATURA:				

*SVD/A: Sonda Vesical de Demora/Sonda Vesical de Alívio
 *LPP: Lesão por Pressão
 *PCP: Programa de Cuidados Paliativos

Escala de *performance status* ECOG

Grau	Definição
0	Totalmente ativo e sem restrições de atividade.
1	Restrito a atividades físicas, mas deambulando e apto a realizar atividades laborais leves.
2	Incapaz de realizar atividades laborais, mas deambulando e com autocuidado presente.
3	Autocuidado limitado e confinado ao leito ou cadeira durante mais de 50% do período em que permanece acordado.
4	Impossível o autocuidado e totalmente confinado ao leito ou a cadeira.
5	Morte

Oken M, Creech R, Tormey D, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol. 1982;5:649-655.

ESCALA DE RETORNO DAS VISITAS DOMICILIARES DE ENFERMAGEM

Pontuação	Retorno das Visitas
42 – 49	Diariamente ou no máximo em 7 dias
33 – 41	Até de 10 em 10 dias
25 – 32	Até de 15 em 15 dias
17 – 24	Até de 21 em 21 dias
9 – 16	De 30 em 30 dias
