

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM ASSISTENCIAL

DANIEL ESPÍRITO SANTO DA SILVA

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O IDOSO COM  
DOENÇA ONCOLÓGICA AO FIM DE VIDA: REVISÃO DE  
ESCOPO E MAPEAMENTO CRUZADO**

Niterói

2021

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O IDOSO COM DOENÇA  
ONCOLÓGICA AO FIM DE VIDA: REVISÃO DE ESCOPO E MAPEAMENTO  
CRUZADO**

Daniel Espírito Santo da Silva

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense, requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Rosimere Ferreira Santana.  
Coorientadora: Thalita Gomes do Carmo

**LINHA A:** Cuidado de Enfermagem aos Grupos Humanos

Niterói

2021

## **DEDICATÓRIA**

### **A minha família**

*Por todo o incentivo, apoio e amor incondicional desde sempre, Paulo, meu pai, Helena, minha irmã e em especial a minha mãe, Teresinha de Jesus, que teve a percepção sobre minha vocação profissional e me direcionou ao caminho da enfermagem quando eu ainda nem sabia o que gostaria de fazer da vida, e a minha Tia Carmen Lúcia (in memoriam) que abriu meus olhos e coração sobre a necessidade do conhecimento dos Cuidados Paliativos.*

### **A Camilla**

*A quem devo toda gratidão e amor por seu incentivo e paciência incondicional ao longo dessa jornada. Obrigado por acreditar nos meus sonhos mesmo quando eles parecem um pouco fora das possibilidades.*

## **AGRADECIMENTOS**

### **A professora Dra Rosimere Ferreira Santana**

*Minha orientadora e amiga. Por todo o acolhimento e paciência durante todo esse tempo. Me lembro até hoje de quando nos conhecemos durante um evento de Enfermagem Gerontológica na UFRJ e a partir de então sua paixão e interesse por temas que já me eram afins não me permitem sair de perto da Sra, ou melhor, de você. Obrigado por acreditar em mim quando eu mesmo não tinha muita certeza sobre como chegar lá. Apesar de todos os percalços conseguimos juntos. Muito obrigado!*

### **A Professora Dr<sup>a</sup> Thalita Gomes do Carmo**

*Minha coorientadora por todo o carinho, parceria e disponibilidade. Muito obrigado!*

### **Ao Professor Dr Rudval**

*Por sua disponibilidade e contribuições para esta pesquisa, Muito obrigado!*

### **A Professora Dr<sup>a</sup> Érica Brandão**

*Pela disponibilidade e interesse em participar desta pesquisa, muito obrigado pelo suporte de sempre!*

### **A Antônia e Dayana Amaral do grupo de pesquisa**

*Sem vocês este trabalho talvez não tivesse sido concluído. Muito obrigado de coração!*

### **Ao grupo de pesquisa GESAE**

*Por todo o auxílio, dicas e orientações oferecidas, obrigado!*

### **A minha equipe, Dr. Raphael Cruz, Psic. Martha Janeth, Dr. Raphael Sutter e Dr. George Patrick**

*Por todo o acolhimento, parceria e incentivo na execução deste trabalho. Desde o primeiro momento em que entrei na equipe sou grato por trabalhar e conviver com pessoas tão éticas, competentes e interessadas por Cuidados Paliativos. Muito obrigado, aguardo ansioso pelos próximos passos do Programa.*

**Ao Dr Sandro**

*Por sua disponibilidade e interesse na realização deste trabalho além do acolhimento dentro da instituição. Muito obrigado!*

**A bibliotecária Eliana Rosa**

*Pela disponibilidade e velocidade com que me auxiliou na revisão. Muito obrigado.*

**Ao estatístico Abel**

*Pelo auxílio na etapa de análises estatísticas do trabalho de maneira tão veloz e alinhada às expectativas do trabalho. Obrigado!*

**Aos colegas de turma**

*Pelos momentos especiais que passamos mesmo durante uma pandemia que interferiu em todas as nossas expectativas. Conseguimos!*

**Aos “separados”, Anna, Beatriz, Daphne, Camila e Rosiane**

*Pelo apoio e escuta ativa nos momentos de desabafo e troca sobre este trabalho ao longo dos anos. Amo vocês!*

**A Jéssica e Lucas**

*Meus amigos da Residência para a vida, com toda a paciência com minhas ausências, muito obrigado!*

**Ao Bruno**

*Meu amigo mais nobre e antigo pelo incentivo ao longo destes anos pelos momentos de descontração que me lembravam que o trabalho é apenas um momento de nossas vidas. Obrigado por estar presente irmão.*

**Aos seguidores da página @enfermagem.paliativa**

*Que acompanharam indiretamente meu crescimento profissional e pessoal desde a criação da página e com os quais troco informações e experiências praticamente todos os dias. Este trabalho foi feito para vocês. Muito obrigado.*

“Quando você guia sua vida pela consciência do fim, é mais fácil nortear suas escolhas”

**Frank Ostaseski – Os cinco convites**

## RESUMO

**Objetivo:** Elaborar um guia das intervenções de enfermagem para pacientes idosos com doenças oncológicas ao fim da vida após identificar intervenções de enfermagem nas produções científicas nacionais e internacionais sobre pacientes idosos em cuidados paliativos oncológicos ao fim da vida e após mapear os termos registrados pelos profissionais da equipe de um centro especializado. **Método:** Estudo elaborado em duas fases: Revisão de escopo, que teve como pergunta de pesquisa: Quais intervenções de enfermagem são mais frequentes em pacientes oncológicos idosos na terminalidade? E mapeamento cruzado como segunda fase que utilizou como fonte de dados uma pesquisa documental em prontuários de pacientes idosos com doenças oncológicas que integraram o programa de Cuidados Paliativos da Caixa de Assistência à Saúde do Estado do Rio de Janeiro no período de Julho de 2019 à Dezembro de 2020 e estavam em final de vida. Os registros foram então transcritos para um documento a parte, submetidos à duas avaliadoras e tiveram sua concordância quanto a presença de intervenções da taxonomia da NIC investigadas. **Resultados:** A revisão de escopo encontrou inicialmente 5887 artigos, que após avaliação e aplicação dos critérios de exclusão chegou a sete artigos que fizeram parte da análise final. Obteve-se como intervenções identificadas na etapa de revisão de escopo: assistência no autocuidado, controle de energia, controle de medicamentos, controle de volume de líquidos, controle de dor aguda, controle de delírio, cuidados com lesão que não cicatriza, apoio espiritual, orientação antecipada e escuta ativa. Com relação à análise documental houve predominância do sexo masculino (57,0%) com a maioria da faixa etária estando entre 70 e 80 anos (40,0%). 142 registros foram avaliados, dos quais 51% possuíam PPS:30%. Das 41 intervenções identificadas após o mapeamento cruzado desta etapa 12 tiveram concordância de 100% entre as avaliadoras: administração de analgésicos, administração de enema, apoio ao cuidador, conduta da radioterapia, controle de constipação intestinal/impactação, controle de dispositivo de acesso venoso central, controle de náusea, controle do ambiente: conforto, cuidados no processo de morrer, monitoração de sinais vitais, tratamento da febre, apoio espiritual. Da análise congruente dessas duas etapas se elaborou um guia prático com 12 intervenções direcionadas aos cuidados de fim de vida que será difundido como livro digital. **Conclusão:** Os pacientes idosos com doença oncológica em fase de fim de vida necessitam de intervenções complexas, congruentes e sindrômicas. A assistência destes pacientes e a compreensão quanto a particularidade destas intervenções e suas nuances fazem com que este paciente seja considerado de alta complexidade. Com este trabalho foi possível identificar não somente quais são as principais intervenções para a fase da terminalidade do paciente idoso oncológico, mas também quando algumas intervenções o deixam de ser com base na aplicação da escala de PPS, algo que não está bem descrito na literatura, e tem se mostrado útil na prática. **Produto gerado:** Guia prático, baseado nas melhores evidências disponíveis, com as principais intervenções mapeadas na prática e na literatura, que pode impactar em seu uso na prática clínica avançada em cuidados paliativos ao fim de vida.

**DESCRITORES:** Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida, Enfermagem de Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida, Cuidados Paliativos, Enfermagem Geriátrica, Enfermagem Baseada em evidências.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1.</b> Estrutura dos passos de elaboração de uma guia didático.....	27
<b>Figura 2.</b> Fluxograma PRISMA-ScR.....	45
<b>Figura 3.</b> Análise de prontuários elegíveis.....	51
<b>Figura 4.</b> Distribuição de títulos de intervenções de enfermagem em pacientes idosos com doença oncológica e PPS:40% ou menor.....	58
<b>Figura 5.</b> Representação da relação tempo e redução da funcionalidade em pacientes oncológicos para tomada de decisão sobre intervenções eficientes.....	76



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Distribuição das variáveis sociodemográficas dos associados acompanhados por projeto de Cuidados Paliativos da operadora de saúde CABERJ.....	53
<b>Tabela 2.</b> Distribuição dos dados obtidos em registros por profissionais de projeto de Cuidados Paliativos da operadora de saúde CABERJ.....	52
<b>Tabela 3.</b> Resultado das avaliações entre os dois avaliadores em relação as intervenções de enfermagem presentes em registros aplicadas ao teste de concordância.....	54
<b>Tabela 4.</b> Distribuição da quantidade de intervenções de enfermagem aplicadas a cada fase da avaliação do PPS, a partir do PPS $\leq 40$ .....	55

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Palliative Performance Scale – PPS.....	24
<b>Quadro 2.</b> Disposição dos domínios e classes das intervenções de enfermagem NIC...29	
<b>Quadro 3.</b> Intervenções essenciais na área de Especialidade Enfermagem em instituições de longa permanência e cuidados paliativos segundo a NIC.....	30
<b>Quadro 4.</b> Termos por idiomas para estratégia de busca nas bases de dados BVS, BIREME, LILACS, IBECs, BDEF, ColeçãoSUS, BD MTeCI, Portal Pubmed da National Library of Medicine (NLM), Scielo. No Portal de Periódicos da Capes foram empregadas às bases de dados: Elsevier: Embase e Scopus, Clarivate Analytics: Web of Science, CINAHL, ASP, SocINDEX, OpenDissertations.....	33
<b>Quadro 5.</b> Caracterização dos estudos selecionados para revisão de escopo.....	46
<b>Quadro 6.</b> Caracterização das intervenções de enfermagem conforme semântica da taxonomia da NIC, definições e desfechos.....	47
<b>Quadro 7.</b> Diferença de dias do primeiro registro de PPS:40% ou menor e o dia do óbito.....	59

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ANS</b> .....	Agência Nacional de Saúde Suplementar
<b>ASP</b> .....	<i>Academic Search Premier</i>
<b>BD MTeCi</b> .....	Medicina Tradicional e Terapias Complementares e Integrativas
<b>BDENF</b> .....	Banco de Dados em Enfermagem
<b>BIREME</b> ...	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
<b>BVS</b> .....	Biblioteca Virtual em Saúde
<b>CABERJ</b> .....	Caixa de Assistência dos Funcionários do Sistema Integrado BANERJ
<b>CID-10</b> .....	Classificação Internacional de Doenças
<b>CINAHL</b> .....	<i>Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
<b>ColecionaSUS</b> .....	Coleção Nacional das Fontes de Informação do SUS
<b>GESAE</b> .....	Grupo de Pesquisa de Sistematização da Assistência de Enfermagem
<b>IBECS</b> .....	<i>Bibliográfico Español em Ciencias</i>
<b>KPS</b> .....	<i>Karnofsky Performance Scale</i>
<b>LILACS</b> .....	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<b>NANDA-I</b> .....	<i>Nanda International</i>
<b>NEPEG</b> .....	Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Gerontológica
<b>NIC</b> .....	Classificação das Intervenções de Enfermagem
<b>NICE</b> .....	National Institute for Health and Care Excellence
<b>NLM</b> .....	National Library of Medicine
<b>NOC</b> .....	Classificação dos Resultados de Enfermagem
<b>NuDESC</b> .....	<i>Nursing Delirium Symptom Checklist</i>
<b>OMS</b> .....	Organização Mundial de Saúde
<b>PBE</b> .....	Prática Baseada em Evidências
<b>PEBE</b> .....	Prática de Enfermagem Baseada em Evidências
<b>PPS</b> .....	<i>Palliative Performance Scale</i>
<b>QCRI</b> .....	<i>Qatar Computing Research Institute</i>
<b>RE</b> .....	Revisão de Escopo
<b>Scielo</b> .....	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
<b>SUS</b> .....	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

Apresentação .....	15
1. Introdução.....	17
1.2 Pergunta De Pesquisa .....	21
1.3 Objetivo Geral .....	21
1.4 Objetivos Específicos .....	21
2. Revisão De Literatura.....	22
2.1 Tanatologia E Cuidados Paliativos.....	22
<u>2.1.1</u> Morte Domada.....	22
<u>2.1.2</u> Morte De Si Mesmo .....	22
<u>2.1.3</u> Morte Do Outro .....	22
<u>2.1.4</u> Morte Interdita.....	22
2.2 – Cuidados Paliativos E Cuidados Ao Fim Da Vida.....	23
2.3- Guia Didático Baseado Em Práticas Avançadas .....	26
2.4 Intervenções De Enfermagem Nos Cuidados Ao Fim Da Vida .....	28
3. Método.....	31
3.1 Desenho Do Estudo .....	31
3.2 Primeira Fase – Revisão De Escopo.....	31
<u>3.2.1</u> Elaboração Da Pergunta .....	31
<u>3.2.2</u> Critérios De Inclusão E Exclusão.....	32
<u>3.2.3</u> Estratégias De Busca .....	33
<u>3.2.4</u> Análise E Apresentação Dos Resultados.....	35
3.3 Segunda Fase - Estudo Documental .....	36
<u>3.3.1</u> Cenário De Pesquisa Do Estudo Documental .....	36
<u>3.3.2.</u> Fluxo De Coleta De Dados .....	39
<u>3.3.3</u> Tratamento De Análise De Dados .....	41

3.4 Síntese Dos Dados E A Importância Do Mapeamento Cruzado Para Construção Do Produto Baseado Em Evidência – Guia.....	41
3.5 Aspectos Éticos .....	42
4. Resultados.....	44
4.1 Revisão De Escopo.....	44
4.2- Estudo Documental De Prontuários .....	50
4.3 Análise De Concordância Entre Os Especialistas Conforme O Teste Gwet.....	53
4.4Análise Das Melhores Evidências Disponíveis: Associação Entre Os Mapeamentos Cruzados Da Revisão De Escopo E Do Estudo Documental .....	60
5. Produto .....	61
Assistência No Autocuidado .....	62
Orientação Antecipada .....	62
Cuidados No Processo De Morrer .....	63
Controle De Medicamentos .....	63
Controle De Energia .....	64
Controle De Dor: Aguda .....	65
Controle Do Delírio.....	65
Escuta Ativa.....	66
Cuidados Com Lesões: Lesão Que Não Cicatriza.....	67
Controle De Volume De Líquidos E Eletrólitos.....	68
Apoio Espiritual.....	68
Apoio Ao Cuidador .....	69
6. Discussão .....	70
7. Conclusão .....	78
Referências .....	79
Apêndice A.....	85
Apêndice B .....	86
Apêndice C .....	87

Apêndice D.....	88
Apêndice E.....	89
Anexo A.....	90
Anexo B.....	93

## APRESENTAÇÃO

Trata-se de uma pesquisa com o propósito de subsidiar a formulação de um guia de intervenções de enfermagem para pacientes em cuidados ao fim da vida<sup>(1)</sup>. Fase que apesar de inevitável ainda carrega um estigma cultural associado ao fracasso dos profissionais de saúde.

O interesse pela temática das intervenções de enfermagem ocorreu ao verificar-se que existia uma lacuna do conhecimento acerca do processo de enfermagem aplicado a temática de cuidados paliativos. E, em especial ao estudar um Diagnóstico de Enfermagem que abrangesse o cuidado de enfermagem nessa fase da vida. Com isso propôs-se um diagnóstico novo, de síndrome a partir de estudos realizados pelo Grupo de Pesquisa de Sistematização da Assistência de Enfermagem-GESAE foi encaminhado a proposta para a taxonomia da NANDA-I com o título “Síndrome de fim de vida comprometida”<sup>(2,3)</sup>.

No entanto, para concluir algumas das etapas de validação clínica do diagnóstico de enfermagem “síndrome de fim de vida comprometida”, observou-se a necessidade de identificar as intervenções de enfermagem, para atender a ligação entre as taxonomias da NANDA-I, a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) e a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Logo, buscar a evidência científica para compor o plano de cuidado proposto nas etapas do processo de enfermagem.

Por isso propõe-se nesse estudo uma revisão de escopo (RE), um estudo documental e através do mapeamento cruzado dos termos encontrados com a NIC identificar quais intervenções poderiam compor um guia para auxiliar a tomada de decisões do enfermeiro no cuidado aos pacientes idosos com doenças oncológicas ao fim da vida.

Este tema específico foi alvo de meu interesse, desde meados de 2016, no primeiro período da graduação na Universidade Federal do Rio de Janeiro. Com o objetivo de me aprofundar na área optei por imediatamente após a graduação cursar a Residência em Clínica Médica com foco em Oncologia oferecida naquele momento pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

A escolha da especialidade se deu então por imaginar que seria uma maneira de ficar próximo daqueles que precisam de cuidados paliativos. Concomitante a ela, optei por cursar a pós-graduação em Enfermagem Gerontológica na Universidade Federal Fluminense, quando pela primeira vez tive contato com o que viria a ser atualmente o

diagnóstico de “Síndrome de fim de vida comprometida”, que tive a oportunidade de participar em uma das etapas de validação de conteúdo.

Entre muitos estudos a paixão e interesse por Cuidados Paliativos e Enfermagem transbordou para a internet quando criei de maneira despretensiosa um Instagram para falar sobre o assunto. Assim surgiu a página @enfermagem.paliativa.

É difícil atribuir métricas muito científicas neste meio digital, mas acredito que o fato da morte e dos cuidados relacionados as pessoas com doenças incuráveis serem considerados tabus e ninguém falar sobre o assunto fez com que a página fosse um farol para quem tinha dúvidas sobre o assunto.

Hoje a página conta com mais de 62 mil seguidores no Instagram e mais de 7 mil no Facebook. Além disso tive a oportunidade de ensinar para mais de 200 pessoas sobre a técnica da Hipodermóclise, conhecimento que só pôde chegar para muitos deles através do meio digital. Por isso, acredita-se que um guia de intervenções que auxilie na tomada de decisão terapêutica no cuidado ao fim de vida possa ser útil na prática clínica.



## 1. INTRODUÇÃO

No contexto da assistência de cuidados de fim de vida tratar de anseios físicos, psíquicos, sociais e espirituais, traz uma gama de conflitos relacionados ao processo de morrer e morte. A ideia de que a morte é sempre algo negativo, associado a sofrimento e que, portanto, deve ser evitada a todo custo é bem aceita culturalmente.

Durante a nossa vida somos apresentados aos conceitos do que é estar vivo, do que é estar saudável, assim como do que é estar adoecido e assim, de maneira indireta, somos apresentados à terminalidade. Este conceito difícil de ser definido causa temor em nossa sociedade que ao evitar discutir sobre o tema, ignora que ele em si faz parte do ciclo de vida da sociedade e indivíduos<sup>(4)</sup>.

Por evitar discussões sobre o tema morte, não somente como tabu mas também por não ter uma política pública relacionada ao Cuidados Paliativos além de condições precárias da rede de cuidados à saúde, o Brasil figura em 42º lugar no índice de 2015 elaborado pelo *The Economist* que relacionava o *ranking* de países com melhor qualidade de morte, no qual o Brasil encontra-se atrás de outros países latino-americanos, como Equador (40º lugar), Uruguai (39º lugar), Cuba (36º lugar) e Argentina (32º lugar); e de países africanos, como Uganda(35º lugar) e África do Sul(34º lugar)<sup>(5)</sup>.

Durante a formação acadêmica muitas vezes a temática dos Cuidados Paliativos e como lidar com a terminalidade é subvalorizado. As consequências dessa subvalorização do conhecimento podem ser observadas tanto na prática quanto na literatura. Práticas distanásicas, profissionais em sofrimento por acreditarem não ter tido capacidade de reverter situações irreversíveis são alguns exemplos<sup>(6)</sup>.

Ainda que seja possível perceber avanços nesta discussão recentemente, isso acontece de maneira muito desorganizada quando pensamos nos cenários de atuação. Portanto, saber intervir corretamente nessas situações, com treinamento adequado no quadro complexo de cuidados à pessoa em final de vida, com intervenções descritas na literatura com evidências, podem promover a qualidade do cuidado de enfermagem, ao propor um guia que sintetiza as melhores intervenções que pode tornar possível um final de vida com conforto e dignidade.

Na década de 80 uma obra seminal brasileira originou um estudo de projeção, na qual, o geriatra Alexandre Kalache, apontava um aumento da população idosa brasileira e a profunda mudança no perfil epidemiológico<sup>(7)</sup>. Realidade contemplada com destaque para melhoria das condições de saúde somado ao avanço tecnológico que possibilitou que muitas doenças antes consideradas como letais se transformassem em doenças e agravos não transmissíveis, tais como câncer, diabetes, doenças do aparelho circulatório e doenças respiratórias crônicas aumentando a

longevidade destes indivíduos<sup>(4)</sup>.

Como consequência, hoje possuímos grande número de pessoas que necessitam de cuidados contínuos que garantam sua qualidade de vida com ou sem possibilidade curativa<sup>(8)</sup>. Ao que concerne aos cuidados paliativos na fase de fim de vida esse cuidado é especialmente voltado para oferecer uma morte digna ao indivíduo que enfrenta uma doença crônica ameaçadora de vida, tendo seu acesso considerado como uma necessidade humana básica<sup>(8)</sup>.

Essa abordagem de cuidados paliativos é definida nacionalmente pela Resolução 41/2018 da Comissão Intergestora Tripartite que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) <sup>(9)</sup>. Esta resolução por sua vez adota a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), publicada em 2002 e que diz que:

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais<sup>(10)</sup>.

Complementar a esta definição existe ainda a definição elaborada pela International Association for Hospice & Palliative Care em 2020<sup>(11)</sup>, que amplia a definição da OMS por incluir o cuidador. Ela diz que:

Os Cuidados Paliativos são cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que encontram-se em intenso sofrimento relacionados à sua saúde, proveniente de doença severa, especialmente aquelas que estão no final da vida. O objetivo dos Cuidados Paliativos é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores<sup>(12)</sup>.

Logo, este é um cuidado que se torna ainda mais potente, ainda que não exclusivamente, quando trata de doenças crônicas. Isso porque em doenças com desenvolvimento lento e mau prognóstico, o tratamento tende a ser mais sofrido do que a evolução da doença em si<sup>(13)</sup>.

Os cuidados paliativos não se limitam aos cuidados ao fim de vida, ainda que estes estejam contidos nos cuidados paliativos. Quando falamos em cuidados ao fim de vida nos referimos ao último estágio da doença crônica, caracterizado pela carga de sinais e sintomas físicos, psíquicos, sociais e espirituais tendo como desfecho a morte<sup>(14)</sup>. Nesse contexto entender a morte como processo natural é o passo fundamental para se planejar e estabelecer um processo de cuidado sistematizado pautado na minimização do sofrimento do paciente e familiares.

Atualmente existe um entendimento de que a morte é uma derrota, perspectiva comum entre os profissionais da área da saúde, o que acaba causando sofrimento a todos os envolvidos no processo de adoecimento, sejam seus cônjuges, familiares e a própria equipe multidisciplinar<sup>(6)</sup>, o

que culminam ainda não raramente no que convém chamar de distanásia, ou seja, a aplicação obsessiva de procedimentos terapêuticos nos casos de pacientes cujas vidas já não poderão ser salvas. Discussões sobre conceitos de fase de fim de vida durante a prática clínica podem minimizar e nortear melhor as condutas<sup>(6)</sup>.

Nesse cenário de atuação o enfermeiro é o membro da equipe multidisciplinar que muito das vezes possui mais tempo próximo do paciente, gerando um maior vínculo. Por isso quando se tem uma ausência formativa desses profissionais, eles se deparam com uma posição fragilizada, o déficit de conhecimento acerca da temática de fim de vida acaba interferindo negativamente na tomada de decisão do enfermeiro<sup>(15)</sup>.

Além disso, a escassez de preparo também parece se traduzir em sofrimento pelo profissional de enfermagem, que percebe intervenções desnecessárias por outros membros da equipe<sup>(16)</sup> essa falta de instrumentalização culmina ainda em não conseguir advogar pelo paciente. E um guia de intervenções direcionadas podem ajudar os profissionais na tomada de decisão clínica e terapêutica.

Outros problemas que precedem ao desconforto de lidar com a fase de fim de vida está relacionado intimamente com a comunicação, onde o diálogo com o paciente e seus familiares ocorrem no nível de amenidades<sup>(16)</sup> mesmo em momentos em que estes queiram verbalizar informações relevantes, este acordo muitas vezes implícito de ocultar informações é o que se chama de conspiração do silêncio<sup>(17)</sup> e acaba por impedir a coleta de informações e determinação de intervenções efetivas, mesmo que haja vínculo entre profissional e paciente/familiar.

Diante do exposto o enfermeiro consegue orientar o trabalho da equipe de enfermagem por meio do Processo de Enfermagem<sup>(18)</sup> que por sua vez se divide em cinco etapas, sendo elas: Coleta de dados, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de enfermagem, implementação de enfermagem e Avaliação de enfermagem. Saber identificar corretamente o diagnóstico de enfermagem constitui a base para a escolha de intervenções adequadas e assim alcançar resultados pelos quais os enfermeiros são responsáveis<sup>(19)</sup>.

A lacuna de um diagnóstico adequado considerando o indivíduo em cuidados de fim de vida levou a proposta de elaboração do diagnóstico “Síndrome de fim de vida comprometida” (SFVC)<sup>(2)</sup>, no momento submetido a NANDA-I em 2019, um diagnóstico de síndrome, que segundo a NANDA-I é “aquele que trata de um julgamento clínico que descreve as respostas humanas formando um grupo específico de diagnósticos de enfermagem que ocorrem simultaneamente e são tratados melhor em conjunto por meio de intervenções similares”<sup>(19)</sup>.

No entanto, identificar o diagnóstico é apenas uma das etapas do Processo de enfermagem, é necessário ainda determinar para cada diagnóstico de enfermagem as intervenções direcionadas

pela taxonomia da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)<sup>(20)</sup>. Com o intuito de melhorar a prática clínica de assistência a esses pacientes em cuidados ao fim de vida, trouxe a necessidade de identificar a existência das intervenções mais adequadas para esta fase da vida.

Por se tratar de um cuidado complexo, determinar como o enfermeiro pode atuar para atingir os resultados esperados baseado nas melhores evidências diagnósticas incluem conhecimentos e competências que assegurem o lidar de forma humanizada e preparada profissionalmente para clientes em condições de extrema fragilidade física, psicológica, espiritual e social. Pensando na complexidade da assistência ao paciente em cuidados ao fim da vida, a construção de um guia que direcione a sua tomada de decisão com relação as intervenções de enfermagem com mais clareza e assertividade, pode contribuir para a minimização do sofrimento e conseqüentemente uma morte digna<sup>(21)</sup>.

No caso do paciente em cuidados ao fim da vida é esperado que as intervenções precisem ser alteradas de acordo com o grau de declínio fisiológico do indivíduo, no caso evidenciado a partir da avaliação quanto a redução do PPS<sup>(22)</sup>. Essa dissertação então visa contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes em cuidados em cuidados ao fim da vida quando se propõe a fazer recomendações adequadas e baseadas em evidências de quais são as intervenções mais relevantes para esta população além da contribuição com a prática clínica do enfermeiro na documentação do Processo de Enfermagem.

A assistência complexa dos pacientes em cuidados ao fim da vida vem demonstrando cada vez mais especificidades dos profissionais da equipe multidisciplinar. Mas, principalmente do enfermeiro na capacidade de oferecer um plano de cuidado que converse com os princípios da abordagem de cuidados paliativos estabelecidos pela organização mundial da saúde<sup>(16,23)</sup>.

Alinhar esta assistência de enfermagem do paciente em fase de fim de vida por meio das linguagens padronizadas de enfermagem e da prática clínica baseada em evidência científica permite sistematiza o raciocínio clínico do enfermeiro de maneira inovador.

A partir do ponto de vista das Instituições elas também se beneficiam, pois com as intervenções sendo adequadas espera-se que o custo das internações, quando necessárias, seja reduzido sem deixar o paciente desamparado e ou desconfortável<sup>(24)</sup>.

Com a iminência de procurar minimizar o distanciamento entre os avanços científicos teóricos e a prática assistencial surgem as práticas baseadas em evidencia<sup>(25)</sup>. Se entendem evidências neste contexto como uma coleção de fatos que se acredita serem verdade e que estas quando alcançam determinado nível de complexidade se tornam capazes de mudar a prática<sup>(26)</sup>.

A menos que sejam explícitas quais intervenções realizadas são baseadas em evidências através de dados da prática e pesquisas, essas intervenções dificilmente são implementadas na

prática clínica<sup>(26)</sup>. Portanto, o estudo das melhores evidências se aproxima do contexto do mestrado profissional.

O estudo se insere e contribui na construção da linha de pesquisa “Cuidado de Enfermagem aos Grupos Humanos”, do Mestrado Profissional de Enfermagem Assistencial na medida em que propõe determinar quais são os melhores processos do cuidar concluindo com a elaboração de um guia de intervenções. Assim como possui aderência ao Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem (GESAE -UFF) em sua linha “Sistematização da Assistência de Enfermagem” e ao Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Gerontológica (NEPEG). Portanto, pesquisar as intervenções de enfermagem inseridas nesses contextos, e que colabora para a evolução da prática de enfermagem permitindo um aprimoramento neste campo de atuação.

## **1.2 Pergunta de Pesquisa**

Quais intervenções de enfermagem evidenciadas na literatura e na análise documental, quando cruzadas com a Classificação das intervenções NIC, podem compor um guia prático para pacientes idosos com doenças oncológicas ao fim da vida?

## **1.3 Objetivo Geral**

Elaborar um guia das intervenções de enfermagem para pacientes idosos com doença oncológica ao fim da vida.

## **1.4 Objetivos Específicos**

Identificar intervenções de enfermagem nas produções científicas nacionais e internacionais sobre pacientes idosos com doença oncológica ao fim da vida;

Mapear os termos registrados pelos profissionais da equipe de um centro especializado no cuidado ao paciente idoso em cuidados paliativos oncológicos ao fim da vida, com o resultado da revisão de escopo e o sistema de linguagem padronizado (NIC).

Analisar o cruzamento das etapas da revisão e da análise documental com o sistema de linguagem padronizado - Classificação de Intervenções de enfermagem (NIC).

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 TANATOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS**

A área do conhecimento e de aplicação responsável pelo estudo dos processos de morrer e morte é a Tanatologia<sup>(27)</sup>. Para Philippe Ariès, historiador francês e um dos grandes nomes do estudo da tanatologia, a morte pode ser dividida em quatro fases <sup>(28)</sup> distintas descritas brevemente a seguir.

#### **2.1.1 MORTE DOMADA**

Havia determinada familiaridade com a morte do outro por uma série de fatores como a baixa expectativa de vida. O que criava um contato muito mais próximo com pessoas morrendo, assim como, o fato de não haver unidades de saúde como conhecemos hoje.<sup>(29)</sup>

Dessa maneira a morte era esperada, antecipada por uma série de signos e rituais dentro da comunidade como o lamento a vida. Isso fazia com que a morte do outro fosse visto como um evento coletivo. Vale mencionar que Philippe Ariès batiza essa fase como “Domada” por comparação as fases seguintes.

#### **2.1.2 MORTE DE SI MESMO**

Localizado na segunda fase da Idade média, este período traz uma percepção um pouco mais individualista do evento que é a morte. O deslocamento dessa percepção tornou o leito de morte um momento também para julgamento, gerando então uma grande preocupação sobre o que aconteceria após a morte, existe então um apego mais declarado à vida.

#### **2.1.3 MORTE DO OUTRO**

Fase em que ainda que existia o conhecimento sobre a morte, sua exaltação e inúmeras dramatizações, não existia tanta preocupação com a morte de si e sim com a morte do outro. É quando surgem os cultos aos túmulos e visitas a cemitérios.

#### **2.1.4 MORTE INTERDITA**

Fase atual em que segundo o autor a morte torna-se vista como vergonhosa e objetivo de interdição. Ela passa a ser, portanto, não mais mencionada para o paciente com o argumento de que pode causar emoções fortes, insuportáveis. O local da morte deixa de ser então a residência para o hospital. Ainda que seja um local que não permita esta interlocução entre o paciente e seus familiares.

A evolução tecnológica que se seguiu tornou possível que doenças antes tidas como letais e agudas se tornassem crônicas como câncer, diabetes, doenças do aparelho circulatório e doenças respiratórias crônicas<sup>(30)</sup>. No entanto, o fato de haver técnicas e tecnologias para promoção e manutenção da qualidade de vida torna difícil para os profissionais realizarem o questionamento de que talvez aquele procedimento não esteja de fato proporcionando qualidade.

Essa postergação da morte para além de qualquer benefício é o que se convêm chamar de distanásia. A aplicação obsessiva de procedimentos terapêuticos com finalidade curativa quando esta já não é mais uma possibilidade. Isso muitas vezes é a causa motivadora de angústia para os envolvidos, seja o paciente quando lúcido, seus cônjuges, familiares e a própria equipe multidisciplinar<sup>(6)</sup>.

Em contrapartida ocorre um movimento em prol do alívio do sofrimento e controle de sintomas, principalmente, mas não exclusivamente em casos além da possibilidade curativa. Surgem então os cuidados paliativos de tal maneira que é difícil determinar um início para a especialidade já que grandes autores da área foram além de contemporâneos, correspondentes. Supõe-se que a primeira vez que o termo foi utilizado tenha sido em 1973 por Balfour Mount<sup>(31)</sup>, um Cirurgião Urológico do Canadá após visitar o St Christopher's Hospice fundado por Dame Cicely Saunders, Enfermeira, Assistente Social e Médica, uma das pessoas responsáveis por popularizar essas discussões, além de publicar diversos artigos sobre temas relevantes para a área antes da utilização do nome “Cuidados Paliativos” propriamente dito.

## **2.2 – CUIDADOS PALIATIVOS E CUIDADOS AO FIM DA VIDA**

Cuidados Paliativos se baseiam em princípios, e não em protocolos<sup>(4)</sup>, atualmente se consideram os seguintes princípios: Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; Não acelerar nem adiar a morte; Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto; Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; Deve ser iniciado o mais precocemente possível.

Portanto, a proposta dos Cuidados Paliativos se aproxima do conceito bioético da Ortotanásia, ou seja, a morte no tempo correto, dentro de seu tempo e com foco na qualidade de vida<sup>(4)</sup>.

Dentro dos Cuidados Paliativos tem-se os Cuidados ao fim da vida, foco dessa dissertação e fase final dos cuidados ao paciente. O conceito dessa fase não é exato na literatura, mas está concebido como o rápido declínio progressivo e inexorável<sup>(32)</sup> e uma necessidade de identificação de exacerbação de sintomas o que costuma modificar os cuidados administrados até o momento<sup>(4)</sup>.

Para isso, objetivamente uma das escalas mais utilizadas em Cuidados Paliativos, e que foi utilizada nesse trabalho como referencial da progressão quanto ao declínio fisiológico esperado na fase de final de vida é a *Palliative Performance Scale* (PPS)<sup>(4)</sup> (Quadro 1), que por sua vez foi adaptada da escala de Karnofsky (KPS)<sup>(22)</sup>, inicialmente pensada apenas para pacientes oncológicos, todavia é possível ser utilizada em outras populações.

A escala possui cinco domínios (Deambulação, atividade e evidência da doença, autocuidado, ingesta e nível de consciência), cada um deles se dividindo em 11 níveis variando de 0% a 100% em intervalos de 10%, com 0% indicando óbito e 100% sendo sem sinais aparentes de doença (Deambulação completa, sem limitações das atividades realizadas, autocuidado completo, ingesta normal, e totalmente consciente). Além disso, a utilização da escala de PPS permitiu distinguir quais intervenções foram mais frequentemente utilizadas e se existe distinção à medida que ocorre a piora clínica do indivíduo.

**Quadro 1 – Palliative Performance Scale – PPS.**

<b>%</b>	<b>Deambulação</b>	<b>Atividade e evidência da doença</b>	<b>Autocuidado</b>	<b>Ingesta</b>	<b>Nível da Consciência</b>
100	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
80	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho; Doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz para os hobbies/ trabalho doméstico. Doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão



50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho. Doença Extensa.	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades. Doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência. +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade. Doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência. +/- confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade. Doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência. +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade. Doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma. +/- confusão
0	Morte	-	-	-	-

**Fonte:** Manual de Cuidados Paliativos ANCP 2012 p. 33-34.

Se entende então que a aplicação da escala pode auxiliar a detecção da piora clínica do indivíduo e, assim estimar a morte devido à queda acentuada no padrão funcional do indivíduo. Segundo a literatura, um PPS de 30% indica uma expectativa de vida de aproximadamente 36 dias<sup>(33)</sup>, Conhecer e utilizar essa escala de maneira consistente facilitam ainda a comparação de estimativas de final de vida para aqueles sob cuidados<sup>(33)</sup>. Nesse trabalho considerou-se o PPS de 40% para possibilitar uma visão mais ampla sobre a relação entre intervenções e queda da funcionalidade.

Quando se pensa especificamente na trajetória da funcionalidade entre diagnóstico e final da vida de pacientes que requerem cuidados paliativos oncológicos é possível compreender algumas particularidades. Distinto de outras doenças crônicas progressivas a doença oncológica quanto à funcionalidade tende a ter uma progressão aguda<sup>(34)</sup>. Diferente de outras doenças crônicas que tendem a ter perdas funcionais intermitentes como as cardíacas e pulmonares ou de evolução lenta como as demências<sup>(34)</sup>.

No caso do paciente oncológico existe um momento de perda funcional aguda e irreversível, quando o tempo de sobrevida esperada passa a ser progressivamente menor a partir do PPS:40%<sup>(35)</sup>. Por esta razão quando se considera o paciente oncológico é necessário ter atenção sobre qualquer redução em seu status funcional pois ele pode estar iniciando a fase de fim de vida propriamente dita, e objeto de estudo dessa dissertação.

### 2.3- GUIA DIDÁTICO BASEADO EM PRÁTICAS AVANÇADAS

A prática baseada em evidência (PBE) vem sendo presente na literatura contemporânea e tem evoluído no âmbito do ensino e da prática clínica dos profissionais. Desenvolvida por profissionais com habilidades voltadas para a identificação de problemas diários, que buscam por melhores evidências científicas que respondam de maneira eficaz as questões da prática e, que deem suporte no processo de tomada de decisão<sup>(36)</sup>.

O processo de tomada de decisão não deve ser baseado em rituais, conhecimentos infundados, práticas tradicionais e experiência clínica não sistematizada, e sim por fatores clínicos criteriosos, com base nas evidências mais relevantes, produzidas a partir de pesquisas que atendem o paciente e a comunidade<sup>(36)</sup>.

Pesquisadores da temática abordam que a prática de enfermagem baseada em evidência científica é relevante para fundamentar a prática do enfermeiro, bem como descrever a sua implementação para o alcance da efetividade, confiabilidade e a segurança da prática de saúde. Ademais, podem melhorar a qualidade da assistência e conseqüentemente os indicadores clínicos dos pacientes<sup>(37)</sup>.

A prática de enfermagem baseada em evidência científica (PEBE) iniciou-se no Canadá e nos Estados Unidos da América, há pouco tempo em outros países como Alemanha, Austrália, Nova Zelândia e outros. Essa implantação reflete na melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde e ainda há uma satisfação dos cuidados oferecidos. Em território brasileiro ela vem sendo cada vez mais discutida e se fortalecendo por meio do desenvolvimento de melhores práticas a partir de formação direcionada por protocolos e guidelines<sup>(36)</sup>.

A PEBE melhora a qualidade da assistência em saúde, melhora o desfecho dos pacientes, reduz custos e empodera profissionais<sup>(26)</sup>. Por esta razão a construção e a formação de profissionais de enfermagem para melhorar a assistência do usuário e da população vêm sendo cobrada tanto em nível da prática clínica quanto acadêmica. Onde a identificação para a implementação e sua avaliação pelas evidências possam estar presentes para a tomada de decisão<sup>(38)</sup>.

O recurso para a disponibilização e implantação desse conhecimento baseado em evidência científica, são de ampla relevância, dentre eles destacam-se os guias de condutas e protocolos assistenciais. Eles têm o intuito de direcionar a prática clínica do enfermeiro e o compartilhamento com outros profissionais da equipe, podem ser aplicados a várias áreas do conhecimento, clínicos e gerenciais<sup>(39)</sup>. Como também direcionados para o treinamento de profissionais e ou familiares.

A finalidade de utilizar um guia didático que direcione a prática do enfermeiro situa-se em proporcionar a execução de uma assistência simples e objetiva das informações, ideias, dados e apontamentos para auxiliar a construção do conhecimento e conseqüentemente oferecerem uma qualidade de atendimento sistematizada<sup>(40)</sup>. A caracterização de um guia didático refere-se a ter como a construção do conhecimento e aprendizado é formulado durante a sua aplicação, estabelecendo uma interação entre o educador, educando, conteúdos e experiências sociais<sup>(40)</sup>.

O guia didático perpassa por alguns tópicos estruturais importantes para a sua aplicação e visualização na prática. Estes devem seguir uma forma lúdica, pontual e assertiva com elementos individuais, como: capa (opcional), contracapa, ficha catalográfica, ficha técnica, mini currículo dos autores (opcional), citação (opcional), frase (opcional), sumário, referência, anexos e apêndice<sup>(40)</sup>.

Figura 1. Estrutura dos passos de elaboração de uma guia didático. Niterói-RJ, 2021

<p><b>capa (opcional)</b> Convite para leitura do seu guia. Composta com título e subtítulo atrativo, número da edição, autores e ano e quando possível uma ilustração/imagens.</p> <p><b>Contra-capa (opcional)</b> Traz as mesmas informações que a capa. Além disso, esta conta com a logo da instituição, bem como o nome da mesma e do programa. Não são utilizadas imagens e a página tem fundo branco.</p> <p><b>Ficha Catalográfica</b> Elemento obrigatório do guia que é elaborado por um profissional bibliotecário do campus ao qual o curso é vinculado. Este processo dá-se somente após validação do produto educacional.</p> <p><b>Ficha técnica</b> Elemento obrigatório do guia que é elaborado por um profissional bibliotecário do campus ao qual o curso é vinculado. Este processo dá-se somente após validação do produto educacional.</p> <p><b>Mini Currículo dos autores (opcional)</b> Apresenta-se neste momento um resumo e o link do currículo lattes dos autores, contato de e-mail e uma foto dos mesmos.</p> <p><b>Citação, frase ou música (opcional)</b> Neste, é apresentado uma citação, frase, música ou pequena poesia que possa ter inspirado o autor durante o processo de produção do material</p> <p><b>Abreviaturas, lista de ilustrações, siglas e tabelas</b> São elaboradas de acordo com a ordem de utilização e de apresentação das mesmas no texto</p> <p><b>Sumário</b> Conhecido popularmente como mapa do tesouro, é a enumeração das divisões, seções e outras partes do trabalho, seguida da enumeração da página inicial de cada parte.</p> <p><b>Referência</b> Localizada no final de cada material produzido, tem por finalidade indicar a origem das citações utilizadas na construção do material. Devem ser escritas em ordem alfabética seguindo o nome dos autores das citações.</p> <p><b>Anexos e Apêndices</b> Anexos são materiais que o autor acha necessário constar no trabalho para uma possível consulta do leitor, já os apêndices são só materiais elaborados pelo autor, sendo apresentados para melhor compreensão do trabalho desenvolvido. Ambos ficam localizados após as referências.</p>
--

**Fonte:** adaptada pelo autor de "Como se faz? Guia didático" de Rangel, F.S., Delcarro, J.C.S., Oliveira, L.G, publicado em 2019 pela: Instituto Federal Espírito Santo Centro de Referência em Formação e em Educação a Distância

No contexto complexo de assistência ao paciente em cuidados paliativos e em especial na fase de fim de vida que necessita da utilização de ferramentas para o direcionamento das condutas

do enfermeiro da prática clínica avançada, em que reflete diretamente na qualidade de vida e no conforto desse paciente. A sua aplicabilidade correta pode minimizar o sofrimento e por isso um guia pode ser assertivo e construtivo.

## **2.4 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS AO FIM DA VIDA**

Dentre os sistemas de classificação que podem ser utilizados na etapa de implementação do Processo de Enfermagem, um dos mais conhecidos é a Classificação das Intervenções de Enfermagem. Essa taxonomia tem por objetivo de documentar e comunicar o cuidado de enfermagem a partir da integração de dados em sistemas informatizados e proporcionar uma fonte adequada de dados para pesquisas<sup>(41)</sup>.

Essa consiste em uma classificação padronizada, especificamente dos títulos e definições, das intervenções de enfermagem realizadas por enfermeiros, que são relacionadas aos diagnósticos de enfermagem da NANDA International (NANDA-I) e aos resultados da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) <sup>(42)</sup>. Essa padronização é o que permite estabelecer uma linguagem própria e assim aprimorar o cuidado prestado a partir do embasamento científico<sup>(43)</sup>.

A NIC define como uma Intervenção de Enfermagem como “qualquer tratamento que, baseado em julgamento e conhecimento clínico, um enfermeiro ponha em prática para intensificar os resultados do paciente”<sup>(41)</sup>. E para cada intervenção define suas Atividades como “condutas ou ações específicas tomadas para implementar uma intervenção e que auxiliam os pacientes a progredir em direção ao resultado esperado”, tendo a particularidade de que pelo fato dos cuidados precisarem ser individualizados estas atividades podem ser modificadas dependendo da necessidade<sup>(41)</sup>.

Por este motivo nesta dissertação foi dada ênfase às Intervenções (Títulos e Definições) pois a escolha das atividades em si são específicas para cada caso podendo ser adaptadas <sup>(41)</sup>.As intervenções e atividades presentes no guia foram retiradas da NIC ao serem cruzadas com os artigos selecionados na Revisão de Escopo e dos registros em prontuário.

Cabe nesse momento detalhar que a sétima edição da NIC contempla 565 títulos de intervenção de enfermagem, organizadas em 7 domínios e 30 classes (Quadro 1), com aproximadamente 13.000 atividades específicas<sup>(20)</sup>

**Quadro 2.** Disposição dos domínios e classes das intervenções de enfermagem NIC. Niterói-RJ, 2021. UFF/MPEA.

Taxonomia NIC							
	Domínio 1	Domínio 2	Domínio 3	Domínio 4	Domínio 5	Domínio 6	Domínio 7
Nível 1 <i>Domínios</i>	1. Fisiológico Básico	2. Fisiológico complexo	3. Comportamental	4. Segurança	5. Família	6. Sistemas de Saúde	7. Comunidade
Nível 2 <i>Classes</i>	A. Controle da Atividade do Exercício	G. Controle Eletrolítico e Acidobásico	O. Terapia Comportamental	U. Controle de Crises	W. Cuidados na Gestação e Nascimento de Filhos	Y. Mediação do Sistema de Saúde	c. Promoção da Saúde da Comunidade
	B. Controle da Eliminação	H. Controle de medicamentos	P. Terapia Cognitiva	V. Controle de Riscos	Z. Cuidados na Criação de Filhos	a. Controle do Sistema de Saúde	d. Controle de Riscos da Comunidade
	C. Controle da Imobilidade	I. Controle Neurológico	Q. Melhora da Comunicação		X. Cuidados ao Longo da Vida	b. Controle das Informações	
	D. Suporte Nutricional	J. Cuidados Perioperat�rios	R. Assistência no Enfrentamento				
	E. Promoção do Conforto Físico	K. Controle Respiratório	S. Educação do Paciente				
	F. Facilitação do Autocuidado	L. Controle da Pele/Lesões	T. Promoção do Conforto Psicológico.				
		M. Termorregulação					
	N. Controle da Perfusão Tissular						

**Fonte:** Classificação das Intervenções de Enfermagem (DOCHTERMAN E BULECHEK, 2020. p. 40)

Quando aplicada ao cuidado de enfermagem essa taxonomia se mostra como um instrumento eficaz para apontar soluções, unificar condutas e proporcionar resultados efetivos para as necessidades do paciente<sup>(44)</sup>. No Brasil o que se observa muitas vezes é que por mais que existam benefícios não é comum utilizar terminologias padronizadas<sup>(44)</sup>, esta adoção de registros sem um sistema uniformizado<sup>(44)</sup> Torna difícil gerar dados epidemiológicos que possam contribuir para uma prática baseada em evidências. Já que durante a prática profissional quando se utiliza linguagem padronizada, se torna possível comparar e avaliar a efetividade do cuidado realizado em múltiplos contextos por diferentes profissionais.<sup>(41)</sup>

  possível ainda selecionar quais são as melhores intervenções de enfermagem através da busca por especialidades presentes na NIC, elaboradas para demarcar uma área de conhecimento e prática. Atualmente a especialidade dentro da NIC que comporta os Cuidados Paliativos está

nomeada como “Instituições de Longa Permanência e Cuidados Paliativos” (Quadro 3) que somam 51 intervenções principais<sup>(20)</sup>.

**Quadro 3.** Intervenções essenciais na área de Especialidade Enfermagem em instituições de longa permanência e cuidados paliativos segundo a NIC.

<b>Enfermagem em instituições de longa permanência e cuidados paliativos</b>
Administração de analgésicos, apoio à tomada de decisão, apoio ao cuidador, apoio emocional, apoio espiritual, aromaterapia, assistência no autocuidado, assistência quanto a recursos financeiros, consulta por telefone, controle da eliminação urinária, controle de constipação intestinal/ impactação, controle de dor: aguda, controle de dor: crônica, controle de energia, controle de medicamentos, controle de volume de líquidos e eletrólitos, controle do ambiente, controle do delírio, controle intestinal, controle nutricional, cuidados com o repouso no leito, cuidados durante o repouso do cuidador, cuidados no processo de morrer, esclarecimento de valores, escuta ativa, estímulo para rituais religiosos, facilitação da visita, facilitação do perdão, facilitação do processo de pesar, fitoterapia, gerenciamento de caso, melhora do enfrentamento, melhora do sistema de apoio, melhora do sono, monitoração neurológica, monitoração respiratória, orientação antecipada, orientação quanto ao sistema de saúde, posicionamento, presença, prevenção de lesões por pressão, promoção da integridade familiar, promoção do envolvimento familiar, proteção dos direitos do paciente, redução da ansiedade, reunião para avaliação dos cuidados multidisciplinares, supervisão da pele, terapia de recordações, toque, toque curativo, troca de informações sobre cuidados de saúde.

Fonte: Classificação das Intervenções de Enfermagem (DOCHTERMAN E BULECHEK, 2020)

A elaboração de um plano de cuidados baseado em evidências melhora a qualidade da assistência, os resultados dos clientes, reduz custos e empodera os profissionais, conhecido também como objetivos quádruplos em serviços de saúde<sup>(26)</sup>. Essa seria a relevância de construção de um guia fundamentado em evidências da literatura e do registro documental, assim como preconizado na PEBE.

### **3. MÉTODO**

#### **3.1 Desenho do Estudo**

Trata-se de um estudo para elaboração de um guia de intervenções de enfermagem em pacientes idosos em cuidados paliativos oncológicos ao fim de vida pautado em evidência científica. Para tanto, propõe-se uma revisão de escopo da literatura e um estudo documental seguido pelo mapeamento cruzado dos resultados obtidos com a linguagem de enfermagem padronizada.

A revisão de escopo tem como princípio identificar os conceitos emergentes com intuito de examinar, sumarizar, divulgar os dados e identificar lacunas do conhecimento.

A segunda fase foi um estudo documental nos registros de prontuários de pacientes que integravam um programa de cuidados paliativos dentro de uma operadora de saúde e identificação livre de possíveis intervenções presentes.

Pelo entendimento de que linguagens padronizadas não costumam ser utilizadas de maneira sistemática foi realizado um mapeamento cruzado das intervenções identificadas nas duas fases anteriores com a taxonomia da NIC.

Por fim, comparou-se as intervenções identificadas nas duas fases anteriores para identificar quais intervenções eram presentes já considerando a taxonomia e todas os dados disponíveis para formular o guia de intervenções de enfermagem em pacientes idosos em cuidados paliativos oncológicos em fase de fim de vida para a prática clínica avançada do enfermeiro oncológico paliativista <sup>(45)</sup>.

#### **3.2 Primeira fase – Revisão de escopo.**

O protocolo de pesquisa foi registrado no Open Science Framework, disponível no endereço: DOI 10.17605/OSF.IO/URYKG. O método segue as recomendações para revisão de escopo proposto pelo Instituto Joanna Briggs (JBI) e norteado pelo Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA –ScR) Checklist que permite síntese do conhecimento e mapeamento de conceitos em uma área de pesquisa<sup>(46)</sup>(ANEXO A).

##### **3.2.1 Elaboração da pergunta**

A definição do conteúdo foi realizada a partir da RE com o objetivo de explorar, mapear e sintetizar a literatura mundial sobre o tema ‘Intervenções de Enfermagem em Cuidados Paliativos

ao fim de vida'. Apresenta como pergunta: Quais intervenções de enfermagem são mais frequentes em pacientes idosos com doenças oncológicas ao fim da vida?

A pergunta de revisão foi representada no acrônimo PCC (População, Conceito e Contexto) P - Cuidados Paliativos em Oncologia para Idosos, C – Intervenções e Atividades de Enfermagem e C – Terminalidade da vida.

Importante apontar que a pergunta para a revisão de escopo precisou ser diferente da utilizada na dissertação para utilização do acrônimo PCC.

### 3.2.2 Critérios de inclusão e exclusão

Os resultados das buscas foram importados no gerenciador de referências Endnote para identificação das duplicações. Após identificação das duplicações os registros foram exportados para o aplicativo Rayyan do Qatar Computing Research Institute, QCRI desenvolvido para auxiliar pesquisadores no processo de seleção de revisões sistemáticas. O sistema permite seleção de título e resumo, realizada de forma cega pela equipe de colaboradores e os mesmos podem conduzir a seleção individualmente, simultaneamente acionando as opções de cegamento nos botões *Blind On* ou *Blind Off*. Apresenta-se as estratégias de busca realizadas no Quadro 4.

A seleção por título e resumo foi orientada pelas razões de exclusão (*Reasons*) Problema, Conceito e Contexto. Dois revisores com anos de prática principalmente em cuidados paliativos oncológicos, um já sendo mestre e tendo tido a linha de cuidados paliativos e processo de enfermagem como tema da dissertação, de forma cega realizaram a primeira etapa de inclusão e exclusão dos estudos pelo título e resumo, após ser liberado a opção de não cegamento do aplicativo Rayyan houve conflito em 228 artigos, tendo a necessidade de um terceiro revisor para análise destes estudos, esta terceira revisora tinha o grau de pós doutora com uma vasta experiência principalmente na área da gerontologia e processo de enfermagem.

**Critérios de inclusão dos estudos:** estudos primários no formato documental de artigos científicos como: revisões sistemáticas, estudos de casos seriados ou não, meta-análises, ensaios clínicos, estudos clínicos randomizados, estudos quase experimentais, estudos observacionais, além de literatura cinzenta, que atendessem aos seguintes aspectos:

- 1- Pacientes acima de 60 anos em cuidados paliativos em fase de fim de vida;
- 2- Pacientes com diagnóstico de câncer em fase de fim de vida;
- 3- Estudos com abordagem descritiva, analítica e de efetividade de intervenções não farmacológicas realizadas por enfermeiros;



- 4- Descrição de intervenções de enfermagem em todos os contextos de cuidado a nível ambulatorial, domiciliar e hospitalar;
- 5- Intervenções de enfermagem voltadas para cuidadores/rede de apoio do paciente oncológico idoso em fase de fim de vida

A presença ou não da escala de PPS não foi considerada como um dos critérios por limitar a busca uma vez que a maioria dos artigos fazem a descrição do status do paciente e não da utilização da escala, reduzindo assim o número de artigos encontrados em uma pesquisa preliminar.

Foi utilizado como descritor “atividades de enfermagem” pois ainda que exista diferença conceitual entre intervenções e atividades<sup>(41)</sup> muitos profissionais os tratam como sinônimos.

Ao término da seleção, extração e apresentação dos dados seguiu-se para a leitura dos textos completos, a extração dos dados foi realizada por meio de uma planilha Excel elaborada pelo próprio autor com os seguintes dados: autores, ano, periódico, país, método e intervenções identificadas através da interpretação dos avaliadores associadas à títulos da taxonomia da NIC quando estes não faziam uso da taxonomia., foram geradas a partir do Rayyan com identificação de rótulos/etiquetas (*Labels*).

### 3.2.3 Estratégias de busca

A partir dos elementos do PCC realizou-se a identificação dos descritores nos vocabulários controlados: Descritores em Ciências da Saúde (DECS) via Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde, Medical Subject Heading (MESH) por meio do Pubmed, Emtree (Embase subject headings) da base de dados EMBASE (Elsevier). Após realizar busca preliminar identificou-se termos adicionais nos títulos, resumos e descritores/MESH dos artigos.

Definiu-se como estratégias de busca a associação dos conjuntos de descritores do Problema, Conceito e Contexto, utilizando os operadores booleanos *OR* que permite o agrupamento/soma dos sinônimos e *AND* que faz a interseção dos entre eles conforme apresentados no Quadro 4.

**Quadro 4-** Termos por idiomas para estratégia de busca nas bases de dados BVS, BIREME, LILACS, IBECs, BDENF, ColecionaSUS, BD MTeCI, Portal Pubmed da National Library of Medicine (NLM), Scielo. No Portal de Periódicos da Capes foram empregadas às bases de dados: Elsevier: Embase e Scopus, Clarivate Analytics: Web of Science, CINAHL, ASP, SocINDEX, OpenDissertations.

**Estratégia de busca - termos em português, espanhol, francês**

("Cuidados Paliativos" OR "Assistência Paliativa" OR "Cuidado Paliativo" OR "Tratamento Paliativo" OR "Cuidados Paliativos" OR "Apoyo en Cuidados Paliativos" OR "Asistencia Paliativa de Apoyo" OR "Atención Paliativa" OR "Tratamiento Paliativo" OR "Soins palliatifs" OR "Chirurgie palliative" OR "Soins de support palliatifs" OR "Thérapie palliative" OR "Traitement palliatif" OR palição OR "consulta paliativa" OR "medicina paliativa" OR "tratamento sintomático") AND (idoso\* OR idosa\* OR "Pessoa de Idade" OR "Pessoas de Idade" OR anciano OR "Adulto Mayor" OR anciano\* OR "Persona Mayor" OR "Persona de Edad" OR "Personas Mayores" OR "Personas de Edad" OR geriatria OR geriátric\*) AND (enfermagem OR enfermeir\* OR enfermería OR enfermera OR enfermero) AND ("Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida" OR "Cuidado Paliativo a Doentes Terminais" OR "Cuidados a Doentes Terminais" OR "Cuidados de Conforto" OR "Programas de Cuidados Intermitentes" OR "Programas de Cuidados Paliativos" OR "Cuidados Paliativos al Final de la Vida" OR "Cuidado por Desamparo" OR "Programas de Cuidados Paliativos" OR "Programas de Hospícios" OR "Accompagnement de la fin de la vie" OR "Accompagnement de fin de vie" OR "Accompagnement des mourants" OR "Accompagnement des personnes en fin de vie" OR "Prise en charge du deuil" OR "Programme de développement d'accompagnement de fin de vie" OR "Programme de développement de l'accompagnement de la fin de la vie" OR "Soutien aux personnes en deuil" OR "Soutien en cas de deuil" OR "Doente Terminal" OR "Enfermo Terminal" OR "Malades en phase terminale" OR "Paciente Terminal" OR "Enfermo Terminal" OR "Malades en phase terminale" OR "Terminalidade da Vida" OR "Assistência Terminal" OR "Cuidados de Fim de Vida" OR "Cuidado Terminal" OR "Cuidado en el Final de la Vida" OR "Soins terminaux" OR "Soin terminal" OR "Soins aux mourants" OR "Soins de fin de vie" OR "Soins en phase terminale" OR "Terminalidade da Vida" OR "Final de la Vida" OR "fin de la vie") AND ("Institutos de Câncer" OR "Hospitais de Câncer" OR "Hospitais de Oncologia" OR "Hospitais Oncológicos" OR "Hospital de Câncer" OR "Hospital de Oncologia" OR "Hospital do Câncer" OR "Hospital Oncológico" OR "Instituições de Oncologia" OR "Instituciones Oncológicas" OR "Hospitales de Câncer" OR "Instituciones de Oncología" OR "Établissements de cancérologie" OR "Hôpital de cancérologie" OR "Hôpitaux de cancérologie" OR "Instituts de cancérologie" OR "Serviço Hospitalar de Oncologia" OR "Unidade Hospitalar de Oncologia" OR "Unidades de Cuidado de Câncer" OR "Unidades Hospitalares de Oncologia" OR "Servicio de Oncología en Hospital" OR "Unidades Oncológicas" OR "Service hospitalier d'oncologie" OR "Service d'oncologie d'hôpital" OR "Service d'oncologie hospitalière" OR "Service de cancérologie d'hôpital" OR "Services d'oncologie des hôpitaux" OR "Services de cancérologie des hôpitaux" OR "Unités de soins cancérologiques" OR "Unités de soins en cancérologie" OR oncologia OR "Oncología Médica" OR "Oncologie médicale" OR "Cancerologia" OR "cancérologie clinique" OR "Cancérologie médicale" OR "Médecine cancérologique" OR "Médecine oncologique" OR "Oncologie clinique" OR neoplasias OR tumeurs OR cancer\* OR neoplasia\* OR neoplasma\* OR tumor\*)

**Estratégia de busca - Termos em Inglês**

( ("Palliative Care" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Therapy" OR "Palliative Supportive Care" OR "Palliative Surgery" OR palliation OR "palliative consultation" OR "palliative medicine" OR "symptomatic treatment") AND (Aged OR Elderly OR Geriatrics OR Geriatric\*) ) AND ( Nursing OR Nursings OR Nurses OR Nurse ) AND ( ("Hospice Care" OR "Hospice Programs" OR "Hospice Program" OR "Bereavement Care" OR "Terminally Ill" OR "Terminal Care" OR "End of Life Care" OR "End-Of-Life Care" OR "End-Of-Life Cares" OR "Life Care End" OR "Life Care Ends" OR "terminal patient" OR "Bereavement Care" OR "terminal care" OR "End of life") AND ("National Cancer Institute" OR "Cancer Institute" OR "Cancer Care Facilities" OR "Cancer Care

Facility" OR "Cancer Hospital" OR "Cancer Hospitals" OR "Hospital Oncology" OR "Oncology Service, Hospital" OR "Hospital Oncology Service" OR "Hospital Oncology Services" OR "Cancer Care Units" OR "Cancer Care Unit" OR "Oncology Services" OR "Medical Oncology" OR "Clinical Oncology" OR ((Oncology OR Oncologic) unit\*) OR Neoplasms OR Neoplasm\* OR Cancer\* OR Malignancies OR Malignancy OR Neoplasia\* OR Tumor\*) )

Foi incluída a língua francesa pois o Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) recupera documentos nesta linguagem automaticamente. Ainda que os termos em inglês tenham sido utilizados em todos os bancos de dados os termos em português, espanhol e francês foram utilizados apenas na BVS e Scielo por isso se encontram separados no quadro.

As buscas foram realizadas em julho de 2021, nas bases de dados referenciais dos portais de informação e de literatura cinzenta: Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) de responsabilidade da Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) nas suas principais bases de dados - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bibliográfico Español em Ciencias (IBECS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), Coleção Nacional das Fontes de Informação do SUS (ColecionaSUS), Medicina Tradicional e Terapias Complementares e Integrativas (BD MTeCI) e outras.

Portal Pubmed da National Library of Medicine (NLM) e na Scientific Electronic Library Online (Scielo). No Portal de Periódicos da Capes foram empregadas às bases de dados: Elsevier: Embase e Scopus, Clarivate Analytics: Web of Science, Ebsco: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Academic Search Premier (ASP), SocINDEX, Fonte Acadêmica e OpenDissertations.

Também foi empregado o portal integrador e de literatura cinzenta Science.gov: USA.gov, a Epistemonikos: Database of the best Evidence-Based Health Care, information technologies and a network of experts e o National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Como orientado pelo PRISMA –ScR não se definiu limites de idioma e período dos estudos.

### 3.2.4 Análise e apresentação dos resultados

Foi elaborado um fluxograma PRISMA-ScR demonstrando a totalidade das buscas bibliográficas e o processo de seleção e inclusão final dos estudos.

Além disso com o intuito de descrever os artigos incluídos na Revisão de Escopo foi desenvolvido uma matriz síntese em formato de quadro (APÊNDICE A) contendo os seguintes itens para descrição dos artigos: Autores/ano Periódico/país, Método, Intervenções de enfermagem identificadas no artigo segundo taxonomia da NIC.

Foi elaborado também outro quadro (APÊNDICE B), com os mesmos artigos e os seguintes itens descritos: Autores/ano, Intervenções de enfermagem conforme mencionadas, Título e definição da respectiva intervenção conforme semântica da taxonomia da NIC, Desfecho encontrado nos estudos.

Em seguida foi realizado o mapeamento cruzado dos termos identificados após leitura na íntegra dos artigos. Foram consideradas as seguintes regras para inclusão da intervenção pelos 3 revisores: interpretar o significado das palavras, não apenas as palavras; usar a palavra-chave na intervenção para mapear a intervenção NIC; usar os verbos como as palavras-chaves na intervenção; mapear a intervenção partindo do rótulo da intervenção NIC para a atividade; manter a consistência entre a intervenção mapeada e a definição da intervenção NIC; usar o rótulo da intervenção NIC mais específico possível; e mapear as intervenções que tinham dois ou mais verbos para as duas ou mais intervenções NIC correspondentes identificadas pelas especialistas.

### **3.3 Segunda fase - Estudo documental**

Se tratou de um estudo do tipo documental retrospectivo em prontuários de pacientes idosos com doença oncológica e PPS:40% ou menor acompanhados por um projeto de Cuidados Paliativos dentro de uma operadora de saúde do Rio de Janeiro.

#### **3.3.1 CENÁRIO DE PESQUISA DO ESTUDO DOCUMENTAL**

O cenário de deata fase da pesquisa foi a equipe de um centro especializado no cuidado ao paciente idoso em cuidados paliativos oncológicos ao fim da vida dentro de uma Operadora de Saúde.

Para contextualizar a atuação de uma operadora, podemos considerar 1923 como o marco do início da Previdência Social no Brasil. A Lei Eloy Chaves, promulgada naquele ano, determinava que “Fica criada em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados”<sup>(47)</sup>.

Essa lei obrigou que cada companhia ferroviária do país criasse uma caixa de aposentadoria e pensões. Estas caixas atuavam como fundos geridos e financiados por patrões e empregados que, além de garantirem aposentadorias e pensões – como destacado em suas denominações – também financiavam serviços médico-hospitalares aos trabalhadores e seus dependentes.

Ainda que esse marco histórico não seja diretamente apontado como a origem dos planos de saúde no Brasil, é difícil não associar as antigas caixas com as atuais operadoras da modalidade

autogestão.<sup>(48)</sup> A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada a partir da Lei nº9.961 de 28 de Janeiro de 2000<sup>(49)</sup> como instância reguladora de um setor da economia sem padrão de funcionamento até então<sup>(48)</sup> e que havia se expandido desordenadamente<sup>(50)</sup>.

A ANS é portanto a agência reguladora, vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil.<sup>(51)</sup>, fazendo cumprir também a lei nº9.656/1998<sup>(52)</sup> que determina importantes garantias legais tais como: cobertura dos procedimentos em saúde, de forma a abarcar todas as patologias da Classificação Internacional de Doenças (CID-10); garantias para os beneficiários em caso de demissão ou aposentadoria; regras para os atendimentos de urgência e emergência; garantia de acesso ao sistema suplementar a portadores de doenças ou lesões preexistentes e estabelecimento de parâmetros voltados para a sustentabilidade econômico-financeira das operadoras, através de reservas técnicas e provisões financeiras.<sup>(50)</sup>

Sua missão institucional consiste em promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país<sup>(51)</sup>

Na década de 1970, o desenvolvimento do setor de saúde suplementar brasileiro se deu paralelamente ao desenvolvimento do mercado de trabalho formal, sobretudo através das grandes empresas.<sup>(50)</sup> E, em 1972 foi fundada sob o patrocínio do então Banco do Estado da Guanabara S.A., a CABERJ - Caixa de Assistência dos Funcionários do Sistema Integrado BANERJ, que se trata de uma entidade de natureza assistencial, sem fins lucrativos, voltada para oferecer a seus associados e dependentes serviços de assistência médico-hospitalar.<sup>(53)</sup>

Em 2019, com aproximadamente 20.516 associados ativos dos quais aproximadamente 37% são idosos foi elaborado um Projeto dentro da operadora com a finalidade de atender especificamente os associados com perfil para atendimento de Cuidados Paliativos com a missão criar locais de atendimento e monitoramento multidisciplinar no tratamento da dor e cuidados paliativos, além de promover ações do cuidado paliativo por meio de ações integradas junto às diferentes modalidades de assistência já existente no Grupo CABERJ<sup>(54)</sup>.

Este Projeto conta atualmente com uma equipe central composta por profissional médico, enfermeiro e psicólogo. Formada para propor o planejamento, estruturação, organização, avaliação e gerenciamento dos processos e linhas de cuidados; além de promover, monitorar e integrar ações assistências e educativas dos prestadores de serviços, pacientes e familiares<sup>(54)</sup>. Essa equipe também está estruturada para compilar dados, obtidos por instrumentos de avaliação, de forma emitir relatórios de análise de resultados<sup>(54)</sup>.

A equipe é responsável então por todo o fluxo de cuidado do indivíduo, fazendo acompanhamento e encaminhamentos presenciais independente do cenário (domiciliar, hospital geral, hospital de transição). Além de eventuais contatos telefônicos para *follow-up* e posteriormente registro de suas ações através do aplicativo IWCare.

Um cenário ideal para realização de estudos retrospectivo pois o registro do cuidado ocorre de modo sistematizado, apesar da não adoção das terminologias padronizadas de interesse no estudo.

Vale mencionar que ainda que os Cuidados Paliativos sejam incentivados em serviços públicos, no cenário privado e, portanto, ao que a ANS se refere até o momento não foi encontrado material específico na literatura sobre o assunto. Algo presente e amplamente discutido em serviços privados de outros países.

No entanto, para as operadoras, que são ou deveriam ser os serviços mais próximo do usuário, este mecanismo visando ganho financeiro diretamente associado aos gastos realizados torna-se muitas vezes oneroso e desagradável ao usuário.

Trata-se como diz Porter de um jogo de soma negativa. Michael Porter é professor de Business na faculdade de Stanford e responsável pela elaboração da teoria competitiva de negócios posteriormente adaptada para o modelo de saúde e atualmente ocupando cada vez maior espaço quando se discute cuidados paliativos no exterior.

Ele defende uma saúde baseada em valor. Não apenas em valores financeiros, mas em valores agregados á experiência do usuário. Para Porter o valor na assistência à saúde é determinado considerando-se a condição de saúde do paciente durante todo o ciclo de atendimento. Desde a monitoração e prevenção, passando pelo tratamento e estendendo-se até o gerenciamento da doença<sup>(55)</sup>.

Entende-se então que quanto mais horizontalidade para realizar este acompanhamento mais possível é a geração de valor. Este fluxo é muitas vezes percebido no SUS mas até o momento não existe um paralelo nos serviços privados. Uma vez que o valor só pode ser mensurado tendo-se controle de todo o ciclo e não por procedimentos pontualmente realizados é de se esperar que este custo passe despercebido<sup>(55)</sup>. Isto porque a operadora tem a possibilidade de gerenciar este fluxo estando próxima do associado agindo com medidas para evitar a necessidade de intervenções e recorrência de problemas.

O processo de hospitalização destes pacientes sobrecarrega as unidades de saúde, oneram os custos do sistema. Estes pacientes muitas vezes recebem tratamentos dissonantes a esta fase da vida; onde o foco na cura da doença contrapõe-se à necessidade de implantação das medidas de conforto; acarretando muitas vezes a prática de futilidade terapêutica e consequente aumento dos

custos sociais, físicos, emocionais e financeiros.

Este é o potencial de uma Equipe de Cuidados Paliativos atuando em uma operadora de saúde. Agir de maneira a prevenir sofrimentos e recorrência de sintomas que antes seriam manejados em estruturas inadequadas, com conduções que não levariam em conta a fragilidade do indivíduo. Essa é a filosofia do cenário de estudos da etapa 2.

### 3.3.2. FLUXO DE COLETA DE DADOS

#### Procedimento de coleta

Uma vez que o acesso aos prontuários era online, toda a coleta e transcrição dos dados foi realizada em um período de aproximadamente 3 semanas do Desktop próprio do pesquisador que tinha acesso aos prontuários, protegido por senha, sem transferência de dados por redes não criptografadas e sem permitir acesso a outros usuários aos computadores que contivessem os dados. Foram excluídos os registros que não atendiam aos critérios de inclusão e/ou que atendiam os critérios de exclusão:

#### Seleção

**Critérios de inclusão:** Integrar o programa de cuidados paliativos da operadora, prontuários de pacientes idosos  $\geq 60$  anos, com evoluções registradas por qualquer membro da equipe multiprofissional que contivesse um PPS igual ou inferior à 40%

**Critérios de exclusão:** Registros telefônicos, pacientes que não foram avaliados por profissional da enfermagem da equipe especializada.

Sobre a inclusão dos registros de outros profissionais que não enfermeiros isso se deu pelo fato de que nem sempre as visitas eram realizadas em conjunto ainda estivessem alinhadas quanto aos seus objetivos. Isso se justifica ainda no entendimento de que os Cuidados Paliativos devem ser realizados essencialmente em equipe tornando as intervenções de enfermagem neste cenário interdependentes e possíveis de serem identificadas mesmo que o autor do registro não seja enfermeiro.

Ações interdependentes são aquelas que dependem da iniciativa de outro profissional de saúde, ainda que o enfermeiro assuma a responsabilidade por sua realização técnica<sup>(56)</sup>.

Registros telefônicos foram excluídos pois ainda que permitissem orientações eram em sua maioria relacionados a cuidados burocráticos como transferência do associado, ou informe sobre estado atual do associado na ocasião.

Todos os registros selecionados foram então lidos na íntegra. Estes registros foram então divididos em orações curtas e transcritas para instrumento próprio elaborado pelo pesquisador após orientação e revisão por parte das orientadoras.

Este instrumento próprio elaborado no *Microsoft Word* tinha a finalidade de organizar os dados de acordo com PPS registrado na data da evolução, local onde a visita foi realizada, dados presentes no registro e títulos de intervenções identificadas (APÊNDICE C).

Os dados presentes no registro eram trechos destacados da evolução pelo pesquisador após extração eletrônica referentes as intervenções. Por exemplo “associado dependente de cuidados” e como título de intervenção identificada “Assistência no autocuidado” sendo este um título conforme consta na NIC.

Depois do preenchimento desse instrumento encaminhou-se os mesmos para duas peritas independentes para avaliarem a concordância quanto a presença dos títulos de intervenções. Uma das avaliadoras possui 6 (seis) anos de prática de atuação em Cuidados Paliativos, residência na área e mestrado, enquanto a outra apesar de familiarizada com os conceitos principais possui como área de atuação principalmente o Centro Cirúrgico, mas com doutorado em validação diagnóstica.

Semelhante ao ocorrido na etapa anterior, as intervenções foram identificadas quando não mencionadas diretamente pela NIC através do mapeamento cruzado dos termos identificados nos registros de prontuários. Foram consideradas as seguintes regras para inclusão da intervenção pelas 2 peritas: interpretar o significado das palavras dentro do contexto clínico apresentado; usar a palavra-chave na intervenção para mapear a intervenção NIC; usar os verbos como as palavras-chaves na intervenção; mapear a intervenção partindo do rótulo da intervenção NIC para a atividade; manter a consistência entre a intervenção mapeada e a definição da intervenção NIC; usar o rótulo da intervenção NIC mais específico possível; e relacionar as intervenções que tinham dois ou mais verbos para as duas ou mais intervenções NIC correspondentes

Posteriormente esses dados foram inseridos no *Excel* e encaminhados para avaliação de um estatístico e, subsequentemente analisados quanto ao teste de concordância. Também se elaborou uma tabela e um gráfico em que foram identificados quantos registros constavam, para cada PPS. Em seguida, identificadas quais intervenções e quantas vezes elas apareciam no respectivo PPS.



### 3.3.3 TRATAMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

#### Teste de concordância

Tradicionalmente, coeficiente de Kappa é usado para medir a concordância entre  $m$  juízes de uma escala nominal<sup>(57)</sup>. Esta medida tem como valor limite máximo o 1, representando total concordância. Porém, a medida Kappa possui desvantagens.

O trabalho desenvolvido por Gwet<sup>(58)</sup> apresenta e exemplifica as limitações presentes quando calcula-se a estatística de Kappa. Conforme o autor aponta, o grande problema presente é quando existe elevada concordância entre os juízes em torno de uma opção de resposta. Esse fato é conhecido como o “*Paradoxo de Kappa*”, isto é, por mais que exista grande prevalência de concordância entre os juízes o índice de Kappa não reflete esse nível de concordância obtendo um valor baixo no índice.

Considerando estes fatos Gwet propôs um novo índice, a estatística AC1 de Gwet, visando corrigir o viés causado pela expressão usada para calcular a probabilidade de chance ao acaso.<sup>(59)</sup>

O coeficiente AC1 será avaliado conforme a seguinte teste de hipótese:

$$\begin{cases} H_0: C = 0 \text{ (Discordância)} \\ H_1: C > 0 \text{ (Concordância)} \end{cases}$$

Adota-se 5% como nível de significância dos testes estatísticos. Ou seja, se o p-valor for menor que 0,05 existem evidência para rejeita a hipótese  $H_0$ , nesse sentido, favorável à hipótese  $H_1$ , se o p-valor for maior que 0,05 existem evidência favorável para aceitação da hipótese  $H_0$ .

### 3.4 Síntese dos dados e a importância do Mapeamento Cruzado para construção do Produto baseado em evidência – Guia.

O mapeamento cruzado síntese da análise realizada nas duas fases anteriores possibilitou a comparação das intervenções presentes após uniformização das terminologias com a taxonomia da NIC<sup>(45)</sup>. Esse método foi escolhido pois permite realizar uma comparação linguística e semântica entre terminologias não padronizadas e o sistema de classificação eleito<sup>(60)</sup>, nesse caso a taxonomia da NIC.

No contexto dos serviços de assistência existem sistemas próprios, muitas vezes não sistematizados, de coleta de dados e registros. Esta fragilidade leva a incapacidade de comparar dados. O mapeamento cruzado permite de maneira oportuna a padronização destes termos, contribuindo para o avanço do conhecimento da enfermagem científica<sup>(45)</sup>.

Na complexidade da assistência de cuidados paliativos ao fim de vida, essa premissa se torna ainda mais útil, pois é um cenário que necessita de melhores evidências, contribuindo para um melhor cuidado e unificação de uma mesma linguagem entre os enfermeiros.

Com as intervenções partindo da mesma taxonomia e nomenclatura foi possível determinar um paralelo entre quais intervenções da NIC estão presentes tanto na revisão de escopo quanto no estudo documental de pacientes idosos com doenças oncológicas na fase final da vida.

Esse paralelo e posterior comparação permitiu a seleção das intervenções mais evidentes para Elaboração do Guia de Intervenções de enfermagem para o paciente idoso com doença oncológica ao fim de vida.

### **3.5 ASPECTOS ÉTICOS**

Seguindo as exigências do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense por se tratar de uma instituição coparticipante foi solicitado assinatura de carta de anuência conforme as normas (APÊNDICE D).

Na fase do mapeamento cruzado, ainda que se trate de um estudo retrospectivo sem intervenções clínicas e, portanto, sem alterações/influências na rotina/tratamento dos participantes da pesquisa. Seguiu-se a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde<sup>(61)</sup> que diz que os dados originados de seres humanos são de responsabilidade da Instituição, portanto, a divulgação dos seus indicadores clínicos deve ser avaliada quanto a sua pertinência ética.

Foi solicitada dispensa do TCLE (APÊNDICE E) por se tratar de um estudo retrospectivo, que empregou apenas informações de prontuários eletrônicos dos pacientes, sistemas de informação institucionais e/ou demais fontes de dados e informações clínicas disponíveis na instituição Caixa de Assistência à Saúde, sem previsão de utilização de material biológico. E principalmente por se tratar de um tema sensível, que é a terminalidade, podendo prejudicar vínculos e causar angústia entre equipe de saúde e participantes.

Os riscos previstos nesta etapa seriam a de quebra de sigilo quantos aos dados analisados. A fim de minimizar estes riscos os pesquisadores adotaram condutas de segurança, como: usar computadores protegidos por senha, não tramitar os dados por redes não criptografadas, não utilizar computadores institucionais, não permitir acesso a outros usuários aos computadores que

contiverem os dados. Mesmo que os participantes e profissionais não estivessem identificados nas planilhas e gráficos, onde os dados foram analisados.

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José Rosário Vellano/UNIFENAS. Número CAAE: 41131920.0.0000.5143 (ANEXO B) por designação do Comitê de Ética da Universidade Federal Fluminense uma vez que este estava inoperante durante a pesquisa.

## **4. RESULTADOS**

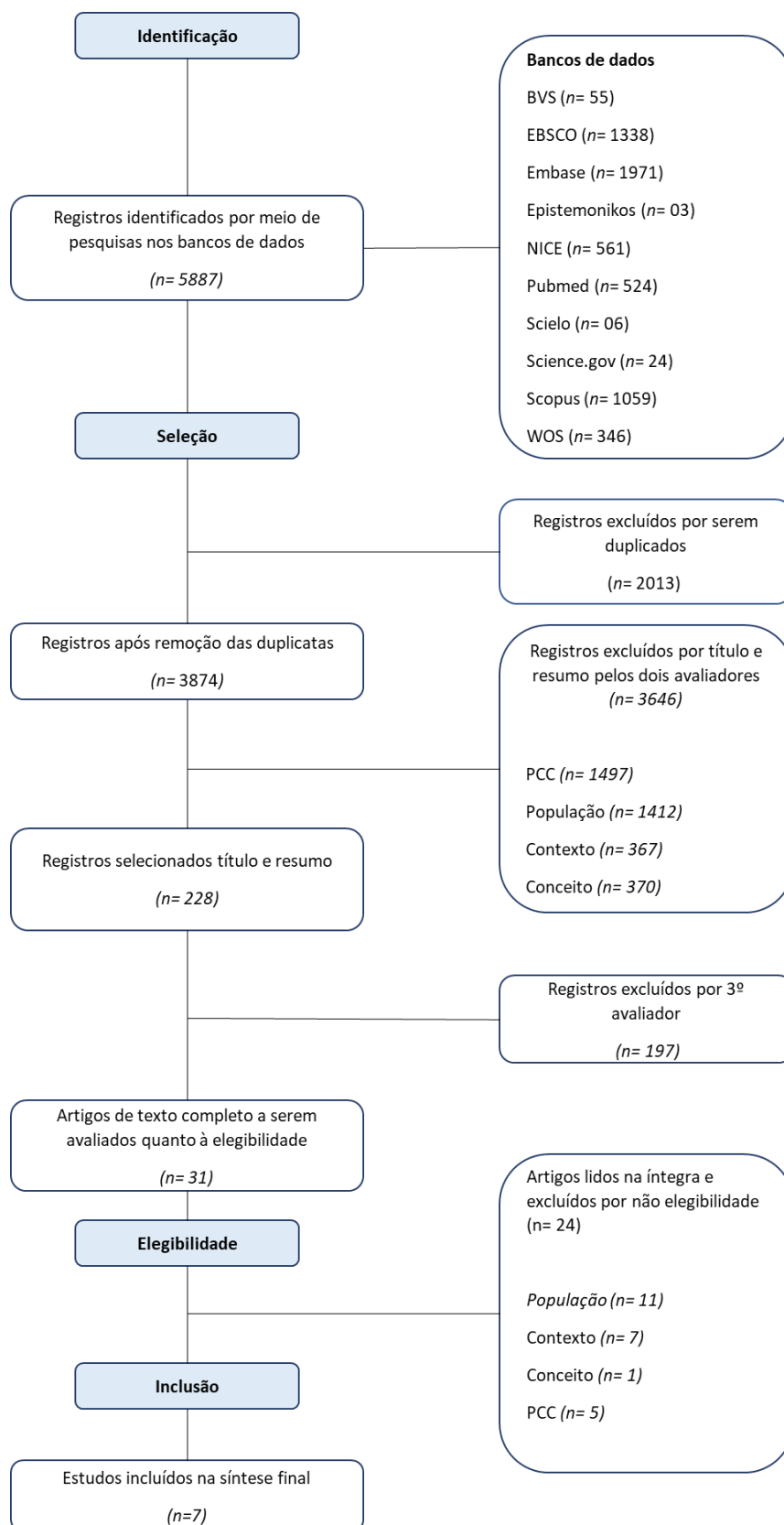
### **4.1 REVISÃO DE ESCOPO**

A análise ocorreu nos meses de Julho a Setembro de 2021, utilizando a ferramenta Rayyan on line. A busca resultou num total de 5887 artigos, sendo retirado 2013 duplicados. Esses foram avaliados os títulos e resumos por dois avaliadores cegadamente, sendo aplicados os critérios de inclusão, posteriormente foi retirado o cegamento para que o terceiro avaliador resolvesse as discordâncias, resultando num total de 31 artigos para a leitura na íntegra.

Em seguida foi realizada a busca pelos artigos incluídos, sendo observado os critérios de exclusão, focando nos estudos que abordassem as intervenções foram excluídos 24 artigos. Resultando, assim, em uma amostra de 7 artigos incluídos para síntese final. Após a seleção destes artigos foi realizada busca livre em suas referências bibliográficas com intuito de encontrar mais estudos que focassem nas intervenções, sem resultar em inclusões por estas e por parte da literatura cinzenta.

O fluxograma apresentado a seguir demonstra a totalidade das buscas bibliográficas e o processo de seleção dos estudos (Figura 2).

Figura 2. Fluxograma PRISMA-ScR demonstrando a totalidade das buscas bibliográficas e o processo de seleção e inclusão final dos estudos.



Com o intuito de descrever os artigos incluídos na Revisão de Escopo foi desenvolvido uma matriz síntese (Quadro 5) contendo os seguintes itens para descrição dos 7 artigos: Autores/ano Periódico/país Método Intervenções de enfermagem segundo taxonomia da NIC.

Dos estudos selecionados 1 estudo de caso, 1 estudo clínico randomizado, 1 estudo observacional, 1 estudo observacional retrospectivo, 2 estudos observacionais prospectivos, 1 coleta de dados retrospectiva. Majoritariamente as publicações eram da América do Norte e Ásia.

**Quadro 5** - Caracterização dos estudos selecionados para revisão de escopo. Rio de Janeiro, 2021.

<b>Autores/ano</b>	<b>Periódico/país</b>	<b>Método</b>	<b>Intervenções de enfermagem segundo taxonomia da NIC</b>
Fainsinger, R. L.; De Moissac, D.; Mancini, I.; Oneschuk, D.; (2000)	Journal of Palliative Care	Coleta de dados retrospectiva (n:50)	- Controle do delírio - Controle de medicamentos
Ryan, P. Y. (2005)	Oncology Nursing Forum EUA	Estudo observacional retrospectivo (n: 5)	-Escuta ativa -Cuidados no processo de morrer -Assistência no autocuidado -Controle de energia -Controle de dor:aguda -Orientação antecipada -Suporte ventilatório (o2) -Apoio espiritual
Tamura, K. Ichihara, K. Maetaki, E. Takayama, K. Tanisawa, K. Ikenaga, M. (2006)	Palliative & Supportive Care Japão	Estudo observacional (n: 10)	-Controle de dor -Apoio espiritual
Bakitas, M. Lyons, K. D. Hegel, M. T. Balan, S. Brokaw, F. C. Seville, J. <i>et al.</i> (2009)	Journal of the American Medical Association EUA	Estudo clínico Randomizado (n: 322)	-Orientação antecipada; -Apoio espiritual; -Acompanhamento por telefone; -Controle de dor
Igarashi, Ayumi Morita, Tatsuya Miyashita, Mitsunori Kiyohara, Emi Inoue, Satoshi (2010)	Supportive Care in Cancer	Estudo observacional prospectivo (n:260)	-Auxílio no autocuidado -Controle de medicamentos -Controle de volume de líquidos

Collado, A. R. Romero, E. H. (2014)	Med. Palliative / EUA	Estudo de caso	-Cuidados com lesões: lesão que não cicatriza
Maeda, Isseki; Ogawa, Asao; Yoshiuchi, Kazuhiro; Akechi, Tatsuo; Morita, Tatsuya; Oyamada, Shunsuke; Yamaguchi, Takuhiro; Imai, Kengo; Sakashita, Akihiro; Matsumoto, Yoshihisa; Uemura, Keiichi; Nakahara, Rika; Iwase, Satoru; (2020)	General Hospital Psychiatry	Prospectivo observacional (n:756)	-Controle do delírio -Controle de medicamentos

Elaborado pelo autor, 2021

Na abordagem de cuidados paliativos em fase de fim da vida as intervenções de enfermagem apresentaram-se em âmbito psíquico, espiritual, social e físico. Alguns artigos complementarmente abordaram as questões de comunicação entre equipe e paciente com desfechos voltados para promover conforto, diminuição do medo e da ansiedade no processo de morte iminente como apresentado no Quadro 6.

**Quadro 6.** Mapeamento das intervenções de enfermagem descritas na literatura cruzado com a taxonomia da NIC e desfechos. Rio de Janeiro, 2021.

<b>Autores/ano</b>	<b>Intervenção de enfermagem nos estudos</b>	<b>Intervenções de enfermagem e definições conforme semântica da taxonomia da NIC</b>	<b>Desfechos dos estudos</b>
Fainsinger, R. L.; De Moissac, D.; Mancini, I.; Oneschuk, D.; (2000)	-Controle de delirium -Ajuste de medicamentos	- <b>Controle do delírio:</b> provisão de um ambiente seguro e terapêutico a paciente em estado agudo de confusão  - <b>Controle de medicamentos:</b> facilitação do uso seguro e eficaz de fármacos vendidos com prescrição e isentos de prescrição	- É possível intervir e diminuir o número de casos de delirium com controle adequado de medicamentos.  -Identifica que Delirium é o motivo principal para sedação paliativa
Ryan, P. Y. (2005)	-Ouvir a queixa de cada pessoa; -Informar questões relacionadas ao processo de morte;	- <b>Escutar ativamente:</b> Atenção criteriosa e atribuição de significado às mensagens verbais e não verbais de um paciente.  - <b>Assistência ao morrer:</b> Promoção de conforto físico e paz psicológica na fase final da vida. (Encorajar o paciente e a família a	A escuta autêntica e a preocupação genuína requer um compromisso importante para que haja cuidado além do corpo físico que está doente. Reconhece que cada pessoa traz uma perspectiva única em relação à morte;

		partilharem sentimentos sobre a morte)	Ouvir de forma autêntica a queixa e o processo do indivíduo em processo de adoecimento; A demonstração de empatia afeta de forma positiva o conforto e a qualidade de vida. Personalizar o atendimento conforme a escuta ativa; Melhorar o enfrentamento da morte
Tamura, K. Ichihara, K. Maetaki, E. Takayama, K. Tanisawa, K. Ikenaga, M. (2006)	-Avaliação da dor espiritual;	- <b>Controle de dor:</b> Alívio da dor ou sua redução a um nível de conforto aceito pelo paciente (Reduzir ou eliminar fatores que precipitam ou aumentam a experiência de dor (p. ex., medo, cansaço, monotonia e falta de informação)  - <b>Apoio espiritual:</b> Assistência ao paciente para que tenha equilíbrio e conexão com um poder superior (Compartilhar as próprias crenças sobre sentido e propósito, conforme apropriado);	A dor espiritual foi encontrada nas três dimensões de temporalidade, relacionamento e autonomia. O formulário permitiu a comunicação dos fatos, que foi importante para diminuir a ansiedade e medo da morte. Proporcionou esclarecer pensamentos e Apoio espiritual por meio da aplicação do formulário com objetivo de controlar a dor espiritual.
Bakitas, M. Lyons, K. D. Hegel, M. T. Balan, S. Brokaw, F. C. Seville, J. <i>et al.</i> (2009)	- Psicoeducacional; - Telecuidado (aplicativo educacional);	- <b>Orientação antecipada:</b> Preparo do paciente para uma crise de desenvolvimento e/ou situacional prevista.  - <b>Apoio espiritual:</b> Assistência ao paciente para que tenha equilíbrio e conexão com um poder superior (Compartilhar as próprias crenças sobre sentido e propósito, conforme apropriado);  - <b>Acompanhamento por telefone:</b> Oferecimento de resultados de exames e avaliação da reação do paciente, além de determinação do potencial de problemas, em consequência de tratamento,	Por meio do aplicativo educacional, foi aplicado para encorajar autogestão e empoderamento; Gerenciamento de sintomas, , comunicação e apoio social. Apoio espiritual para controle da dor espiritual, relacionados a ansiedade e ao medo da morte;



		exames ou testes anteriores, usando o telefone.  <b>-Controle de dor aguda:</b> Alívio da dor ou sua redução a um nível de conforto aceito pelo paciente (Reduzir ou eliminar fatores que precipitam ou aumentam a experiência de dor (p. ex., medo, cansaço, monotonia e falta de informação)	
Igarashi, Ayumi Morita, Tatsuya Miyashita, Mitsunori Kiyohara, Emi Inoue, Satoshi  (2010)	-Auxílio no autocuidado. -Redução de ingesta hídrica -Ajuste de medicações	<b>-Assistência no autocuidado:</b> auxiliar o outro na realização de atividades da vida diária  <b>-Controle de medicamentos:</b> facilitação do uso seguro e eficaz de fármacos vendidos com prescrição e isentos de prescrição  <b>-Controle de Volume de líquidos e eletrólitos:</b> regulação e prevenção de complicações decorrentes de níveis alterados de líquidos e/ ou eletrólitos	Foi identificado um aumento do uso de opióides, descontinuidade ou redução de hidratação artificial. Início de esteróides , antieméticos ,antibióticos Antinflamatórios. Início de cuidado oral -Permissão para banho -Identificada mudança no padrão alimentar
Collado, A. R. Romero, E. H. (2016)	- Cuidados com lesões: lesão que não cicatriza	<b>- Cuidados com lesões: lesão que não cicatriza:</b> cuidados e prevenção de complicações de lesão maligna ou outra lesão sem expectativa de cicatrização	Plano de cuidado com lesão oncológica que não cicatriza com intuito de promover conforto e controle de exsudato e dor;
Maeda, Isseki; Ogawa, Asao; Yoshiuchi, Kazuhiro; Akechi, Tatsuo; Morita , Tatsuya; Oyamada, Shunsuke; Yamaguchi, Takuhiro; Imai , Kengo; Sakashita,	-Controle de delirium -Ajuste de medicamentos	<b>- Controle do delírio:</b> provisão de um ambiente seguro e terapêutico a paciente em estado agudo de confusão  <b>- Controle de medicamentos:</b> facilitação do uso seguro e eficaz de fármacos vendidos com prescrição e isentos de prescrição	- Conclui que o uso de antipsicóticos em manejo de Delirium pode proporcionar alívio e ser associado a cuidados não farmacológicos.

Akihiro; Matsu moto, Yoshihisa; Ue mura, Keiichi; Nakah ara, Rika; Iwase, Satoru; (2020)			
--	--	--	--

Elaborado pelo autor, 2021

Em sua maioria, artigos que continham exclusivamente relatos de familiares foram excluídos, pois seus relatos tendem a ser mais sobre sua percepção do momento do que o relatado pelo paciente, gerando assim novas hipóteses a serem avaliadas do que definições concretas<sup>(63)</sup>. Além disso, muitos artigos faziam um acompanhamento do luto dos cuidadores, o que não era o objetivo do trabalho e poderia não estar relacionada aos fatos clínicos ocorridos em final de vida.

Por se tratar de tema muito específico foram encontrados poucos artigos. Além disso, termos como “Terminally ill” e “end of life care” parecem ser considerados como sinônimos aos cuidados paliativos na literatura internacional pois ao serem lidos artigos com estas palavras fosse nos descritores, título ou resumo a maioria não tratava do que convém chamar de final de vida, que são às últimas horas de vida e compreendia o foco deste trabalho.

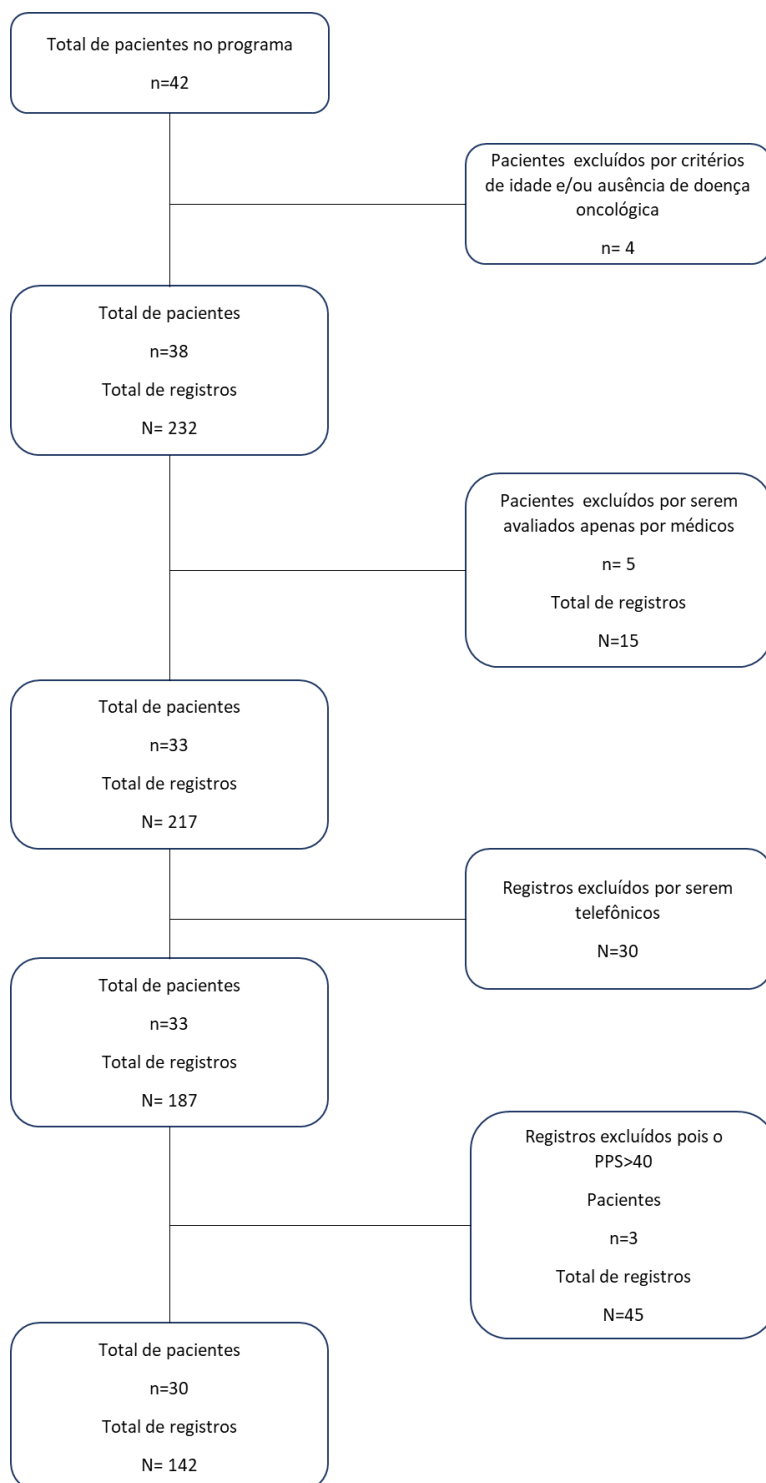
#### 4.2- ESTUDO DOCUMENTAL DE PRONTUÁRIOS

Fizeram parte do projeto de cuidados paliativos da operadora de saúde 42 associados no total, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão relacionados à idade e diagnósticos elegíveis chegamos ao total de 38 associados elegíveis, constando então 232 registros, todos acima de 60 anos e pacientes oncológicos. Destes, 5 foram vistos apenas por médicos no período e excluídos da pesquisa, chegando a 33 pacientes e 217 registros. Foram excluídos os 30 registros telefônicos pois estes muitas vezes não poderiam determinar quais intervenções estavam sendo realizadas, reduzindo o número de registros para 187.

Por último foram excluídos os registros com PPS superior à 40%, chegando ao valor total de 30 pacientes e 142 registros tendo sido pertinentes então para a pesquisa 72,4% dos participantes totais do projeto de cuidados paliativos da operadora de saúde. A amostra relativamente pequena se justifica pelo fato de que o Programa em questão estava iniciando no período relacionado a coleta de dados, logo, enquanto o fluxo ainda estava se estruturando para

captação de associados. No entanto, essa amostra compreende o período de um ano de atendimento do serviço.

**Figura 3:** Análise de prontuários elegíveis para estudo documental de pacientes idosos com doença oncológica e PPS menor ou igual à 40%.



A tabela 1 apresenta dados do perfil da população do estudo que foram acompanhados pelo projeto de cuidados paliativos da operadora de saúde CABERJ durante o período de coleta de dados.

**Tabela 1.** Distribuição das variáveis sociodemográficas dos associados acompanhados por projeto de Cuidados Paliativos da operadora de saúde CABERJ – Rio de Janeiro, 2021.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>n(%)</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	13	43
Masculino	17	57
<b>Idade</b>		
60-70	5	16,7
71-80	12	40,0
81-90	10	33,3
91-100	3	10,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Tabela 2.** Distribuição dos dados obtidos em registros por profissionais de projeto de Cuidados Paliativos da operadora de saúde CABERJ – Rio de Janeiro, 2021.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>n(%)</b>
<b>Profissionais</b>		
Enfermeiro	58	41
Médico	81	57
Psicólogo	3	2
<b>PPS</b>		
40	35	25
30	73	51
20	26	18
10	8	6
<b>Cenário de Internação</b>		
Domicílio	98	69
Hospital de Transição	21	15
Hospital Geral	23	16
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100</b>

Houve predominância do sexo masculino (57,0%) com a maioria da faixa etária estando entre 71 à 80 anos (40,0%). A equipe multiprofissional de assistência é composta por majoritariamente pelos registros das categorias profissionais (57%) de médicos e enfermeiro (41%) e por psicólogos (2,0%).

Foram considerados registros de outros profissionais que não enfermeiros pelo fato de que os Cuidados Paliativos devem ser realizados essencialmente em equipe tornando as intervenções de enfermagem neste cenário interdependentes e possíveis de serem identificadas mesmo que o autor do registro não seja enfermeiro<sup>(56)</sup>.

Esta discrepância provavelmente pode ser explicada pelo fato existiam de que existiam dois médicos e apenas um enfermeiro na equipe durante o período da pesquisa. Assim como também pelo fato de que a equipe não acompanhava estes pacientes diariamente ou ainda pelo fato de que alguns associados eram apresentados à equipe já com um PPS<30, com os sinais e sintomas mais evidentes e em fase de deterioração e difícil controle como ocorre no encaminhamento tardio para uma equipe de Cuidados Paliativos<sup>(32)</sup>.

A necessidade dos cuidados na fase de fim de vida realizada pela escala do PPS, teve uma classificação que permeiam o PPS:40% com (25,0%), o PPS:30% com (51,0%), PPS:20% (18,0%) e PPS:%10 (6,0%). Com relação ao cenário no momento do registro a maioria se encontrava no domicílio (69%), algo esperado nessa população onde o manejo dos sintomas possíveis seria feito preferencialmente nesse local.

A partir dos registros dos prontuários foi possível para as duas peritas identificar a presença de 41 intervenções de enfermagem já adequadas para a taxonomia da NIC principalmente através da interpretação do significado das palavras utilizadas nos registros. Essas não foram idênticas as 51 Intervenções propostas pela NIC em “Enfermagem em Instituições de longa permanência e Cuidados Paliativos”<sup>(41)</sup> tendo apenas 21 intervenções em comum. 31 intervenções dentro da especialidade não surgiram e foram encontradas 20 novas intervenções para a especialidade.

O que provavelmente se justifica por se tratar de um cenário específico de final de vida e não de maneira geral como propõe a NIC.

### **4.3 Análise de concordância entre os especialistas conforme o teste Gwet**

Dos 41 títulos de intervenções avaliadas pelas duas peritas a média das concordâncias se manteve em 97,1% das vezes conforme tabela 1.

O teste de Gwet foi aplicado para avaliar a concordância. Os valores em cada item são maiores que 0 (p-valor < 0,001) indicando que existe concordância. Os valores do Gwet e a

porcentagem de avaliações iguais são similares, uma vez que estamos com dois especialistas, trazendo limitações de variabilidade aos dados.

**Tabela 3:** Resultado das avaliações entre os dois avaliadores em relação as intervenções de enfermagem presentes em registros aplicadas ao teste de concordância.

Intervenção		Resultado				Gwet	P-valor
		Difere		Igual			
		n	%	n	%		
<b>Administração analgésicos</b>	<b>de</b>	0	0,0	142	100,0	1,0000	<b>&lt;0,001</b>
<b>Administração de enema</b>		0	0,0	142	100,0	1,0000	<b>&lt;0,001</b>
<b>Administração de medicamentos: Intramuscular</b>	<b>de</b>	2	1,4	140	98,6	0,9852	<b>&lt;0,001</b>
<b>Apoio ao cuidador</b>		0	0,0	142	100,0	1,0000	<b>&lt;0,001</b>
<b>Assistência autocuidado</b>	<b>no</b>	7	4,9	135	95,1	0,9474	<b>&lt;0,001</b>
<b>Assistência ventilatória</b>		5	3,5	137	96,5	0,9616	<b>&lt;0,001</b>
<b>Conduta da radioterapia</b>		0	0,0	142	100,0	1,0000	<b>&lt;0,001</b>
<b>Controle da demência</b>		7	4,9	135	95,1	0,9444	<b>&lt;0,001</b>
<b>Controle de constipação intestinal/impactação</b>		0	0,0	142	100,0	1,0000	<b>&lt;0,001</b>
<b>Controle de dispositivo de acesso venoso central</b>		0	0,0	142	100,0	1,0000	<b>&lt;0,001</b>
<b>Controle de dor: Aguda</b>		2	1,4	140	98,6	0,9846	<b>&lt;0,001</b>
<b>Controle de energia</b>		6	4,2	136	95,8	0,9472	<b>&lt;0,001</b>
<b>Controle de hipervolemia</b>		5	3,5	137	96,5	0,9625	<b>&lt;0,001</b>
<b>Controle de infecção</b>		16	11,3	126	88,7	0,8770	<b>&lt;0,001</b>
<b>Controle de medicamentos</b>	<b>de</b>	3	2,1	139	97,9	0,9733	<b>&lt;0,001</b>
<b>Controle de náusea</b>		0	0,0	142	100,0	1,0000	<b>&lt;0,001</b>
<b>Controle de volume de líquidos e eletrólitos</b>		1	0,7	141	99,3	0,9924	<b>&lt;0,001</b>
<b>Controle do ambiente</b>		4	2,8	138	97,2	0,9705	<b>&lt;0,001</b>
<b>Controle do ambiente: conforto</b>		0	0,0	142	100,0	1,0000	<b>&lt;0,001</b>
<b>Controle do delírio</b>		1	0,7	141	99,3	0,9921	<b>&lt;0,001</b>
<b>Controle nutricional</b>		2	1,4	140	98,6	0,9829	<b>&lt;0,001</b>
<b>Cuidados com lesões</b>		9	6,3	133	93,7	0,9307	<b>&lt;0,001</b>
<b>Cuidados com lesões: lesão que não cicatriza</b>		1	0,7	141	99,3	0,9922	<b>&lt;0,001</b>
<b>Cuidados no processo de morrer</b>		0	0,0	142	100,0	1,0000	<b>&lt;0,001</b>
<b>Escuta ativa</b>		1	0,7	141	99,3	0,9905	<b>&lt;0,001</b>
<b>Monitoração de sinais vitais</b>		0	0,0	142	100,0	1,0000	<b>&lt;0,001</b>
<b>Monitoração respiratória</b>		11	7,7	131	92,3	0,9104	<b>&lt;0,001</b>

<b>Orientação antecipada</b>	4	2,8	138	97,2	0,9665	<b>&lt;0,001</b>
<b>Posicionamento</b>	5	3,5	137	96,5	0,9535	<b>&lt;0,001</b>
<b>Prevenção contra quedas</b>	2	1,4	140	98,6	0,9849	<b>&lt;0,001</b>
<b>Prevenção de lesões por pressão</b>	27	19,0	115	81,0	0,7822	<b>&lt;0,001</b>
<b>Proteção contra infecção</b>	4	2,8	138	97,2	0,9713	<b>&lt;0,001</b>
<b>Redução da ansiedade</b>	6	4,2	136	95,8	0,9541	<b>&lt;0,001</b>
<b>Supervisão da pele</b>	21	14,8	121	85,2	0,8178	<b>&lt;0,001</b>
<b>Tratamento da febre</b>	0	0,0	142	100,0	1,0000	<b>&lt;0,001</b>
<b>Cateterismo vesical</b>	1	0,7	141	99,3	0,9929	<b>&lt;0,001</b>
<b>Apoio espiritual</b>	0	0,0	142	100,0	1,0000	<b>&lt;0,001</b>
<b>Cuidados com o local da incisão</b>	3	2,1	139	97,9	0,9784	<b>&lt;0,001</b>
<b>Controle de dor: Crônica</b>	1	0,7	141	99,3	0,9929	<b>&lt;0,001</b>
<b>Cateterismo Nasogástrico</b>	4	2,8	138	97,2	0,9710	<b>&lt;0,001</b>
<b>Cuidados com cateteres/drenos</b>	5	3,5	137	96,5	0,9635	<b>&lt;0,001</b>

**Fonte: Dados gerados pelo pesquisador**

O número 142 na tabela se refere ao número total de intervenções e a concordância entre as duas peritas sobre a presença ou não da respectiva intervenção. Proporcionalmente este número é considerado como 100% de concordância.

Os termos dos registros das intervenções de enfermagem de 100% de concordância com o teste Gwet (1,000) são administração de analgésicos (2210), administração de enema(0466), apoio ao cuidador (7040), conduta da radioterapia(6600), controle de constipação/impactação (0450), controle de dispositivo de acesso venoso central, controle da náusea (1450), controle do ambiente: conforto (6482), cuidados no processo de morrer(5260), monitoração de sinais vitais(6680), tratamento de febre (3740) e apoio espiritual (5220).

A Tabela 4 demonstra a relação percentual entre a presença de cada intervenção relacionada ao PPS. Por exemplo, a intervenção "Assistência no autocuidado" foi percebida em 31 registros quando PPS:40% e o total de registros neste mesmo PPS era 35, correspondendo a uma presença desta intervenção em 88,57% das vezes em que o PPS:40%

**Tabela 4.** Distribuição da quantidade de intervenções de enfermagem aplicadas a cada fase da avaliação do PPS, a partir do PPS  $\leq$ 40.

PPS	40	30	20	10	Total
<b>Total de registros</b>	<b>35</b>	<b>73</b>	<b>26</b>	<b>8</b>	<b>142</b>
1 Assistência no autocuidado	31(88,57)	70(95,89)	24(92,30)	6(75,00)	131(92,25)
2 Orientação antecipada	19(54,28)	45(61,64)	21(80,76)	6(75,00)	91(64,08)
3 Supervisão da pele	23(65,71)	40(54,79)	5(19,23)	1(12,50)	69(48,59)

4	Posicionamento	16(45,71)	33(45,20)	6(23,07)	1(12,50)	56(39,44)
5	Apoio ao cuidador	12(34,28)	25(34,24)	11(42,30)	6(75,00)	54(38,03)
6	Prevenção de lesões por pressão	18(51,42)	28(38,35)	3(11,53)	1(12,50)	50(35,21)
7	Controle de medicamentos	14(40)	18(24,65)	8(30,76)	1(12,50)	41(28,87)
8	Controle de energia	11(31,42)	25(34,24)	3(11,53)	1(12,50)	40(28,17)
9	Cuidados no processo de morrer	2(5,71)	18(24,65)	11(42,30)	8(100,00)	39(27,46)
10	Controle do ambiente: conforto	6(17,14)	19(26,02)	6(23,07)	6(75,00)	37(26,06)
11	Cuidados com lesões	10(28,57)	19(26,02)	3(11,53)	1(12,50)	33(23,24)
12	Controle nutricional	10(28,57)	16(21,91)	4(15,38)	2(25,00)	32(22,54)
13	Controle de dor: Aguda	10(28,57)	12(16,43)	7(26,92)	1(12,50)	30(21,13)
14	Escuta ativa	10(28,57)	8(10,95)	3(11,53)	1(12,50)	22(15,49)
15	Monitoração respiratória	0(0)	17(23,28)	3(11,53)	2(25,00)	22(15,49)
16	Assistência ventilatória	0(0)	16(21,91)	2(7,69)	2(25,00)	20(14,08)
17	Controle de infecção	5(14,28)	12(16,43)	2(7,69)	1(12,50)	20(14,08)
18	Redução da ansiedade	4(11,42)	5(6,84)	6(23,07)	4(50,00)	19(13,38)
19	Controle da demência	11(31,42)	7(9,58)	0(0)	0(0)	18(12,68)
20	Controle do delírio	0(0)	7(9,58)	8(30,76)	2(25,00)	17(11,97)
21	Controle de hipervolemia	0(0)	13(17,80)	1(3,84)	0(0)	14(9,86)
22	Controle de volume de líquidos e eletrólitos	0(0)	11(15,06)	1(3,84)	0(0)	12(8,45)
23	Prevenção contra quedas	5(14,28)	5(6,84)	1(3,84)	0(0)	11(7,75)
24	Controle de constipação intestinal/impactação	3(8,57)	4(5,47)	1(3,84)	0(0)	8(5,63)
25	Cuidados com lesões: lesão que não cicatriza	2(5,71)	2(2,73)	3(11,53)	1(12,50)	8(5,63)
26	Administração de medicamentos: Intramuscular	6(17,14)	1(1,36)	0(0)	0(0)	7(4,93)
27	Cateterismo vesical	0(0)	6(8,21)	1(3,84)	0(0)	7(4,93)
28	Controle do ambiente	0(0)	6(8,21)	1(3,84)	0(0)	7(4,93)
29	Monitoração de sinais vitais	2(5,71)	5(6,84)	0(0)	0(0)	7(4,93)
30	Administração de analgésicos	0(0)	5(6,84)	0(0)	1(12,50)	6(4,23)
31	Administração de enema	1(2,85)	1(1,36)	4(15,38)	0(0)	6(4,23)
32	Controle de náusea	3(8,57)	2(2,73)	1(3,84)	0(0)	6(4,23)
33	Tratamento da febre	0(0)	6(8,21)	0(0)	0(0)	6(4,23)
34	Conduta da radioterapia	0(0)	5(6,84)	0(0)	0(0)	5(3,52)
35	Cuidados com dreno: torácico	5(14,28)	0(0)	0(0)	0(0)	5(3,52)
36	Cateterismo Nasogástrico	0(0)	4(5,47)	0(0)	0(0)	4(2,82)
37	Proteção contra infecção	0(0)	4(5,47)	0(0)	0(0)	4(2,82)
38	Cuidados com o local da incisão	0(0)	3(4,10)	0(0)	0(0)	3(2,11)
39	Apoio espiritual	1(2,85)	0(0)	0(0)	1(12,50)	2(1,41)
40	Controle de dispositivo de acesso venoso central	0(0)	1(1,36)	0(0)	0(0)	1(0,70)
41	Controle de dor: Crônica	0(0)	0(0)	1(3,84)	0(0)	1(0,70)

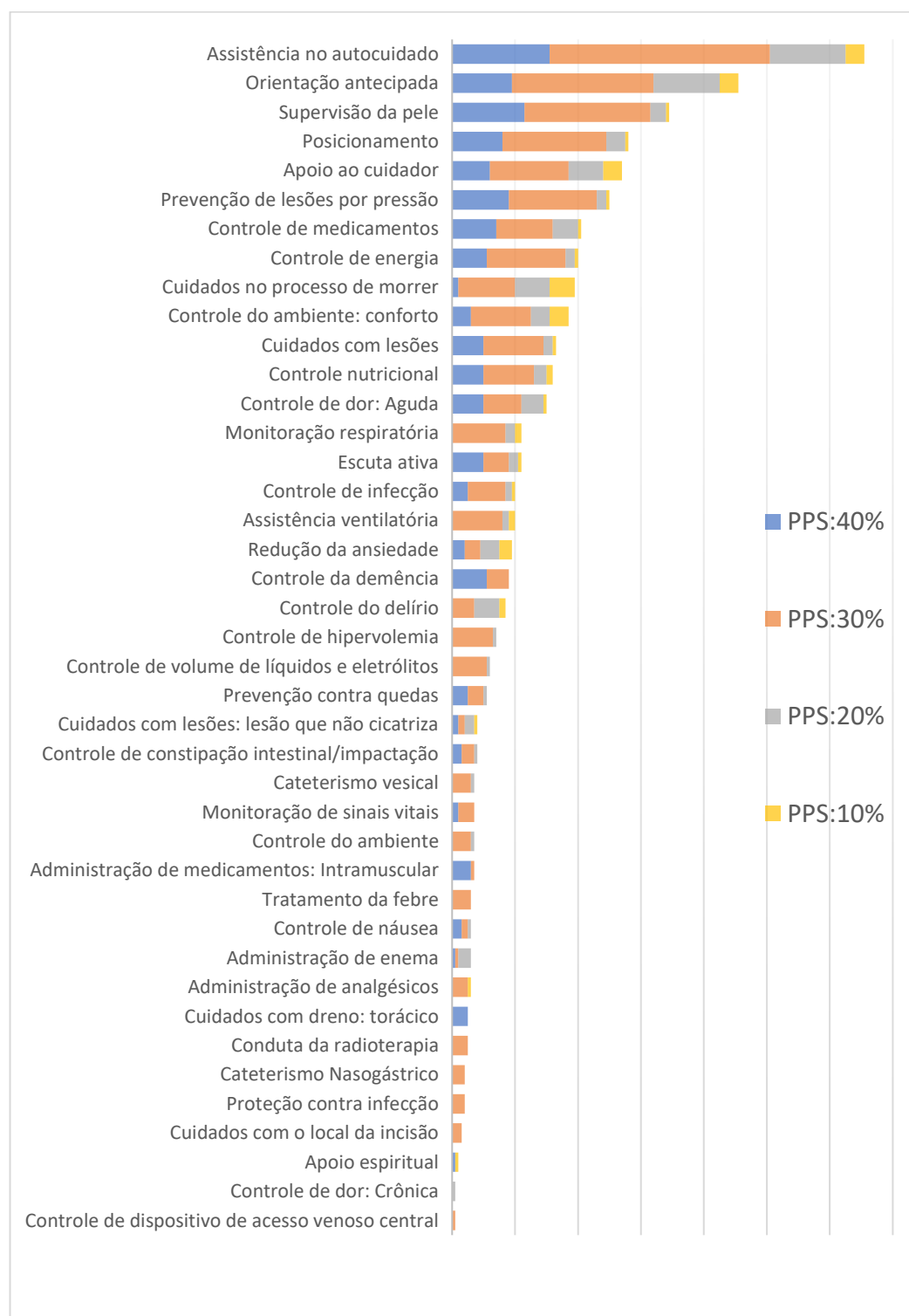
Elaborado pelo pesquisador, 2021



Do total de 41 intervenções de enfermagem percebidas, 971 vezes foi o número de repetição entre elas, a variedade recorrente ocorreu principalmente nos PPS:40%, PPS:30% e PPS:20%, a medida que aumentava o declínio fisiológico e o paciente apresentava declínio funcional para PPS:10%.

As intervenções presentes considerando o PPS e o percentual de vezes em que ela esteve presente podem ser visualizadas na figura 4

**Figura 4: Distribuição de títulos de intervenções de enfermagem em pacientes idosos com doença oncológica e PPS:40% ou menor.**



Elaborado pelo pesquisador, 2021

O quadro 7 apresenta a relação entre o primeiro registro com PPS:40% e a data do óbito (PPS:0) em dias.

Observou-se que a média de sobrevida dos associados era de 26 dias. O que é menor do que esperado na literatura<sup>(33)</sup>, mas é justificável pela fragilidade da população já que se tratavam de pacientes idosos com doenças oncológicas.

Quadro 7. Diferença de dias do primeiro registro de PPS:40% ou menor e o dia do óbito.

	Primeiro Registro	Óbito	PPS no primeiro registro	Dias de sobrevida
ERR	24/07/2019	11/10/2019	30	79
JBLS	30/10/2019	04/01/2020	30	66
HC	28/09/2020	23/11/2020	40	56
ARS	15/04/2020	02/06/2020	30	48
HS	03/03/2020	17/04/2020	40	45
SFC	17/01/2020	28/02/2020	40	42
EG	18/11/2019	28/12/2019	40	40
AJRM	13/01/2020	15/02/2020	30	33
MCDA	16/11/2020	17/12/2020	40	31
MCSA	02/01/2020	01/02/2020	20	30
ACCGJ	26/09/2019	25/10/2019	30	29
EAC	20/01/2020	15/02/2020	30	26
ICF	14/04/2020	10/05/2020	40	26
JCA	04/12/2020	29/12/2020	30	25
SCL	09/11/2020	02/12/2020	30	23
MCLS	28/09/2020	21/10/2020	40	23
JJN	02/09/2019	23/09/2019	40	21
NRS	10/04/2020	29/04/2020	40	19
JAS	14/01/2020	01/02/2020	20	18
SMGG	16/07/2019	01/08/2019	40	16
JM	24/08/2020	08/09/2020	40	15
VFB	16/12/2019	31/12/2019	40	15
NNP	27/08/2020	09/09/2020	40	13
DDG	11/02/2020	21/02/2020	30	10
ETS	02/06/2020	12/06/2020	30	10
FAL	13/07/2020	20/07/2020	30	7
MMM	09/03/2020	13/03/2020	30	4
WG	01/09/2020	03/09/2020	30	2
RMC	21/09/2020	23/09/2020	30	2
ACM	25/10/2019	26/10/2019	10	1

Elaborado pelo pesquisador, 2021

#### **4.4 – ANÁLISE DAS MELHORES EVIDÊNCIAS DISPONÍVEIS: ASSOCIAÇÃO ENTRE OS MAPEAMENTOS CRUZADOS DA REVISÃO DE ESCOPO E DO ESTUDO DOCUMENTAL**

Ainda que 41 intervenções tenham sido detectadas no estudo documental, apenas 12 apresentaram concordância de 100%. Foram elas: Administração de analgésicos, Administração de enema, Apoio ao cuidador, Conduta da radioterapia, Controle de constipação intestinal/impactação, Controle de dispositivo de acesso venoso central, Controle de náusea, Controle do ambiente: conforto, Cuidados no processo de morrer, Monitoração de sinais vitais, Tratamento da febre, Apoio espiritual.

Estas discrepâncias se dão possivelmente pelo fato de que a equipe não acompanhava estes pacientes diariamente ou ainda pelo fato de que alguns associados eram apresentados à equipe já com um PPS<30%, como eventualmente ocorre no encaminhamento para uma equipe de Cuidados Paliativos, o que é prejudicial para o desfecho dos pacientes quanto à sua qualidade de vida<sup>(64,65)</sup>.

A concordância total entre estas 12 intervenções pelas avaliadoras do estudo documental, no entanto não pode ser associada apenas à recomendação como também a contraindicação de determinadas intervenções. Isto se torna evidente quando avaliadas em conjunto com sua presença e o PPS.

Por exemplo “Monitoração de sinais vitais” esteve presente em 5,7% dos registros com PPS:40%. 6,8% em registros de PPS:30% e ausentes nos registros de PPS:20% e 10%. Considerando o grau de concordância em 100% é possível chegar a conclusão de que a monitorização de sinais vitais na verdade não é recomendada para pacientes idosos com doença oncológica PPS: 20% e 10% ou de que já estava inserida na prática, ou ainda de que não houve alterações por parte dos profissionais.

O mesmo pode ser observado em “controle de constipação intestinal/impactação”, “Administração de enema”, “controle de náusea” como sendo intervenções que não estiveram presentes em pacientes com PPS:10%.

A ausência de uma Intervenção entre um PPS e outro pode não necessariamente significar que a intervenção não está sendo feita ou que não é recomendada e sim que ao se estabelecer na rotina esta deixou de ser registrada adequadamente.

“Controle de medicamentos” por exemplo se fez necessário até o final de vida, variando em importância, já administração de analgésicos no PPS:40% não está presente para somente no PPS:10 se mostrar presente em 12,5% dos casos com este PPS, provavelmente se relacionando à utilização da Sedação Paliativa.

## 5. PRODUTO

Mais importante do que exigir apenas nível de evidência e qualidade na formulação de um Guideline, ainda que sejam etapas vitais, é preciso entender que esses são apenas dois dos muitos fatores que irão influenciar quanto à sua utilização.<sup>(26)</sup> Na verdade, apesar do aumento do número de Guidelines de alta qualidade lançados nos últimos anos sua adesão permanece baixa. O que leva a crer que além de robusto, um guia de recomendações precisa ser bem elaborado e bem pensado.<sup>(26)</sup> Mudanças realizadas na prática são mais prováveis quando baseadas em evidências internas e externas<sup>(26)</sup>.

Considera-se segundo às PBE evidências internas como aquelas geradas de práticas internas, que levam a desfechos e elaboração de projetos e evidências externas como aquelas geradas através de pesquisas e com o objetivo de ser mais generalista<sup>(26)</sup> para a elaboração deste guia utilizou-se então a síntese entre os mapeamentos cruzados da taxonomia da NIC após a revisão de escopo e o estudo documental.

A revisão de escopo atuou como fonte de evidências externas e a pesquisa documental como fonte de evidências internas, que foram associadas à NIC através do mapeamento cruzado para que o guia fosse robusto sobre quais são as principais intervenções recomendadas ou não para o final de vida de pacientes idosos com doença oncológica.

As intervenções escolhidas para integrar o guia foram aquelas identificadas na revisão de escopo pois estas vieram da pesquisa documental e, portanto, diretamente da prática além de serem aquelas incentivadas pela prática nesta fase da vida sendo elas

:

- Apoio espiritual
- Cuidados no processo de morrer
- Assistência no autocuidado
- Controle de dor: Aguda
- Controle de medicamentos
- Controle de volume de líquidos e eletrólitos
- Controle do delírio
- Cuidados com lesões: lesão que não cicatriza
- Escutar ativamente
- Orientação antecipada

Estas foram então relacionadas com o PPS identificado através do mapeamento cruzado após pesquisa documental.

Para maior síntese de informações se optou por relacionar os seguintes dados:

Título da Intervenção, definição segundo a NIC, presença identificada quanto ao PPS em um código de cores, e comentários breves retirados dos artigos e atividades pertinentes recomendadas pela NIC.

### **Assistência no autocuidado**

**Definição segundo a NIC:** Auxiliar o outro na realização de atividades da vida diária

PPS:40%	PPS:30%	PPS:20%	PPS:10%
88,57	95,89	92,31	75,00

É uma das intervenções presentes em todos os níveis de complexidade esperados nesta fase da vida. Pode ser definida como “auxiliar o outro na realização de atividades de vida diária”<sup>(41)</sup>

Inclui principalmente monitorar a capacidade do paciente de autocuidado independente, auxiliar o paciente na aceitação das necessidades de dependência, encorajar o paciente a realizar suas atividades conforme seu nível de capacidade.

Atividades sugeridas pela NIC:

- Proporcionar um ambiente terapêutico, garantindo uma experiência calorosa, relaxante, privada e personalizada

### **Orientação antecipada**

**Definição segundo a NIC:** Preparo do paciente para uma crise de desenvolvimento ou situacional prevista.

PPS:40%	PPS:30%	PPS:20%	PPS:10%
54,29	61,64	80,77	75,00

Ainda que informações propriamente sobre o diagnóstico, opções de tratamento e prognóstico sejam responsabilidades do profissional médico, profissionais de enfermagem são essenciais na identificação de possíveis problemas e necessidades presentes e futuras<sup>(66)</sup>.

Atividades sugeridas pela NIC:

- Auxiliar o paciente a identificar uma possível crise futura de desenvolvimento ou situacional e os efeitos que pode ter na vida pessoal e familiar
- Auxiliar o paciente a decidir sobre a forma de resolver o problema
- Auxiliar o paciente a decidir sobre quem resolverá o problema
- Auxiliar o paciente a se adaptar às mudanças antecipadas de papel
- Incluir a família e outras pessoas significativas, quando possível.
- Auxiliar o paciente a elaborar suas diretivas antecipadas de vontade incluindo a família quando possível [sugestão]

### Cuidados no processo de morrer

**Definição segundo a NIC:** Promoção de conforto físico e paz psicológica na fase final da vida.

PPS:40%	PPS:30%	PPS:20%	PPS:10%
5,71	24,66	42,31	100,00

Atividades sugeridas pela NIC:

- Identificar as prioridades de cuidados do paciente
- Comunicar a disposição de discutir a morte
- Monitorar a ansiedade do paciente
- Monitorar deterioração das capacidades físicas e/ ou mentais
- Monitorar a dor
- Minimizar o desconforto, quando possível
- Adiar a alimentação quando o paciente estiver fatigado
- Auxiliar com os cuidados básicos, conforme a necessário
- Respeitar as solicitações específicas de cuidado do paciente e da família
- Modificar o ambiente com base nas necessidades e desejos do paciente
- Apoiar os esforços da família em permanecer ao lado do leito
- Facilitar o encaminhamento para um estabelecimento de cuidados de longa permanência, conforme desejado

### Controle de medicamentos

**Definição segundo a NIC:** Facilitação do uso seguro e eficaz de fármacos vendidos com prescrição e isentos de prescrição.

PPS:40%	PPS:30%	PPS:20%	PPS:10%
40,00	24,66	30,77	12,50

Algumas drogas são consideradas especialmente inapropriadas para o final de vida, principalmente aquelas utilizadas para prevenção primária e secundária<sup>(67)</sup>.

Poderiam ser incluídas ainda como medicações inapropriadas drogas hipolipemiantes, medicamentos usados para prevenir fraturas ósseas e tratar a osteoporose, Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (ACE), angiotensina bloqueadores de receptor (ARB), drogas antiplaquetárias, antedemência drogas (inibidores da colinesterase e memantina), vitaminas e minerais.<sup>(67)</sup>

Na fase final de vida de pacientes oncológicos é esperada a diminuição de medicamentos prescritos, retirando aqueles que já não modificariam o declínio fisiológico do indivíduo.

Atividades sugeridas pela NIC:

- Monitorar a eficácia da modalidade de administração de medicamentos
- Monitorar o paciente para o efeito terapêutico do medicamento
- Ensinar o paciente e/ ou membros da família sobre a ação esperada e os efeitos colaterais esperados do medicamento

### Controle de energia

**Definição segundo a NIC:** Regulação do gasto de energia para tratamento ou prevenção de fadiga e otimização de funções

PPS:40%	PPS:30%	PPS:20%	PPS:10%
31,43	34,25	11,54	12,50

Atividades que antes faziam parte do cotidiano podem se tornar exaustivas, como se barbear além da falta de energia para realizar atividades que se tem vontade<sup>(68)</sup>.

Atividades sugeridas pela NIC:

- Usar instrumentos validados para medir a fadiga, conforme indicado
- Determinar a percepção do paciente/ de pessoas significativas sobre as causas da fadiga



- Auxiliar o paciente a compreender os princípios da conservação de energia (p. ex., necessidade de restrição de atividade ou de repouso no leito)

### Controle de dor: Aguda

**Definição segundo a NIC:** Amenização ou redução de dor até um nível aceitável para o paciente no período de recuperação imediato após dano de tecido por uma causa identificável, como trauma, cirurgia ou lesão.

PPS:40%	PPS:30%	PPS:20%	PPS:10%
28,57	16,44	26,92	12,50

Ainda que a prescrição de fármacos seja uma responsabilidade médica, o profissional de enfermagem tem um papel central no controle deste sintoma verificando por exemplo se a orientação foi compreendida e se está sendo executada corretamente <sup>(69)</sup>.

Atividades sugeridas pela NIC:

- Realizar avaliação abrangente de dor, incluindo localização, início, duração, frequência e intensidade da dor, bem como fatores de melhora e desencadeantes
- Observar sinais de desconforto, principalmente naqueles que não conseguem se comunicar efetivamente
- Certificar-se de que o paciente receba cuidados analgésicos rápidos antes que a dor se torne intensa ou antes de atividades que induzem dor
- Prevenir ou controlar os efeitos colaterais da medicação
- Fornecer informações precisas à família sobre a experiência de dor do paciente.

### Controle do delírio

**Definição segundo a NIC:** Provisão de um ambiente seguro e terapêutico a paciente em estado agudo de confusão.

PPS:40%	PPS:30%	PPS:20%	PPS:10%
-	9,59	30,77	25,00

É um sintoma comum no final de vida, ocorrendo em aproximadamente 85% dos pacientes<sup>(70)</sup>. Em final de vida também pode ser chamado de “Delirium terminal” sendo causado como resultado de sepse ou falência orgânica nos últimos dias e horas de vida<sup>(71)</sup>.

Atividades sugeridas pela NIC:

- Identificar fatores etiológicos que causem delírio (p. ex., verificar a saturação de oxigênio na hemoglobina)
- Reconhecer e documentar o subtipo motor do delírio (p. ex., hipoativo, hiperativo e misto)
- Monitorar o estado neurológico continuamente
- Administrar medicamentos prescritos “se necessário”,
- Auxiliar nas necessidades relacionadas com nutrição, eliminação, hidratação e higiene pessoal
- Chamar o paciente pelo nome ao iniciar a interação
- Comunicar-se com declarações simples, diretas e descritivas

### Escuta ativa

**Definição segundo a NIC:** Atenção criteriosa e atribuição de significado às mensagens verbais e não verbais de um paciente

PPS:40%	PPS:30%	PPS:20%	PPS:10%
28,57	10,96	11,54	12,50

Relacionamentos com outras pessoas conectam pessoas de maneiras importantes e valorizadas. Ainda que o corpo físico em geral seja a área mais conhecida dos profissionais de saúde<sup>(68)</sup>, é preciso entender que escutar também é uma forma de cuidado<sup>(68)</sup>.

Atividades sugeridas pela NIC:

- Estabelecer o propósito da interação
- Mostrar interesse pelo paciente
- Mostrar percepção e sensibilidade às emoções
- Atentar para o tom, o ritmo, o volume, o timbre e a inflexão da voz
- Identificar os temas predominantes
- Verificar o significado da mensagem, refletindo sobre atitudes, experiências passadas e situação atual

- Usar o silêncio/ escuta para encorajar a expressão dos sentimentos, pensamentos e preocupações.

### **Cuidados com lesões: lesão que não cicatriza**

**Definição segundo a NIC:** Cuidados e prevenção de complicações de lesão maligna ou outra lesão sem expectativa de cicatrização.

PPS:40%	PPS:30%	PPS:20%	PPS:10%
5,71	2,74	11,54	12,50

Na fase do final de vida a pele e o tecido subjacente entram em falência devido à hipoperfusão e outros mecanismos que ocorrem junto a disfunção severa ou falha de outros sistemas orgânicos<sup>(4)</sup>.

#### Atividades sugeridas pela NIC:

- Proporcionar controle adequado da dor (p. ex., relaxamento, distração, terapia analgésica a ser administrada antes e após o curativo)
- Concordar em fazer pausas durante os procedimentos de cuidados da lesão
- Umedecer as gazes em soro fisiológico antes da remoção, conforme apropriado
- Descrever as características da lesão, observando tamanho, localização, secreção, cor, sangramento, dor, odor e edema
- Registrar as alterações observadas ao longo da evolução da lesão
- Observar os sinais e sintomas de infecção da lesão
- Observar os sinais de dermatite na pele ao redor da lesão e utilizar cremes de barreira, conforme apropriado
- Irrigar a lesão com água ou soro fisiológico, evitando pressão excessiva
- Evitar esfregar ao limpar
- Utilizar curativos altamente absorventes sempre que houver exsudato abundante
- Determinar o impacto da lesão sobre a qualidade de vida do paciente (p. ex., sono, apetite, atividade, humor, relacionamentos)
- Demonstrar ao paciente ou aos familiares o procedimento de cuidados da lesão, conforme apropriado

- Demonstrar os métodos de proteção da lesão contragolpes, pressão e atrito (p. ex., usar travesseiros, almofadas, compressas)
- Oferecer apoio emocional ao paciente e cuidador da família
- Incentivar o paciente e seus familiares a atuarem ativamente no tratamento e reabilitação, conforme apropriado.

### Controle de volume de líquidos e eletrólitos

**Definição segundo a NIC:** Regulação e prevenção de complicações decorrentes de níveis alterados de líquidos e/ ou eletrólitos.

PPS:40%	PPS:30%	PPS:20%	PPS:10%
-	15,07	3,85	-

Ainda que hidratar o paciente seja muitas vezes visto como um cuidado básico, em pacientes em final de vida existe um grande risco de agravar ascite e/ou ocasionar derrames pleurais<sup>(72)</sup>.

Atividades sugeridas pela NIC:

- Monitorar quanto a alterações pulmonares ou cardíacas indicativas de excesso de líquidos ou desidratação
- Monitorar quanto a sinais e sintomas de piora de hiperidratação ou desidratação (p. ex., estertores crepitantes nos pulmões, poliúria ou oligúria, alterações do comportamento, convulsões, saliva espumosa ou viscosidade espessa, olhos edemaciados ou encovados, respiração superficial e rápida)

### Apoio espiritual

**Definição segundo a NIC:** Assistência ao paciente para que sinta equilíbrio e conexão com uma força maior.

PPS:40%	PPS:30%	PPS:20%	PPS:10%
2,86	-	-	12,50

É crucial para profissionais que atuam em Cuidados Paliativos compreender o aspecto da dor espiritual relatada por pacientes e familiares e saber oferecer suporte adequado<sup>(73)</sup>.

Dor espiritual pode ser definida como “Dor causada pela extinção do ser e do significado de si”<sup>(73)</sup>, sendo considerada um dos aspectos da dor total, conceito bastante difundido dentro dos cuidados paliativos <sup>(4)</sup>.

Atividades sugeridas pela NIC:

- Tratar o indivíduo com dignidade e respeito
- Estar aberto às expressões de preocupação do indivíduo
- Orar com o indivíduo
- Estar aberto aos sentimentos do indivíduo sobre doença e morte

### Apoio ao cuidador

**Definição segundo a NIC:** Fornecimento de informações necessárias, defesa e apoio para facilitar o cuidado primário do paciente por pessoa que não seja um profissional de saúde.

PPS:40%	PPS:30%	PPS:20%	PPS:10%
45,7	45,2	23,1	12,5

A medida que os sinais do final de vida se aproximam estes costumam gerar muita angustia para os cuidadores familiares ou não dos pacientes por não compreender o que está acontecendo ao mesmo tempo em que se sentem responsáveis pelo cuidado.

Atividades sugeridas pela NIC:

- **Reconhecer** as dificuldades do papel de cuidador
- Apoiar as decisões do cuidador
- Fornecer informações sobre a condição do paciente de acordo com as preferências do paciente
- Verificar com o cuidador como ele está enfrentando a situação
- Ensinar ao cuidador sobre o processo de luto
- Apoiar o cuidador durante o processo de luto
- Agir em prol do cuidador quando a sobrecarga se tornar evidente
- Discutir os limites do cuidador com o paciente

## 6. DISCUSSÃO

Esse estudo traz de modo original as intervenções sugeridas para o cuidado ao fim de vida encontradas principalmente na revisão de escopo associadas ao estudo documental seguidos pelo mapeamento cruzado com a NIC. Ainda que em sua maior parte tenha utilizado como base as intervenções da revisão de escopo foi possível transpor as intervenções para um guia que pode ser útil a prática, decorrido do estudo com evidências internas e externas respectivamente.

Existem eventos que são relativamente comuns e esperados do final de vida, como anorexia, imobilidade, alterações cognitivas, dor, colapsos periféricos e alterações respiratórias<sup>(4)</sup>. Por serem esperados, cabe intervir de maneira preventiva para que estes eventos sejam o mais bem administrados e controlados possível.

Considerando o estudo documental, foram detectadas 41 intervenções no total ainda que apenas 12 apresentassem concordância de 100% entre as peritas. Foram elas: Administração de analgésicos, Administração de enema, Apoio ao cuidador, Conduta da radioterapia, Controle de constipação intestinal/impactação, Controle de dispositivo de acesso venoso central, Controle de náusea, Controle do ambiente: conforto, Cuidados no processo de morrer, Monitoração de sinais vitais, Tratamento da febre, Apoio espiritual.

No entanto, a concordância de 100% não se traduz em indicação para realização da intervenção. Isto é perceptível na Figura 4 quando várias destas intervenções, ainda que tenham concordância de 100% desaparecem a medida que o PPS reduz. Indicando que algumas destas intervenções foram contraindicadas pelas peritas que na verdade concordaram com sua ausência em um PPS mais baixo. Por exemplo na Tabela 4 “Monitoração de sinais vitais” esteve presente nos PPS:40% e 30% e ausente nos PPS:20% e 10%. Ainda que tivessem um grau de concordância de 100% em todos os níveis da escala. É possível concluir de que a monitorização de sinais vitais na verdade não é recomendada para pacientes idosos com doença oncológica e PPS: 20% e 10% ou de que já estava inserida na rotina da prática, ou ainda de que não houve alterações por parte dos profissionais.

Por estas possibilidades e pelo entendimento de que poderiam gerar dúvida sobre sua indicação caso estivessem inseridas no guia deu-se prioridade as intervenções identificadas na revisão de escopo, utilizando os resultados da pesquisa documental como suporte.

Quando considera-se a sobrevida (Quadro 7) chega-se à média de 26 dias, intervalo maior de tempo do que na Austrália (13 dias), Canadá (10 dias) e menor do que no Japão (27 dias)<sup>(35)</sup>. Esse espaço de tempo é considerado suficiente para determinação de condutas<sup>(35)</sup>. É perceptível

ainda um aumento no número de intervenções ao chegarmos no PPS:30% o que indica ser um momento de piora clínica, algo compatível com a literatura<sup>(33)</sup>.

Já no PPS:20% e posteriormente no PPS:10% o número de intervenções diminui, isto pode ser entendido como uma intervenção tendo sido efetiva o suficiente para controle pontual anteriormente, ou piora clínica incompatível com intervenção determinada anteriormente. Um exemplo poderia ser a “assistência no autocuidado”, intervenção que perpassa todas as etapas observadas, mas que é reduzida no PPS de 10%. Isso se dá pois nessa fase não existe mais a possibilidade de realização de atividades de vida diária, como é definida a intervenção pela taxonomia da NIC <sup>(41)</sup>.

Qualquer um dos motivos mencionados anteriormente, mesmo que em menor grau, tornariam difícil para o paciente praticar de maneira eficiente o seu autocuidado. O aumento da necessidade de auxílio em si já indica uma piora do status performance, sendo necessário observar tanto esta necessidade quanto a capacidade de realizar o autocuidado que vai se reduzindo gradativamente<sup>(33)</sup>.

Como mencionado anteriormente, para nortear o Guia se utilizou principalmente as intervenções identificadas na revisão de escopo, pelo entendimento de que estas foram relatadas como sendo realizadas e não contraindicadas nesta fase como algumas das intervenções da análise documental.

Observou-se que apenas um artigo encontrado aponta a relação direta entre as intervenções propostas para essa população com a NIC e as observadas na literatura considerando a Taxonomia <sup>(62)</sup>.

Considerando a revisão de escopo foram identificadas as seguintes intervenções:

- Apoio espiritual
- Assistência no autocuidado
- Controle de dor: aguda
- Controle de energia
- Controle de medicamentos
- Controle de volume de líquidos
- Controle do delírio
- Cuidados com lesões: lesão que não cicatriza
- Cuidados no processo de morrer
- Escuta ativa

- Orientação antecipada
- Assistência ventilatória

Acompanhamento por telefone ainda que tenha sido uma das intervenções identificadas não foi incluída pelo entendimento de que nesta fase ela serve como meio de executar outra intervenção como escuta ativa ou orientação antecipada.

A intervenção de enfermagem que se mostrou presente tanto na revisão de escopo, quanto na pesquisa documental com 100% de concordância sendo, portanto, a principal norteadora do estudo foi “Cuidados no processo de morrer”, por ser a fase que é o foco desta pesquisa, entende-se que todas as intervenções realizadas nesta fase têm como objetivo cuidar do processo de morrer. No entanto esta não é muito específica sobre quais intervenções poderiam ser complementares e seus motivos. O que se sabe é que alguns eventos são característicos desta fase<sup>(4)</sup> e foram observados ao longo da pesquisa.

Atividades que antes faziam parte do cotidiano dos pacientes do estudo, podem se tornar exaustivas, como se barbear, além da falta de energia para realizar atividades que se tem vontade<sup>(68)</sup>. O que explica a presença da intervenção de “controle de energia” nas duas fases da pesquisa. Essa necessidade de administrar a energia, que pode ser entendida como um dos efeitos da fadiga é um dos motivos pelos quais a intervenção de “Assistência no autocuidado” se torna presente em todos os níveis de complexidade esperados neste momento da vida.

Esta intervenção pode ser definida como “auxiliar o outro na realização de atividades de vida diária”<sup>(41)</sup>, que são aquelas relacionadas ao autocuidado como banhar-se, vestir-se, promover higiene, transferir-se da cama para a cadeira, ter continência, capacidade de alimentar-se e deambular<sup>(74)</sup>. Ou seja, esta intervenção inclui principalmente monitorar a capacidade do paciente de autocuidado independente, auxiliar o paciente na aceitação das necessidades de dependência e encorajar o paciente a realizar suas atividades conforme seu nível de capacidade<sup>(41)</sup>.

Logo, a dificuldade está associada então à intervenção de “apoio ao cuidador”, uma intervenção que apesar de não ter sido o foco da revisão pois a proposta era o cuidado direto ao paciente, foi identificada em alguns artigos de maneira direta ou indireta e se mostrou igualmente presente na fase de estudo documental sendo complementar as outras intervenções. Ainda mais, pelo fato de que, à medida que os sinais do final de vida se aproximam esses costumam ter uma grande angústia por não compreender o que está acontecendo, ao mesmo tempo, em que se sentem responsáveis pelo cuidado.

Dessa forma, é importante que o profissional saiba fazer uso de intervenções como a “orientação antecipada” para tranquilizar tanto paciente quanto cuidador sobre o que está acontecendo e o que é esperado. Estudos mostram que quase todos os pacientes oncológicos



gostariam de saber sobre a evolução de sua doença.<sup>(66)</sup> Neste mesmo estudo apenas 57% dos pacientes com câncer avançado possuíam uma documentação formal sobre diretivas antecipadas.

Ainda que informações propriamente sobre o diagnóstico médico relacionados a doença, opções de tratamento e prognóstico sejam responsabilidades do profissional médico, profissionais de enfermagem são essenciais na identificação de possíveis problemas e necessidades presentes e futuras<sup>(66)</sup> assim como na elaboração de diagnósticos de enfermagem. Na realidade é importante que todos os profissionais da equipe compartilhem os mesmos objetivos quando falamos da fase de fim de vida.<sup>(66)</sup>

Em cenário hospitalar, no entanto, esta conversa sobre o final de vida e sobre limitações terapêuticas tende a não acontecer, o que torna os pacientes e seus familiares menos informados sobre o futuro<sup>(75)</sup>. Neste cenário, o local preferido para vir a óbito é desconhecido em 63% dos pacientes, em contraste com os acompanhados por uma equipe de cuidados paliativos em que este número se reduz para 2%<sup>(75)</sup>.

Além disso, escutar também é uma forma de cuidado<sup>(68)</sup>, o que torna a intervenção “escuta ativa” fundamental nesta fase, principalmente por parte dos profissionais e complementar sobre qual intervenção é mais urgente no momento respeitando a individualidade do paciente.

É possível compreender que o profissional de saúde, ainda que tenha um acesso maior ao espaço do corpo do outro<sup>(68)</sup>, na verdade pode estar presente em todos os espaços importantes para elaboração do vínculo. Uma das situações as quais demonstram a importância de saber realizar uma escuta ativa é na identificação da dor espiritual e subsequente intervenção de “apoio espiritual”, pois a menos que seja relatada pelo próprio paciente<sup>(73)</sup> este é um desconforto difícil de ser percebido. Dor espiritual pode ser definida como “Dor causada pela extinção do ser e do significado de si”<sup>(73)</sup>, sendo considerada um dos aspectos da dor total, conceito bastante difundido dentro dos cuidados paliativos<sup>(4)</sup>.

O significado da vida também se mantém ao se permitir falar com os outros sobre questões difíceis e emocionais. Permitir colocar isto em palavras oferece aos pacientes e cuidadores uma nova perspectiva sobre seus problemas<sup>(76)</sup>. É crucial para profissionais, que atuam em Cuidados Paliativos compreender o aspecto da dor espiritual relatada por pacientes e familiares e saber oferecer suporte adequado<sup>(73)</sup>.

Quando fala-se do controle de sintomas físicos em final de vida entra em cena tanto para o paciente quanto para o familiar a importância da intervenção de “controle de medicamentos” para saber quais são os ideais para serem utilizados, ou ao menos que se torne claro o motivo de sua utilização.

Algumas drogas são consideradas, especialmente inapropriadas, para o final de vida, principalmente aquelas que são utilizadas para motivos de prevenção primária e secundária<sup>(67)</sup>. Por exemplo, aquelas que buscam remover causas e fatores de risco para problemas individuais ou coletivos, como imunização fazem parte da prevenção primária<sup>(77)</sup>. Já a prevenção secundária seria aquela que procura detectar um problema de saúde em estágio inicial, muitas vezes em estágio subclínico<sup>(77)</sup>.

Para o indivíduo idoso estas prevenções primárias representariam um risco aumentado de polifarmácia e as investigações realizadas na prevenção secundária aumentariam o risco de subdiagnóstico<sup>(74)</sup> não sendo recomendado. Todas as medicações prescritas precisam ser avaliadas criteriosamente sobre seus riscos e benefícios assim como sua necessidade de manutenção, pois podem estar sendo mantidos por situação que já não é relevante para o momento clínico do paciente.

Sobre as medicações mais utilizadas neste momento em pesquisa realizada por Sourdet, em pacientes na qual a morte era esperada em um período de 6 meses foram prescritos um número maior de laxativos, drogas protetoras do intestino, diuréticos, paracetamol e benzodiazepínicos. Além disso foi percebida a prescrição de opióides de grau 3 e redução no uso de antidepressivos, antipsicóticos e drogas para controle de diabetes e problemas cardiovasculares<sup>(67)</sup>.

Na fase final de vida de pacientes oncológicos é esperada a diminuição de medicamentos prescritos, retirando aqueles que já não modificariam o declínio fisiológico do indivíduo. Pacientes que não são acompanhados por uma equipe de cuidados paliativos tendem a ter menos medicações prescritas para controle da ansiedade, náusea e secreções pulmonares quando comparados a pacientes que recebem o acompanhamento especializado<sup>(75)</sup>. O que pode provavelmente ser um grande motivo de desconforto.

Ainda que a prescrição de fármacos seja uma responsabilidade médica, o profissional de enfermagem tem um papel central no “controle da dor” verificando por exemplo se a orientação foi compreendida e se está sendo executada corretamente pelo paciente ou pelo cuidador quando adequado<sup>(69)</sup>. Além disto, o profissional de enfermagem muitas vezes será o primeiro a identificar a presença deste sintoma e a realizar a primeira intervenção seja ela farmacológica ou não.

O mesmo pode ser dito quando lida-se com *delirium* que é um sintoma comum no final de vida, ocorrendo em aproximadamente 85% dos pacientes<sup>(70)</sup>. Em final de vida também pode ser chamado de “Delirium terminal” sendo causado como resultado de sepse ou falência orgânica nos últimos dias e horas de vida<sup>(71)</sup>. Dessa forma percebe-se a importância da intervenção “controle do delirium”. Dos tipos de delirium o mais comum nesta fase é o chamado delirium hiperativo. Pode-se identificar as causas reversíveis de Delirium através do acrônimo CHIMBOP, que descreve

constipação, hipovolemia/hipoglicemia, infecção, medicações, bexiga (presença de cateter ou obstrução), nível de oxigênio e dor<sup>(78)</sup>.

O Delirium pode ser identificado através da aplicação do Checklist *Nursing Delirium Symptom Checklist (NuDESC)*. Esta escala é dividida em 5 itens: Desorientação, Comportamento inadequado, comunicação inapropriada, alucinações/ilusões, lentidão psicomotora. Cada item varia de pontuação de 0 a 2 e quanto maior a soma dos pontos mais presentes são os sintomas de Delirium<sup>(79)</sup>.

É possível reduzir a incidência de Delirium estando atento a esses sintomas, assim como monitorando frequentemente problemas cognitivos e rotacionando opióides quando suspeita de intoxicação<sup>(80)</sup>. Para controle medicamentoso do delirium hiperativo a droga de escolha segue sendo o Haloperidol tendo logo em seguida a Clorpromazina. Ambas as medicações podem ser feitas por via oral, endovenosa, subcutânea, intramuscular ou por via retal<sup>(70)</sup>.

Importante lembrar que em Cuidados Paliativos quando a via oral não se mostra mais viável a via de escolha passa a ser a via subcutânea através da técnica de Hipodermóclise<sup>(81)</sup>. No entanto, para caso de delirium refratário e que não responda à medicamentos em pacientes em final de vida a equipe pode considerar fazer uso de sedação paliativa, pelos quais delirium habitualmente é o principal motivo<sup>(82)</sup>.

Vale lembrar ainda sobre a infusão e controle de medicamentos e soluções, os quais mesmo muitas vezes “hidratar” o paciente seja visto como um cuidado básico, em pacientes em final de vida existe um grande risco de agravar ascite e/ou ocasionar derrames pleurais<sup>(72)</sup>. Sendo assim é recomendável e comum que, em pacientes em final de vida a infusão de líquidos ou ingesta hídrica seja reduzida<sup>(72)</sup> além da eliminação de líquidos estimulada através do uso de diuréticos<sup>(67)</sup>, por isso o aumento da prescrição destes em final de vida, pois o “controle de volume de líquidos” é necessário.

Outra intervenção que estará frequentemente associada aos controle de medicamentos, principalmente aqueles para controle de dor será a intervenção de “Cuidados com lesões: lesão que não cicatriza”. Ao falar de lesões em pacientes oncológicos em final de vida ou não, é preciso reforçar que lesões oncológicas por exemplo não cicatrizam independente da conduta realizada, sendo possível apenas controlar sintomas frequentes como dor e odor<sup>(83)</sup>.

Já se tratando de lesões oncológicas, essas não cicatrizam na fase de final de vida pois o processo de cicatrização é complexo e improvável neste momento devido à declínios fisiológicos que estejam ocorrendo em paralelo, como desnutrição e imobilidade, que são esperadas no final de vida<sup>(4)</sup>. Além disso, nessa fase a pele e o tecido subjacente entram em falência devido à hipoperfusão que ocorre junto a disfunção severa ou falha de outros sistemas orgânicos<sup>(4)</sup>.

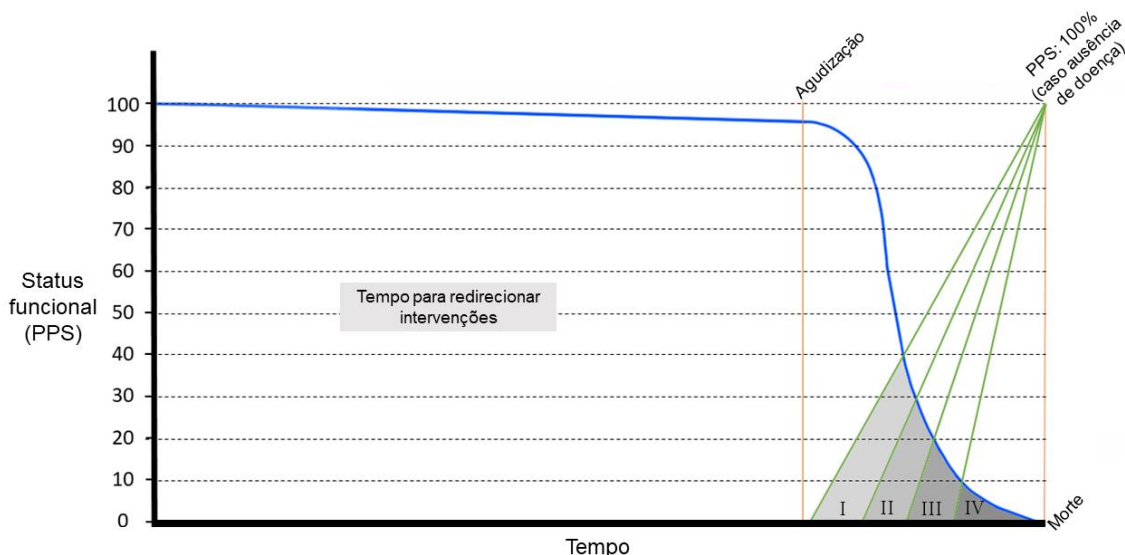
Por esta razão a intervenção de Cuidados com lesões (com objetivo de cicatrização) começa a diminuir à medida que o PPS diminui (Tabela 4), enquanto que “Cuidado com lesões: lesão que não cicatriza” não, pois como ocorre com as lesões oncológicas o foco deixa de ser a cicatrização e passa a ser o controle de sintomas e conforto do paciente<sup>(84)</sup>.

Essas lesões, sem possibilidade de cicatrização, costumam afetar principalmente os familiares/cuidadores por se tratar de uma experiência intensa<sup>(85)</sup>, mas também os profissionais de saúde que muitas vezes não entendem que neste momento o conforto possui preferência sob protocolos e rotinas instituídas para prevenção<sup>(86)</sup>.

Vale relembrar ainda que, apesar de não fazer parte das intervenções identificadas no estudo documental, por terem sido desconsiderados registros de ligações telefônicas, um dos artigos sugere a importância do “acompanhamento por telefone”, tendo sido utilizada como estratégia importante para acompanhamento e eventuais orientações seja para o próprio paciente ou para seus cuidadores<sup>(87)</sup>.

Além disso, intervenções comuns na prática como controle de dispneia e a utilização de sedação paliativa quando necessária acabaram se inserindo dentro de controle de medicamentos por exemplo, uma vez que sua condução se dará por meio farmacológico preferencialmente.

**Figura 5. Representação da relação tempo e redução da funcionalidade em pacientes oncológicos para tomada de decisão sobre intervenções eficientes.**



Contudo, algumas intervenções se complementam quando pensa-se no cenário de fase final de vida, como “orientação antecipada”, “escuta ativa”, “apoio ao cuidador” e “redução da ansiedade”, intervenções que possuem atividades complementares que nesta especialidade

poderiam ser as principais na elaboração das diretivas antecipadas de vontade do indivíduo por exemplo.

Elaborou-se a figura 5 para demonstrar visualmente o intervalo de oportunidade para escolha da melhor intervenção em comparação ao paciente sem evidência de doença e portanto com PPS:100% e a piora clínica do paciente oncológico e sua fase de agudização (que tende ao óbito e portanto PPS:0) se inicia justamente no PPS:40% reafirmando os achados da literatura de que este é o ponto que deve ser considerado urgente para redirecionar a prioridade das intervenções tomadas de curativas para paliativas pois a perda funcional é iminente. Este tempo apesar de não ser descrito em dias ou horas seria relacionado à perda funcional progressiva a depender do histórico clínico do paciente, mas independentemente este tempo tende a se encurtar (I>II>III>IV) oferecendo cada vez menos tempo para determinar as intervenções adequadas. Presumivelmente segundo os dados encontrados no Quadro 7 este período seria inferior à 26 dias.

Como limitação do estudo a o pequeno número de achados na revisão de escopo se deu possivelmente pela baixa adesão por parte dos profissionais tanto na utilização da taxonomia da NIC quanto à escala de PPS, ainda que tenha sido possível realizar o mapeamento. Com relação à pesquisa documental o baixo número de profissionais de enfermagem também precisa ser considerado pois ainda que as intervenções sejam consideradas interdependentes talvez surgissem outras intervenções na presença de outros profissionais de Enfermagem.

## 7. CONCLUSÃO

Os pacientes idosos com doença oncológica em fase final de vida necessitam de intervenções complexas que possuem respaldo na literatura e na prática clínica.

A assistência desses pacientes e a compreensão quanto a particularidade destas intervenções e suas nuances fazem com que este paciente seja considerado de alta complexidade. Não pela necessidade de intervenções cada vez mais “complicadas/trabalhosas”, mas sim muitas vezes pela necessidade de elaboração de raciocínio clínico para determinar qual intervenção ainda pode vir a trazer benefício para o indivíduo.

Várias intervenções segundo a NIC podem e devem ser associadas e alinhadas aos conceitos de cuidados paliativos, como por exemplo “escuta ativa”, “orientação antecipada” e “apoio ao cuidador” que em conjunto e observando suas descrições e atividades sugeridas poderiam ser combinadas para elaboração de diretivas antecipadas de vontade e/ou organização de conferências familiares, além de controle de dispneia, ou talvez ainda coubesse uma intervenção específica como cuidados de fim de vida. Etapas importantes de um cuidado paliativos adequado.

Com este trabalho foi possível identificar não somente quais são as principais intervenções para a fase da terminalidade do paciente idoso com doença oncológica, mas também quando algumas intervenções deixam de ser relevantes, e com base na aplicação da escala de PPS isso se torna mais palpável, algo que não está bem descrito na literatura.

A principal conclusão deste estudo foi que é possível fazer um cruzamento de intervenções descritas tanto na literatura através de revisão de escopo, quanto na prática descrita por profissionais através do estudo documental o que associado através do mapeamento cruzado com a taxonomia da NIC e a escala de PPS tornou possível determinar quais intervenções são mais necessárias.

Foi possível elaborar um guia baseado em evidências, que pode ser consultado em campo prático e possui grande potencial de adesão por parte dos profissionais, algo desejável para avaliar o impacto do produto desenvolvido no futuro.

**REFERÊNCIAS**

1. Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP SB de G e G-S. O QUE SÃO CUIDADOS PALIATIVOS? 2015;1-3.
2. Almeida AR, Santana RF, Brandão MAG. Compromised end-of-life syndrome: Concept development from the condition of adults and older adults in palliative care. *Int J Nurs Knowl*. 2021;(June):1-8.
3. Passarelles DM do A, Rios AA, Santana RF. Nursing diagnoses in oncology palliative care: Integrative review. *Enferm Glob*. 2019;18(3):579-89.
4. Tavares de Carvalho R, Afonseca Parsons H. Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado 2a edição. Acad Nac Cuid Paliativos. 2013;
5. Sarah M, Line D. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. *The Economist*. 2015.
6. Ferreira JMG, Nascimento JL, Sá FC de. Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia. *Rev Bras Educ Med*. 2018;42(3):87-96.
7. Kalache A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. Alexandre. *Cad Saude Publica*. 1987;3(3):217-20.
8. Connor SR. Global atlas of palliative care. 2nd Editio. *European Journal of Palliative Care*. WHO; 2020. 120 p.
9. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução No 41, De 31 De Outubro De 2018. *Diário Of da União*. 2018;seção 1(225):276.
10. World Health Organization. Definition of Palliative Care [Internet]. 2002 [citado 1 de dezembro de 2019]. Available at: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
11. Radbruch L, De Lima L, Knaut F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60(4):754-64.
12. IAHPC Global Project. Definição de Cuidados Paliativos (Brazilian Portuguese) [Internet]. 2020. Available at: [https://hospicecare.com/uploads/2019/2/Palliative\\_care\\_definition\\_-\\_Portuguese\\_\(Brazilian\).pdf](https://hospicecare.com/uploads/2019/2/Palliative_care_definition_-_Portuguese_(Brazilian).pdf)
13. de Carvalho KK, Lunardi VL, da Silva PA, Vasques TCS, Amestoy SC. Educational process in palliative care and the thought reform. *Investig y Educ en Enferm*. 2017;35(1):17-25.
14. Almeida AR. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SÍNDROME DE TERMINALIDADE: VALIDAÇÃO CLÍNICA EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS. 2019.
15. Pesut B, Greig M. Resources for Educating, Training, and Mentoring Nurses and Unregulated Nursing Care Providers in Palliative Care: A Review and Expert Consultation. *J Palliat Med*. 2017;21(S1):S-50-S-56.
16. Vasques TCS, Lunardi VL, Silva PA da, Carvalho KK de, Lunardi Filho WD, Barros E JL. Perception of Nursing Professionals About Patient Care of the Terminally Ill in the Hospital Environment. *Texto Context - Enferm*. 2016;25(3):1-7.

17. Machado JC, Reis HFT, Sena EL da S, Silva RS da, Boery RNS de O, Vilela ABA. O fenômeno da conspiração do silêncio em pacientes em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Enfermería actual en Costa Rica*. 2018;18(36).
18. COFEN. RESOLUÇÃO COFEN no 358/2009. 2009.
19. NANDA-I. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e classificação 2018-2020. 11o ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
20. Bulechek GM, Butcher HK DJ. Classificação Das Intervenções De Enfermagem (Nic). Elsevier; 2016.
21. da Silva NV de N, Pontes CM, de Sousa NFC, de Vasconcelos MGL. Tecnologias em saúde e suas contribuições para a promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. *Cienc e Saude Coletiva*. 2019;24(2):589–602.
22. Schag CC, Heinrich RL, Ganz PA. Karnofsky performance status revisited: Reliability, validity, and guidelines. *J Clin Oncol*. 1984;2(3):187–93.
23. Menezes MB de, Selli L, Alves J de S. Dysthanasia: nursing professionals' perception. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009;17(4):443–8.
24. May P, Normand C, Cassel JB, Del Fabbro E, Fine RL, Menz R, et al. Economics of palliative care for hospitalized adults with serious illness: A meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2018;178(6):820–9.
25. De Domenico EBL, Ide CA. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2003;11(1):115–8.
26. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice (English Edition)*. 4o ed. Wolters Kluwer Health; 2018.
27. Kovács MJ. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. Paid (Ribeirão Preto). 2008;18(41):457–68.
28. Ariès P. *História da Morte no Ocidente*. Nova Fronteira. Nova Fronteira; 2017. 296 p.
29. Oliveira SG, Quintana AM, Bertolino KCO. Reflexões acerca da morte: um desafio para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(6):1077–80.
30. Saúde M da. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília; 2011. 160 p.
31. Baines M. From pioneer days to implementation: Lessons to be learnt. *Eur J Palliat Care*. 2011;18(5):223–7.
32. SBGG-ANCP. *Vamos falar de Cuidados Paliativos*. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2014. 24 p.
33. Baik D, Russell D, Jordan L, Dooley F, Bowles KH, Masterson Creber RM. Using the palliative performance scale to estimate survival for patients at the end of life: A systematic review of the literature. *J Palliat Med*. 2018;21(11):1651–61.
34. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet*. 2018;391(10128):1391–454.
35. Weng L-C, Hsiu-Li-Huang, Wilkie DJ, Hoenig NA, Suarez ML, Marschke M, et al.



- Predicting Survival with the Palliative Performance Scale in a Minority-Serving Hospice and Palliative Care Program. *Bone*. 2009;37(1):1–13.
36. Weber ML, Vendruscolo C, Adamy EK, Lorenzon TLN, Ferraz L, Zanatta EA. Prática de enfermagem baseada em evidências e suas implicações no cuidado: uma revisão integrativa. *Rev Enferm Atual Derme*. 2019;90(28):1–9.
  37. Schneider LR, Pereira RPG, Ferraz L. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*. 2018;42(118):594–605.
  38. Michelin VC de A, Spiri WC. JOURNAL CLUB ESTRATÉGIA DE ENSINO E APRENDIZAGEM PARA DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIA. *Rev Pesqui Qual*. 2020;8(16):105–17.
  39. COREN-SP. GUIA PARA CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM. Aging. São Paulo; 2015. 50 p.
  40. Rangel FS, Delcarro JCS, Oliveira LG de. Como se faz? Guia didático. 2019. p. 12.
  41. Bulechek Gloria M., Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM, organizadores. NIC CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM. 7a edição. Elsevier; 2020.
  42. De Assis MN, De Andrade ACR, Rogenski KE, Castilho V, Fugulin FMT. Nursing interventions in pediatric care: A contribution to measuring workload. *Rev da Esc Enferm*. 2015;49(SpecialIssue2):81–7.
  43. Alves VC, de Freitas WCJ, Ramos JS, Chagas SRG, Azevedo C, Mata LRF da. Actions of the fall prevention protocol: Mapping with the classification of nursing interventions. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25.
  44. Azevedo C, Ferreira da Mata LR, Costa Faleiro J, Aparecida Ferreira M, Pedroso de Oliveira S, Campos de Carvalho E. Classificação De Intervenções De Enfermagem Para Planejamento De Alta Médica a Pacientes Com Estomias Intestinais. *J Nurs UFPE / Rev Enferm UFPE*. 2016;10(2):531–8.
  45. Lucena A de F, Barros ALBL de. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(1):82–8.
  46. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O’Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467–73.
  47. Presidência da R. DECRETO No 4.682, DE 24 DE JANEIRO DE 1923. 1923.
  48. Suplementar AN de S. Histórico [Internet]. 2020 [citado 26 de janeiro de 2020]. Available at: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>
  49. República P da. LEI No 9.961 DE 28 DE JANEIRO DE 2000. [Internet]. 2000 [citado 27 de janeiro de 2020]. p. 1–14. Available at: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm)
  50. A Saúde Suplementar e o envelhecimento após 19 anos de regulação: onde estamos? *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2017;20(5):625–34.
  51. Suplementar AN de S. Quem somos [Internet]. 2020 [citado 27 de janeiro de 2020]. Available at: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos>

52. República P da. LEI No 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998. [Internet]. 1998 [citado 27 de janeiro de 2020]. p. 1–27. Available at: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm)
53. CABERJ. Nossa história [Internet]. 2020 [citado 27 de janeiro de 2020]. p. 1–3. Available at: <https://www.caberj.com.br/sobre/historia/>
54. Cruz RC da. Projeto de estruturação do Cuidado Paliativo no grupo CABERJ. 2019. p. 34.
55. Porter ME, Teisberg EO. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman; 2007.
56. Temido M, Dussault G. Papéis profissionais de médicos e enfermeiros em Portugal: Limites normativos à mudança. *Rev Port Saude Publica*. 2014;32(1):45–54.
57. Fleiss JL. Measuring nominal scale agreement among many raters. *Psychol Bull*. 1971;76(5):378–82.
58. Gwet K. Kappa Statistic is not satisfactory for assessing the extent of agreement between raters. *Stat Methods Inter-Rater Reliab Assessmen*. 2002;(1):1–5.
59. Gwet KL. Computing inter-rater reliability and its variance in the presence of high agreement. *Br J Math Stat Psychol*. 2008;61(1):29–48.
60. Silva TG da, Santana RF, Souza PA de. Intervenções de Enfermagem para idosos que envelheceram em instituições psiquiátricas: mapeamento cruzado. *Rev Eletrônica Enferm*. 2016;18(1):1–13.
61. Saúde CN de. RESOLUÇÃO No 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. 466 2012 p. 1–25.
62. Silva DES da, Pacheco PQC, Souza SR de. PALLIATIVE CARE AND ITS RELATIONSHIP WITH THE NURSING DIAGNOSES OF NANDA-I AND NIC TAXONOMIES. *Cuid é Fundam*. 2020;jan/dez(12):282–91.
63. Addington-Hall J, Altmann D. Which terminally ill cancer patients in the United Kingdom receive care from community specialist palliative care nurses? *J Adv Nurs*. 2000;32(4):799–806.
64. Humphreys J, Harman S. Late referral to palliative care consultation service: Length of stay and in-hospital mortality outcomes. *J Community Support Oncol*. 2014;12(4):129–36.
65. Baek YJ, Shin DW, Choi JY, Kang J, Mo HN, Kim YH, et al. Late referral to palliative care services in Korea. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(4):692–9.
66. Martinsson L, Heedman P, Eriksson M, Tavelin B, Axelsson B. Increasing the number of patients receiving information about transition to end-of-life care : the effect of a half-day physician and nurse training. *BMJ Support Palliat Care*. 2015;1–7.
67. Sourdet S, Rochette C, De Souto Barreto P, Nourhashemi F, Piau A, Vellas B, et al. Drug Prescriptions in Nursing Home Residents during their Last 6 Months of Life: Data from the IQUARE Study. *J Nutr Heal Aging*. 2018;22(8):904–10.
68. P.Y. R. Approaching death: a phenomenologic study of five older adults with advanced cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2005;32(6):1101–8.
69. Boström B, Hinic H, Lundberg D, Fridlund B. Pain and health-related quality of life among

- cancer patients in final stage of life: A comparison between two palliative care teams. *J Nurs Manag.* 2003;11(3):189–96.
70. Bobb B. Dyspnea and Delirium at the End of Life. *Clin J Oncol Nurs.* 2016;20(3).
  71. Breitbart W. Agitation and Delirium at the End of Life “ We Couldn ’ t Manage Him ”. *JAMA.* 2014;
  72. Igarashi A, Morita T, Miyashita M, Kiyohara E, Inoue S. Changes in medical and nursing care after admission to palliative care units: A potential method for improving regional palliative care. *Support Care Cancer.* 2010;18(9):1107–13.
  73. Tamura K, Ichihara K, Maetaki E, Takayama K, Tanisawa K, Ikenaga M. Development of a spiritual pain assessment sheet for terminal cancer patients: targeting terminal cancer patients admitted to palliative care units in Japan. *Palliat Support Care.* 2006;4(2):179–88.
  74. Freitas EV, Py L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia- 4 Ed* 2016. 2016.
  75. Elmstedt S, Mogensen H, Hallmans DE, Tavelin B, Lundström S, Lindskog M. Cancer patients hospitalised in the last week of life risk insufficient care quality—a population-based study from the Swedish Register of Palliative Care. *Acta Oncol (Madr).* 2019;58(4):432–8.
  76. Olsson L, Östlund G, Strang P, Grassman EJ, Friedrichsen M. Maintaining hope when close to death: Insight from cancer patients in palliative home care. *Int J Palliat Nurs.* 2010;16(12):607–12.
  77. Saúde M da. *Cadernos de Atenção Primária Rastreamento. Vol. II, Biomass to Renewable Energy Processes, Second Edition.* 2013. 1–437 p.
  78. Breitbart W, Alici Y. Evidence-based treatment of delirium in patients with cancer. *J Clin Oncol.* 2012;30(11):1206–14.
  79. Maeda I, Ogawa A, Yoshiuchi K, Akechi T, Morita T, Oyamada S, et al. Safety and effectiveness of antipsychotic medication for delirium in patients with advanced cancer: A large-scale multicenter prospective observational study in real-world palliative care settings. *Gen Hosp Psychiatry.* 2020;67(July):35–41.
  80. Fainsinger RL, De Moissac D, Mancini I, Oneschuk D. Sedation for delirium and other symptoms in terminally ill patients in Edmonton. *J Palliat Care.* 2000;16(2):5–10.
  81. SBGG. *O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos / organização Daniel Lima Azevedo. – 2a edição – Rio de Janeiro: SBGG, 2017. 60p. Sbgg.* 2017;2:60.
  82. Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, Derni S, Fabbri L, Martini F, et al. Palliative sedation in end-of-life care and survival: A systematic review. *J Clin Oncol.* 2012;30(12):1378–83.
  83. Ministério da Saúde; INCA. *Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado.* 2009. 1–46 p.
  84. Franck EM. *Alterações De Pele Em Pacientes Em Cuidados Paliativos Na Terminalidade Da Doença E Final Da Vida: Coorte Prospectiva.* Universidade de São Paulo; 2016.
  85. Romero-Collado A, Homs-Romero E. Atención integral a un varón con una úlcera neoplásica, que no va a cicatrizar, en el ámbito de la atención primaria de la salud: caso clínico. *Med Paliativa.* 2016;23(3):153–8.
  86. Cordeiro FR, Tristão F, Zillmer J, Padilha MAS, Fonseca ACF da, Pellegrini V. *Avaliação*

e cuidados com a pele no final da vida. *Evidentia - Rev Enferm en la Evid.* 2019;16:1–6.

87. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Bakitas M. Effects of a Palliative Care Intervention on Clinical Outcomes in Patients With Advanced Cancer. *JAMA J Am Med Assoc.* 2009;302(7):741–9.

**APÊNDICE A**  
**INSTRUMENTO DA REVISÃO DE ESCOPO**

<b>Autores/ano</b>	<b>Periódico/país</b>	<b>Método</b>	<b>Intervenções de enfermagem segundo taxonomia da NIC</b>

**APÊNDICE B****CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS PERTINENTES À REVISÃO DE ESCOPO**

<b>Autores/ano</b>	<b>Intervenção de enfermagem nos estudos</b>	<b>Intervenções de enfermagem e definições conforme semântica da taxonomia da NIC</b>	<b>Desfechos dos estudos</b>




**APÊNDICE D****Termo de Instituição Coparticipante**

Declaramos que esta Instituição tem interesse em participar do projeto: "**Validação das intervenções de enfermagem do diagnóstico "Síndrome da terminalidade"**", proposto pela pesquisadora **Rosimere Ferreira Santana**, autorizando a sua execução.

Declaramos ainda, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição coparticipante e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes do projeto de pesquisa nela recrutados dispondo da infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esta autorização está condicionada à aprovação final da proposta pelo (s) Comitê (s) de Ética em Pesquisa responsável (is) por sua avaliação.

Data 11/06/2020

  
\_\_\_\_\_  
Data, Assinatura e carimbo do responsável Institucional

Sandro Tadeu Macado  
CRM 52.59045-4  
Diretor Médico  
Grupo CABERJ



## APÊNDICE E

### Solicitação de Isenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pacientes

**Referência:** Recomendações de intervenções de enfermagem no cuidado à terminalidade: Prática baseada em evidência.

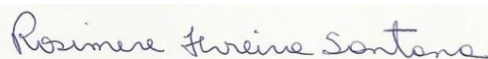
**Pesquisador Responsável:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosimere Ferreira Santana, Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>a</sup>. Thalita Gomes do Carmo e Mestrando de enfermagem Daniel Espirito Santo da Silva –<sup>[1]</sup><sub>SEP</sub> Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP):

Venho por meio deste documento solicitar a dispensa de obtenção de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o estudo intitulado Recomendações de intervenções de enfermagem no cuidado à terminalidade: Prática baseada em evidência proposto por Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosimere Ferreira Santana, Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>a</sup>. Thalita Gomes do Carmo e Mestrando de enfermagem Daniel Espirito Santo da Silva.

A dispensa do uso de TCLE se fundamenta: **i)** por ser um estudo retrospectivo, que empregará apenas informações de prontuários médicos, sistemas de informação institucionais e/ou demais fontes de dados e informações clínicas disponíveis na instituição sem previsão de utilização de material biológico; **ii)** porque todos os dados serão manejados e analisados de forma anônima, sem identificação nominal dos participantes de pesquisa; **iii)** porque os resultados decorrentes do estudo serão apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação individual dos participantes; **iv)** porque se trata de um estudo não intervencionista (sem intervenções clínicas) e sem alterações/influências na rotina/tratamento do participante de pesquisa, e consequentemente sem adição de riscos ou prejuízos ao bem-estar dos mesmos, e **v)** por se tratar de um tema sensível, que é a terminalidade, podendo prejudicar vínculos e causar angústia entre pesquisadores e participantes.

O investigador principal e demais colaboradores envolvidos no estudo acima se comprometem, individual e coletivamente, a utilizar os dados provenientes deste, apenas para os fins descritos e a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Res. CNS No 466/12, e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados.

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2020.



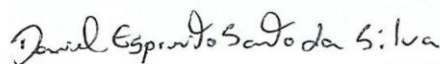

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosimere Ferreira Santana




---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Thalita Gomes do Carmo




---

Mestrando de Enfermagem Daniel Espirito Santo da Silva

**ANEXO A**  
**PRISMA SCR CHECKLIST**

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
<b>TITLE</b>			
Title	1	Identify the report as a scoping review.	1
<b>ABSTRACT</b>			
Structured summary	2	Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives.	31
<b>INTRODUCTION</b>			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach.	31
Objectives	4	Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives.	32
<b>METHODS</b>			
Protocol and registration	5	Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number.	31
Eligibility criteria	6	Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale.	32
Information sources*	7	Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed.	33
Search	8	Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated.	34

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
Selection of sources of evidence†	9	State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included in the scoping review.	32
Data charting process‡	10	Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	36
Data items	11	List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made.	32
Critical appraisal of individual sources of evidence§	12	If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate).	<a href="#">Click here to enter text.</a>
Synthesis of results	13	Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted.	35
<b>RESULTS</b>			
Selection of sources of evidence	14	Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram.	44
Characteristics of sources of evidence	15	For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations.	46
Critical appraisal within sources of evidence	16	If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12).	<a href="#">Click here to enter text.</a>
Results of individual sources of evidence	17	For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives.	47
Synthesis of results	18	Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives.	50
<b>DISCUSSION</b>			
Summary of evidence	19	Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and consider the relevance to key groups.	50

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
Limitations	20	Discuss the limitations of the scoping review process.	50
Conclusions	21	Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps.	71
<b>FUNDING</b>			
Funding	22	Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the scoping review. Describe the role of the funders of the scoping review.	31

**ANEXO B****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

UNIVERSIDADE JOSÉ  
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Validação das Intervenções de enfermagem do diagnóstico "Síndrome da terminalidade"

**Pesquisador:** Rosimere Ferreira Santana

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 41131920.0.0000.5143

**Instituição Proponente:** Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.698.744

**Apresentação do Projeto:**

**Desenho:**

Estudo descritivo, documental, retrospectivo, de mapeamento cruzado.

**Resumo:**

**Introdução:** O presente estudo trata da determinação das melhores intervenções de enfermagem no momento da terminalidade. Saber como intervir corretamente nestas situações é o que faria a diferença neste quadro complexo potencializando um final de vida com conforto e dignidade ao ser cuidado. **Objetivo Geral:** Identificar a existência das intervenções e/ou atividades de enfermagem mais adequadas para o diagnóstico de Síndrome da terminalidade.

**Objetivos Específicos:** Relacionar as intervenções mais utilizadas na prática assistencial através de investigação em prontuário com aquelas descritas na literatura. **Método:** Estudo de validação diagnóstica dividida em três fases, Revisão de escopo, Revisão Sistemática e Mapeamento Cruzado de maneira retrospectiva com base em dados secundários obtidos em prontuários entre julho de 2019 à dezembro de 2020 que integrem o programa de Cuidados Paliativos da Caixa de Assistência à Saúde e que pertencem a mesma instituição. **Resultados Esperados:** Presume-se que os dados desta pesquisa demonstrem uma relação significativa entre

**Endereço:** Rodovia MG 179 km 0

**Bairro:** Campus Universitário

**CEP:** 37.130-000

**UF:** MG

**Município:** ALFENAS

**Telefone:** (35)3299-3137

**Fax:** (35)3299-3137

**E-mail:** comitedeetica@unifenas.br