

Validação de instrumento sobre o saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea

Temática: cuidado crônico.

Contribuição científica para a disciplina: espera-se que o instrumento possa contribuir para o ensino e para a pesquisa, bem como facilitar o processo de trabalho da prática diária e fornecer uma direção mais consistente para os registros de Enfermagem. Outrossim, é indispensável a continuidade de pesquisas nessa área, a fim de identificar as especificidades do saber e do fazer na Enfermagem, e, desse modo, diminuir as lacunas na educação em Enfermagem, sobretudo na área de cuidados paliativos.

RESUMO

Objetivo: apresentar o processo de construção e validação de um instrumento para avaliar o saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea. **Materiais e método:** estudo metodológico, quantitativo, com aplicação da técnica Delphi, realizada em duas etapas. A primeira realizada com 30 juízes; a segunda, com 17. Para a análise, utilizaram-se o coeficiente de Lambda 2 Guttman, o índice Kappa e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). **Resultados:** dos 112 itens do instrumento original, 28 foram excluídos, pois os percentuais de Lambda 2 Guttman, o Kappa e o IVC apresentaram escores menores do que o aceitável; desse modo, a segunda versão do instrumento resultou em 84 itens, o qual apresentou aceitação em 100 % na fase Delphi 2. **Conclusões:** a partir da avaliação dos juízes, foi definida uma versão do instrumento com índice de concordância e validade de conteúdo adequados, que poderá contribuir para a avaliação do saber e do fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea.

PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DECS)

Validação; estudos de validação; cuidados paliativos; úlcera cutânea; neoplasias.

DOI: 10.5294/aqui.2020.20.1.2

Para citar este artigo / Para citar este artículo / To reference this article

Agra G, Formiga NS, Oliveira SHS, Sousa ATO, Soares MJGO, Lopes MM. Instrument Validation on Nurses' Knowledge and Practice in Palliative Care for People with Cutaneous Malignant Tumor Wound. *Aquichan* 2020;20(1):e2012. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.1.2>

1 ✉ <https://orcid.org/0000-0002-7628-9029>. Unidade Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande, Brasil. glenda.agra@ufcg.edu.br

2 <https://orcid.org/0000-0003-4907-9736>. Universidade Potiguar, Brasil.

3 <https://orcid.org/0000-0002-9556-1403>. Universidade Federal da Paraíba, Brasil.

4 <https://orcid.org/0000-0002-1683-2851>. Universidade Federal de Campina Grande, Brasil.

5 <https://orcid.org/0000-0001-8025-9802>. Universidade Federal da Paraíba, Brasil.

6 <https://orcid.org/0000-0002-1910-3486>. Universidade Federal da Paraíba, Brasil.

Recebido: 22/05/2019
Submetido: 24/06/2019
Aceito por pares: 25/08/2019
Aceito: 24/09/2019

Validación de instrumento sobre el saber y el quehacer de enfermeros en los cuidados paliativos hacia la persona con herida tumoral maligna cutánea

RESUMEN

Objetivo: presentar el proceso de construcción y validación de un instrumento para evaluar el saber y el quehacer de enfermeros en los cuidados paliativos hacia la persona con herida tumoral maligna cutánea. **Materiales y método:** estudio metodológico, cuantitativo, con aplicación de la técnica Delphi, realizada en dos etapas. La primera se realizó con 30 jueces y la segunda, con 17. Para el análisis, se emplearon coeficiente de Lambda 2 Guttman, índice Kappa y Índice de Validez de Contenido (IVC). **Resultados:** de los 112 ítems del instrumento original, 28 fueron excluidos, pues los porcentuales de Lambda 2 Guttman, el Kappa y el IVC presentaron indicadores menores que el aceptable; así, la segunda versión del instrumento resultó en 84 ítems, lo que presentó aceptación en 100 % en la fase Delphi 2. **Conclusiones:** a partir de la evaluación de los jueces, se definió una versión del instrumento con índice de concordancia y validez de contenido adecuados, que podrá aportar a la evaluación del saber y del quehacer de enfermeros en los cuidados paliativos hacia la persona con herida tumoral maligna cutánea.

PALABRAS CLAVE (FUENTE: DECS)

Validación; estudios de validación; cuidados paliativos; úlcera cutánea; neoplasias.

Instrument Validation on Nurses' Knowledge and Practice in Palliative Care for People with Cutaneous Malignant Tumor Wound

ABSTRACT

Objective: to present the construction and validation process of an instrument to evaluate the knowledge and practice of nurses in palliative care toward the person with cutaneous malignant tumor wound. **Materials and Methods:** methodological, quantitative study with applying the Delphi technique, conducted in two stages. The first was carried out with 30 judges and the second with 17. The analysis used the Lambda 2 Guttman coefficient, Kappa index, and Content Validity Index (CVI). **Results:** of the 112 items of the original instrument, 28 were excluded, given that the percentiles of Lambda 2 Guttman, Kappa, and CVI had indicators lower than acceptable; thus, the second version of the instrument resulted with 84 items, which presented 100 % acceptance in the Delphi 2 phase. **Conclusions:** from the evaluation by the judges, a version of the instrument was defined with adequate content validity and concordance indices, which could contribute to the evaluation of knowledge and practice of nurses in palliative care toward the person with cutaneous malignant tumor wound.

KEYWORDS (SOURCE: DECS)

Validation; validation studies; palliative care; skin ulcer; neoplasm.

Introdução

As feridas tumorais malignas são infiltrações cutâneas de células cancerígenas, que se desenvolvem em decorrência do crescimento de um tumor primário de pele ou de metástases de qualquer tumor maligno (1). A prevalência dessas lesões não é bem documentada, mas se estima, a partir de estudos internacionais, que de 5 a 15 % das pessoas com câncer desenvolvem feridas malignas (2-4).

As feridas tumorais malignas cutâneas constituem um agravo na vida da pessoa com câncer, porquanto, progressivamente, desfiguram o corpo, tornando-se friáveis, dolorosas, exsudativas e fétidas. Ainda, apresentam efeitos psicológicos e sociais que podem interferir nas relações interpessoais, uma vez que a pessoa apresenta sentimentos de rejeição, isolamento social, ansiedade, tristeza e solidão (1-2). Além disso, essas feridas remetem à pessoa uma constante lembrança visível da sua enfermidade incurável, do mau prognóstico e, na maioria das vezes, da condição inevitável da morte que se aproxima; este último sentimento percebido no seu discurso, durante o entorno relacional do tratamento. Ante tal situação, a pessoa necessita de cuidados paliativos para o controle dos sinais e sintomas dessas lesões.

A atenção em saúde das pessoas com esse tipo de ferida exige cuidados paliativos sistematizados, prestados pela equipe multiprofissional e orientados por protocolos assistenciais, disponibilidade de recursos materiais e produtos farmacológicos, articulação entre os níveis de complexidade da assistência, bem como participação efetiva da pessoa com a ferida, dos familiares e dos cuidadores (1-3).

O tratamento das feridas tumorais malignas cutâneas é complexo, pois exige avaliação de etiologia oncológica, da lesão, da pessoa nas suas dimensões biopsicossocial e espiritual, da condição econômica da família, do controle dos sinais e sintomas, bem como planejamento e orientações dos cuidados a serem executados pela própria pessoa e pela família em seu domicílio, uma vez que a cura da doença e a cicatrização da ferida já não são mais possíveis (1-4).

O enfermeiro é o membro da equipe de saúde que avalia e gerencia o manejo clínico de feridas e realiza curativos, por isso cabe a ele desenvolver competências e habilidades que lhe permitam conhecer e identificar características individuais e/ou sociais de pessoas com feridas tumorais, além de implementar ações es-

pecíficas às necessidades identificadas. Nesse sentido, realizar curativos funcionais, estéticos e confortáveis é um desafio para o profissional, que pode contribuir, a partir do cuidado prestado, para uma apresentação mais aceitável da pessoa em relação à sua imagem social.

Portanto, é importante validar instrumentos de medida baseados em situações de realidade e que reproduzam a rotina das atividades do enfermeiro na vida profissional, fundamentados em estudos científicos e que contemplem a sistematização da assistência, a fim de homogeneizar e assegurar condutas eficientes no ensino, na pesquisa e na prática clínica (5). Nessa perspectiva, vale ressaltar estudo de validação realizado com 78 enfermeiros da Atenção Básica do município de João Pessoa, Paraíba, Brasil, cujos resultados não só contribuíram para explicar como se aplicaram os conhecimentos teóricos e práticos no cuidado voltado para pessoas com feridas, com base na educação e na gestão para a saúde, como também garantiram a organização teórico-empírica na proposta de uma medida capaz de avaliar o saber e o fazer do enfermeiro em relação à pessoa com úlcera venosa (6).

Diante desse cenário, este estudo objetivou apresentar o processo de construção e validação de um instrumento direcionado aos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo metodológico que apresenta a construção e validade de conteúdo e concordância de um instrumento de coleta de dados, em duas etapas, realizadas no período de janeiro a julho de 2017. A coleta de dados iniciou-se em março de 2017, quando do início da primeira avaliação Delphi, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, Protocolo 031/2017, e a emissão do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (Caae) 64122116.1.0000.5188, e seguiu até julho de 2017, época da conclusão da segunda avaliação Delphi, segundo as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil para pesquisas que envolvem seres humanos.

Primeira etapa — construção do instrumento

O procedimento teórico do processo de desenvolvimento do instrumento envolveu uma busca dos itens representativos

do constructo em investigação, mediante uma revisão do Manual do Instituto Nacional do Câncer de Tratamento e Controle de Ferida Tumoral e Úlceras por Pressão no Câncer Avançado (7) e da construção de uma revisão integrativa da literatura em artigos científicos (8).

Desse processo de análise da literatura, foi construído um instrumento que apresenta 112 itens, com o objetivo de avaliar o saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea. O instrumento é composto por cinco categorias: 1) avaliação da lesão e das necessidades da pessoa com ferida tumoral maligna cutânea; 2) cuidados básicos realizados com a ferida tumoral maligna cutânea; 3) cuidados específicos realizados com a ferida tumoral maligna cutânea (essa categoria subdivide-se em oito subcategorias, relacionadas ao controle dos sinais e sintomas: a) controle da dor, b) do exsudato, c) do prurido, d) da necrose, e) da fístula, f) do sangramento, g) do odor e h) da infestação por miíases); 4) registros das ações de Enfermagem e 5) orientações para a alta hospitalar.

Segunda etapa — validação do conteúdo do instrumento

Escolha da técnica de validação

A técnica Delphi é uma estratégia metodológica que visa obter um máximo de consenso de um grupo de especialistas sobre um determinado tema, quando a unanimidade de opinião não existe em virtude da falta de evidências científicas ou quando há informações contraditórias (9). A técnica apresenta algumas vantagens: viabilidade econômica, possibilidade de reunir a opinião de profissionais qualificados, participação de juízes de localidades geográficas diferentes, eliminação de vieses inerentes a encontros presenciais (10). Por tais motivos, tem sido amplamente utilizada na pesquisa em saúde (5, 10).

Seleção dos juízes

A validação de conteúdo pressupõe um julgamento subjetivo sobre se uma medida faz sentido intuitivamente e se refere ao grau em que um instrumento representa um domínio ou a relevância de seus itens. Para o quantitativo dos juízes, é recomendado de 6 a 20 sujeitos (11). Para a seleção dos juízes, foi utilizada a amostragem por conveniência do tipo bola de neve, que possibilita a definição de pessoas com características comuns ao interesse

da pesquisa. É solicitado aos primeiros membros da amostra que indiquem outras pessoas que atendam aos critérios para a composição da amostra da pesquisa (12).

Foram convidados 57 profissionais com base no atendimento aos seguintes critérios de inclusão: enfermeiros com nacionalidade brasileira; doutores e mestres com atuação em ensino e pesquisa, e especialistas em Dermatologia/Estomaterapia, com experiência prática.

Os enfermeiros selecionados foram contatados por correio eletrônico e convidados a participar como juízes da pesquisa, por meio de uma carta convite, que continha os objetivos e a metodologia do estudo, o instrumento a ser validado e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual contava com o prazo de 30 dias para sua devolução.

Em relação ao cálculo da amostra, utilizou-se o pacote estatístico G*Power 3.1 para verificar a significância da amostra para o estudo pretendido. Esse *software* destina-se ao cálculo do poder estatístico, que tem como base verificar não apenas o “n” necessário para o tipo de pesquisa, mas também o tipo de cálculo a ser realizado (13). Assim, considerou-se uma probabilidade de 95 % ($p < 0,05$), magnitude do efeito amostral ($r \geq 0,25$) e padrão de poder hipotético ($\pi \geq 0,80$). Gerado o cálculo amostral com base nesses critérios, a amostra de 30 sujeitos revelou-se suficiente para o que se pretendia realizar, com indicadores: $r \geq 1,98$; $\pi \geq 0,98$; $p < 0,05$.

No que diz respeito à normalidade da amostra, realizou-se o cálculo de Shapiro-Wilk (S-W), que é adequado quando o tamanho da amostra é menor que 50 sujeitos, bem como não exige que os parâmetros da distribuição sejam especificados (14-15).

O formulário enviado aos juízes era composto por duas partes: a primeira direcionada à caracterização dos participantes do estudo, com questões sobre sexo, idade, qualificação profissional, área de atuação e local de trabalho; a segunda parte referiu-se à apresentação do instrumento estruturado com 112 itens e às instruções para o seu preenchimento.

Análise de concordância

Os juízes foram solicitados a avaliar a adequação em relação à clareza e pertinência dos itens, os quais foram dispostos em quadros, seguidos de duas colunas: uma delas destacava a cla-

reza dos itens apresentados; a outra, sua pertinência. Os juízes deveriam indicar, por meio de uma resposta binomial para cada uma das questões, o quanto concordavam quanto à categoria, subcategorias e especificidade do item. No caso de inadequações nos itens, reservou-se espaço para comentários, justificativas e sugestões que os juízes julgassem pertinentes.

As sugestões também foram consideradas, o que resultou em alterações realizadas pelos autores, posteriormente justificadas. Uma concordância de pelo menos 80 % entre os juízes pode servir de critério de decisão sobre a pertinência e/ou aceitação do item que teoricamente se refere (13). Por isso, considerou-se a concordância mínima de 80 % para a validação do instrumento.

A segunda avaliação pelos juízes

Foi enviado um formulário que continha as duas versões do instrumento, a original e a modificada. Nessa fase, os juízes teriam que avaliar o instrumento original e o modificado de acordo com suas sugestões e com o tratamento analítico, atribuindo a qualidade de avaliação entre os instrumentos relacionados aos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea.

Após a avaliação do instrumento, foram aplicados os seguintes cálculos: Lambda 2 Guttman como melhor estimativa de confiabilidade de instrumentos que formam categorias e que são respondidos por uma amostra igual ou menor que 30 sujeitos; Rhô de Kurder-Richardson, que se destina à verificação da confiabilidade do grau de concordância entre avaliadores numa medida dicotômica; o coeficiente Kappa e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), para verificar o nível de concordância dos juízes em relação aos itens avaliados.

Resultados

Participaram, na condição de juízes, 30 enfermeiros (assistenciais, professores e pesquisadores), sendo 28 mulheres e 2 homens, com idade de 29 a 58 anos (média = 39,82 anos; DP = 8,17).

Considerando o cálculo de Shapiro-Wilk (S-W), observou-se a existência de normalidade amostral (S-W = 0,96, $p > 0,27$) (14-15).

Ainda sobre a caracterização da amostra, quanto à titulação, 11 eram especialistas em Dermatologia/Estomaterapia, 9 eram

mestres e 10 eram doutores; quanto à área de atuação, 15 trabalhavam na assistência hospitalar e, destes, 9 exerciam atividades assistenciais diretamente com pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas; 11 eram docentes e 4 eram assessores técnicos. Em relação ao local de trabalho, 12 exerciam atividades laborais em hospitais públicos, 8 em universidades públicas, 4 eram autônomos, 2 trabalhavam em ambulatórios para o tratamento de feridas vinculados às secretarias municipais de saúde, 2 em clínicas particulares para o tratamento de feridas, 1 em hospital privado e 1 em faculdade particular.

A seguir, a Tabela 1 destaca o instrumento (primeira e segunda versões) e alguns indicadores estatísticos (Lambda 2 Guttman e Índice Kappa) acerca dos cuidados paliativos destinados às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas e seus respectivos cinco domínios e oito subdomínios.

Discussão

Considerando o instrumento em questão, observou-se que a maioria dos itens apresentou um percentual igual ou maior que 80 % quanto ao grau de concordância na clareza bem como na pertinência (16); por esse motivo, permaneceram na escala de medida proposta, contudo os itens 4, 5, 6, 22, 24, 44, 45, 46, 47, 56, 58, 71, 74, 75, 76, 79, 91, 94, 96, 97 e 98 não apresentaram percentuais desejados, os quais foram excluídos das respectivas categorias. Vale mencionar que alguns desses resultados estão relacionados ao desconhecimento por parte dos juízes acerca dos produtos e coberturas destacados nesses itens, visto que os próprios avaliadores o explicitaram no espaço para sugestões e comentários; por esse motivo, optou-se pela exclusão deles.

Ainda, todos os itens com percentual igual ou maior que 80 % foram significativos com $p < 0,001$. A intenção no uso do cálculo do Lambda 2 (λ) de Guttman se deve ao fato de se encontrarem alguns estudos (17-18) que utilizaram o Lambda como melhor estimativa de confiabilidade quando o instrumento avaliado é composto por poucos itens que formam categorias ou por uma amostra igual ou menor que 30 sujeitos (19-21).

O Lambda 2 (λ) de Guttman deste estudo revelou (para o conjunto dos itens sobre a avaliação da clareza e da pertinência $\lambda_2 = 0,84$ e $0,81$, respectivamente) um escore superior exigido pela literatura estatística (19-22), que é de 0,80, que é destinado para avaliações de baixa participação, bem como instrumentos

que exigem comentários de instrução. Com isso, quanto maior for o λ estatisticamente exigido, melhor o teste é capaz de diferenciar dos resultados reais e dos erros de medida. Considerando esses resultados, os Lambdas apresentados significam o percentual da variação real da medida, isto é, os Lambdas explicam os valores acima de 80 %.

A adequabilidade quanto ao grau de clareza e relevância dos itens do instrumento em questão apontada pelos juízes poderá ser usada para a respectiva avaliação sobre o fenômeno “o saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas”.

Além disso, a análise gerou uma versão com alterações no conteúdo do instrumento, a partir dos comentários e sugestões dos juízes, a saber: o item 28 foi excluído, mas a frase foi direcionada ao item 27, uma vez que os juízes entenderam que as informações contidas nesses itens se complementavam; os itens 38, 43 e 49 foram direcionados da Categoria 3 para a 2, uma vez que os juízes compreenderam que estariam mais bem articulados nos cuidados básicos; já os itens 42, 81, 83 e 84 foram excluídos das Categorias 3 e 8, pois os juízes perceberam que as informações eram repetidas e compreenderam que deveriam permanecer somente nos cuidados básicos realizados com a lesão.

O Rhô (ρ) de Kurder-Richardson, que se destina à verificação da confiabilidade do grau de concordância entre avaliadores numa medida dicotômica, deve apresentar um escore acima de 0,70 (22), apresentou os seguintes resultados para a condição de clareza do instrumento: categoria 1, $\rho = 0,80$; categoria 2, $\rho = 0,73$; a categoria 3 (total, $\rho = 0,71$) foi subdividida em oito subcategorias: subcategoria 1, $\rho = 0,71$; subcategoria 2, $\rho = 0,72$; subcategoria 3, $\rho = 0,73$; subcategoria 4, $\rho = 0,78$; subcategoria 5, $\rho = 0,78$; subcategoria 6, $\rho = 0,76$; subcategoria 7, $\rho = 0,75$; subcategoria 8, $\rho = 0,77$; categoria 4, $\rho = 0,73$ e categoria 5, $\rho = 0,75$.

O Índice Kappa (K), que trata de uma medida de concordância interobservador e que mensura o grau de concordância e consistência dos juízes em relação à permanência ou não dos itens do instrumento, levando em consideração as indicações de “inadequado” para estes, varia de “menos 1” a “mais 1”; com isso, quanto mais próximo de 1, melhor o nível de concordância entre os observadores. Como critério de aceitação, foi estabelecida a concordância igual ou superior a 0,61 entre os juízes, que apresenta nível bom (23).

O instrumento submetido para a primeira avaliação dos juízes contemplava os aspectos relacionados aos cuidados paliativos esperados para sua execução pelo enfermeiro na assistência paliativa à pessoa com ferida tumoral maligna, todavia os procedimentos envolvidos no processo de cuidar não contemplavam a descrição detalhada da técnica. Essa configuração inicial influenciou os valores de Kappa e subsidiou as reformulações no instrumento para a segunda avaliação dos instrumentos (original e modificado), contudo alguns foram mantidos, uma vez que são cuidados paliativos considerados imprescindíveis e respaldados pela literatura pertinente, a saber: os itens 2, 3 e 12, no que se refere à clareza (7-8).

Por fim, verificou-se validade aparente (nesta, considera-se a definição teórica de uma variável que, de fato, parece mensurar o item proposto. Concretamente, refere-se ao que o item, pelo tipo de questões ou de situações apresentadas, aparenta avaliar); para isso, efetuou-se o IVC (12, 16) relacionado à qualidade da concordância e do conteúdo dos itens na concepção dos juízes para a clareza e a importância, e observou-se que esse indicador variou de 0,91 a 1,00; para os itens da medida, ficou entre 0,85 e 1,00.

Apesar de os itens 2, 3 e 12 não terem apresentado um Kappa com valor aceitável, optou-se pela permanência destes, porque, no item 2, o tamanho se refere à mensuração da lesão, ou seja, é um parâmetro avaliativo que confere a evolução da ferida. Recomenda-se medir o comprimento e a largura, e, se possível, medir a profundidade e/ou abaulamento, já que as feridas tumorais malignas também apresentam aspecto vegetativo (1, 7-8). No que se refere à permanência do item 3, vale ressaltar que o estadiamento é outro método avaliativo para as feridas tumorais e trata-se de uma classificação proposta pelo manual do Ministério da Saúde do Brasil (7) e pela literatura pertinente (1-3, 8), cuja finalidade é classificar a ferida conforme o grau de comprometimento tecidual e sinais e sintomas predominantes. O item 12, que está relacionado à avaliação da borda e da pele periferida, também foi mantido, visto que a borda e a área perilesional apresentaram, além da descamação, problema comum encontrado nas feridas tumorais, maceração, escoriação, fragilidade e hiperqueratose. Esses danos causam dor e desconforto nas pessoas, além de afetar negativamente sua qualidade de vida (24). Já os itens 36 e 58 foram excluídos, pois não apresentaram um Kappa com percentual aceitável, mesmo sendo respaldados pela literatura pertinente (1-3, 7-8).

Tabela 1. Cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea. João Pessoa-PB, 2017

Primeira versão	Clareza			Pertinência			Segunda versão
	Sim	Não	Kappa	Sim	Não	Kappa	
Categoria 1. Avaliação da lesão e das necessidades da pessoa com ferida tumoral maligna cutânea							
1. Localização	87 %	13 %	0,74	97 %	3 %	0,94	1. Localização anatômica da lesão
2. Tamanho	80 %	20 %	0,60	93 %	7 %	0,86	2. Tamanho — mensuração da lesão (altura, largura, profundidade ou abaulamento)
3. Estadiamento	80 %	20 %	0,60	97 %	3 %	0,94	3. Estadiamento (I, II, III e IV)
4. Área de envolvimento	43 %	57 %	0,14	50 %	50 %	0	4. Excluído
5. Coloração	80 %	20 %	0,60	73 %	27 %	0,46	5. Excluído
6. Extensão	57 %	43 %	0,14	73 %	27 %	0,46	6. Excluído
7. Odor (classificação)	97 %	3 %	0,94	100 %	0	1,00	7. Intensidade do odor (grau I, II e III)
8. Exsudato (tipo, cor e consistência)	93 %	7 %	0,86	100 %	0	1,00	8. Exsudato (tipo e quantidade)
9. Sangramento (classificação)	83 %	17 %	0,66	100 %	0	1,00	9. Intensidade do sangramento (leve, moderado e intenso)
10. Dor (intensidade)	97 %	3 %	0,94	100 %	0	1,00	10. Intensidade da dor na ferida (leve, moderada, intensa, excruciante), usando a Escala Visual Analógica ou a Escala Visual Numérica
11. Prurido	100 %	0	1,00	97 %	3 %	0,94	11. Não houve alteração
12. Descamação	90 %	10 %	0,80	80 %	20 %	0,60	12. Borda e área perilesional
13. Sinais de infecção	93 %	7 %	0,86	90 %	10 %	0,80	13. Sinais de infecção locais (calor, rubor, edema e dor)
14. Tipo de tecido (cicatrização, granulação, liquefação, coagulação)	83 %	17 %	0,66	90 %	10 %	0,80	14. Tipo de tecido (necrose de coagulação, necrose de liquefação, granulação, epitelização)
15. Presença de miases	100 %	0	1,00	97 %	3 %	0,94	15. Não houve alteração
16. Fístulas	97 %	3 %	0,94	93 %	7 %	0,86	16. Presença de fístulas e quantidade drenada
17. Sinus	87 %	13 %	0,74	83 %	17 %	0,66	17. Sinus (túneis)
18. Cavidade	93 %	7 %	0,86	93 %	7 %	0,86	18. Classificação morfológica da lesão (nodular, cavitária e vegetante)
19. Acometimento ou invasão de órgãos ou sistemas	87 %	13 %	0,74	93 %	7 %	0,86	19. Não houve alteração
20. Avaliação dos aspectos social, psíquico e espiritual	87 %	13 %	0,74	93 %	7 %	0,86	20. Avaliação dos aspectos social, psíquico, espiritual e econômico
21. Progressão ou mudança da ferida	83 %	17 %	0,66	90 %	10 %	0,80	21. Não houve alteração
22. Produtos necessários/apropriados para a ferida	75 %	15 %	0,60	80 %	20 %	0,60	22. Excluído
23. Identificação das necessidades educacionais da pessoa ou do cuidador quanto aos cuidados com a ferida após a alta	98 %	2 %	0,96	97 %	3 %	0,94	23. Não houve alteração
Categoria 2. Cuidados básicos realizados com a ferida tumoral maligna cutânea							
24. Calçar luvas estéreis para proceder com o curativo	90 %	10 %	0,80	73 %	27 %	0,46	23. Excluído
25. Retirar gazes anteriores com irrigação abundante utilizando solução salina	97 %	3 %	0,94	87 %	13 %	0,74	25. Retirar gazes aderidas ao leito da lesão com irrigação abundante utilizando solução salina
26. Irrigar o leito da ferida com solução salina em jato com seringa de 20 mL e agulha 40 x 12 cm	97 %	3 %	0,94	90 %	10 %	0,80	26. Irrigar o leito da ferida com solução salina

Primeira versão	Clareza			Pertinência			Segunda versão
	Sim	Não	Kappa	Sim	Não	Kappa	
27. Lavar a ferida com sabonete antisséptico (clorhexidine ou PHMB)	93 %	7 %	0,86	83 %	17 %	0,74	27. Lavar a ferida com antisséptico (clorhexidine degermante ou PHMB sabonete) para a remoção superficial de bactérias e <i>debris</i>
28. Limpar a ferida para a remoção superficial de bactérias e <i>debris</i>	93 %	7 %	0,86	83 %	17 %	0,74	28. Excluído e direcionado para o item 27
29. Empregar técnica asséptica	97 %	3 %	0,94	87 %	13 %	0,74	29. Não houve alteração
30. Conter/absorver o exsudato	87 %	17 %	0,74	90 %	10 %	0,80	30. Utilizar coberturas absorventes
31. Manter úmido o leito da ferida	100 %	0	1,00	90 %	10 %	0,80	31. Manter úmido o leito da ferida, a fim de evitar aderência de gazes
32. Eliminar o espaço morto (preenchê-lo com curativo)	97 %	3 %	0,94	93 %	7 %	0,86	32. Não houve alteração
33. Promover os curativos simétricos com a aparência do paciente)	100 %	0	1,00	100 %	0	1,00	33. Promover as coberturas em conformidade com contornos da área para oferecer conforto à pessoa
34. Proteger o curativo com saco plástico durante o banho de aspersão e abri-lo para a troca somente no leito (o que evita a dispersão do exsudato e micro-organismos no ambiente)	100 %	0	1,00	90 %	10 %	0,80	34. Proteger o curativo com saco plástico ou filme transparente durante o banho de aspersão e abri-lo para a troca somente no leito (o que evita a dispersão do exsudato e micro-organismos no ambiente)
Categoria 3. Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea							
Subcategoria 1. Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle da dor							
35. Monitorar o nível de dor pela Escala Visual Analógica	100 %	0	1,00	100 %	0	1,00	35. Monitorar o nível de intensidade da dor pela Escala Visual Analógica ou Escala Visual Numérica
36. Considerar o uso de gelo e medicação analgésica, conforme prescrição médica	80 %	20 %	0,60	80 %	20 %	0,60	36. Excluído
37. Iniciar o curativo após 30 minutos da analgesia via oral; 5 minutos da analgesia subcutânea ou endovenosa e início imediato para via tópica, conforme prescrição médica	97 %	3 %	0,94	97 %	3 %	0,94	37. Não houve alteração
38. Retirar os adesivos cuidadosamente	100 %	0	1,00	93 %	7 %	0,94	38. Retirar os adesivos cuidadosamente usando solução removedora (solução salina ou vaselina ou óleo mineral). Direcionado para o Domínio 2
39. Adequar o horário da troca de curativos após o paciente já estar medicado	100 %	0	1,00	93 %	7 %	0,94	39. Adequar o horário de troca de curativos após a pessoa já estar medicada, respeitando o intervalo de acordo com o tipo de analgesia
40. Avaliar a necessidade de analgesia tópica com lidocaína gel a 2 %	93 %	7 %	0,94	87 %	13 %	0,84	40. Avaliar a necessidade de analgesia tópica com lidocaína gel a 2 %, conforme prescrição médica
41. Evitar friccionar com força o leito da ferida	97 %	3 %	0,94	83 %	17 %	0,66	41. Não friccionar com força o leito da ferida
42. Irrigar o leito da ferida com solução salina	100 %	0	1,00	80 %	20 %	0,60	42. Excluído. Já está contemplado no Domínio 2
43. Utilizar coberturas antiaderentes (gaze de <i>rayon</i> , gaze impregnada de <i>petrolatum</i> , gaze embebida de óleo mineral ou vaselina)	97 %	3 %	0,94	97 %	3 %	0,94	43. Utilizar coberturas antiaderentes. Direcionado para o Domínio 2
44. Considerar coberturas à base de ibuprofeno	90 %	10 %	0,80	73 %	27 %	0,46	44. Excluído
45. Considerar a aplicação sobre a lesão de comprimidos de morfina (10 mg ou 30 mg) macerados e misturados com hidrogel (15 g)	83 %	17 %	0,66	60 %	40 %	0,20	45. Excluído
46. Considerar o uso de hidrogel se a ferida estiver seca ou com baixa exsudação	93 %	7 %	0,94	80 %	20 %	0,60	46. Excluído

Primeira versão	Clareza			Pertinência			Segunda versão
	Sim	Não	Kappa	Sim	Não	Kappa	
47. Aplicar pomada de óxido de zinco nas bordas e ao redor da ferida	90 %	10 %	0,80	67 %	33 %	0,30	47. Excluído
48. Observar a necessidade de analgesia após a realização do curativo	100 %	0	1,00	100 %	0	1,00	48. Não houve alteração
49. Considerar a redução de trocas frequentes de curativos utilizando compressas cirúrgicas, absorventes íntimos geriátricos descartáveis ou fraldas infantis descartáveis	93 %	7 %	0,94	83 %	17 %	0,66	49. Excluído e direcionado para o Domínio 2
50. Verificar a necessidade de alteração do esquema analgésico prescrito	100 %	0	1,00	87 %	13 %	0,74	50. Reavaliar, junto à equipe médica, a necessidade de alteração do esquema analgésico prescrito
51. Considerar, junto à equipe médica, a necessidade de anti-inflamatórios, radioterapia antiálgica ou cirurgia	100 %	0	1,00	97 %	3 %	0,94	51. Não houve alteração
52. Registrar a avaliação da dor pela Escala Visual Analógica e a analgesia antes e depois do curativo	97 %	3 %	0,94	97 %	3 %	0,94	52. Registrar a avaliação da intensidade dor pela Escala Visual Analógica ou Escala Visual Numérica e a analgesia antes e depois do curativo
53. Comunicar, à equipe médica, os casos de sofrimento álgico que fuja do controle da conduta preconizada	90 %	10 %	0,80	93 %	7 %	0,94	53. Não houve alteração
Subcategoria 2. Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do exsudato							
54. Coletar material para cultura (aspirado ou swab)	90 %	10 %	0,80	93 %	7 %	0,94	54. Coletar material para cultura (aspirado/swab pela técnica de Levine) com limpeza prévia da lesão
55. Empregar carvão ativado/alginato de cálcio/copolímero de amido/ espumas com ou sem prata/hidrofibra e compressas/gaze como cobertura secundária.	97 %	3 %	0,94	97 %	3 %	0,94	55. Empregar carvão ativado/alginato de cálcio/copolímero de amido/ espumas com ou sem prata/hidrofibra como cobertura primária e compressas/gazes como cobertura secundária
56. Empregar óxido de zinco, hidrocoloide, creme barreira na pele macerada e nas bordas da ferida antes da utilização de antissépticos	77 %	23 %	0,54	53 %	47 %	0,06	56. Excluído
Subcategoria 3. Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do prurido							
57. Investigar a causa do prurido	97 %	3 %	0,94	97 %	3 %	0,94	57. Não houve alteração
58. Realizar crioterapia (uso de gelo) para bloquear o estímulo nervoso	87 %	13 %	0,74	80 %	20 %	0,60	58. Excluído
59. Considerar o uso de adesivos hipoalergênicos (micropore)	100 %	0	1,00	97 %	3 %	0,94	59. Utilizar adesivos hipoalergênicos
60. Utilizar dexametasona creme 0,1 % nas áreas do prurido, conforme prescrição médica	97 %	3 %	0,94	97 %	3 %	0,94	60. Não houve alteração
61. Investigar presença de infecções fúngicas	93 %	7 %	0,86	100 %	0	1,00	61. Não houve alteração
62. Utilizar nistatina ou sulfadiazina de prata com 1 % ou sem cério, conforme prescrição médica para candidíase cutânea nas áreas de hiperemia ao redor da ferida associada a manchas esbranquiçadas	93 %	7 %	0,86	93 %	7 %	0,86	62. Utilizar nistatina ou sulfadiazina de prata 1 % com ou sem nitrato de cério, conforme prescrição médica para candidíase cutânea nas áreas de hiperemia ao redor da ferida associada a manchas esbranquiçadas

Primeira versão	Clareza			Pertinência			Segunda versão
	Sim	Não	Kappa	Sim	Não	Kappa	
63. Considerar a redução do intervalo dos curativos, para evitar esse sintoma	83 %	17 %	0,66	93 %	7 %	0,86	63. Considerar a redução do intervalo dos curativos, para evitar esse sintoma e investigar reação alérgica a cobertura utilizada
64. Caso o prurido persista, considerar, junto à equipe médica, a introdução de terapia sistêmica	97 %	3 %	0,94	97 %	3 %	0,94	64. Não houve alteração
65. Considerar cremes à base de desonida para os casos de alergia ao corticoide tópico, conforme prescrição médica	97 %	3 %	0,94	87 %	13 %	0,74	65. Utilizar cremes à base de desonida para os casos de alergia, conforme prescrição médica
Subcategoria 4. Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle da necrose							
66. Avaliar as necessidades de debridamento, de acordo com a capacidade do paciente	90 %	10 %	0,80	87 %	13 %	0,74	66. Avaliar as necessidades de debridamento, de acordo com a condição clínica da pessoa e as características da lesão (por exemplo, friáveis)
67. Eleger a forma de debridamento (autolítico, químico, mecânico e instrumental conservador)	97 %	3 %	0,94	93 %	7 %	0,94	67. Não houve alteração
68. Considerar o debridamento autolítico pelo uso de hidrogel ou alginato	93 %	7 %	0,86	83 %	17 %	0,66	68. Considerar, prioritariamente, o debridamento autolítico
Subdomínio 5. Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle da fistula							
69. Aplicar óxido de zinco/hidrocoloide/creme barreira/solução polimérica na pele ao redor da fistula	93 %	7 %	0,86	93 %	7 %	0,86	69. Não houve alteração
70. Adaptar, quando possível, uso de bolsas coletoras nas fistulas de alta drenagem, com placas de hidrocoloide ao redor da pele	90 %	10 %	0,80	100 %	0	1,00	70. Adaptar, quando possível, bolsas coletoras nas fistulas de alta drenagem e proteger a área perifistular
71. Realizar curativo absorvente com carvão ativado e/ou alginato de cálcio com compressa/gaze como cobertura secundária	90 %	10 %	0,80	77 %	23 %	0,54	71. Excluído
Subcategoria 6. Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do sangramento							
72. Aplicar pressão diretamente sobre os vasos sangrantes com o amparo de gazes, compressas ou toalhas	93 %	7 %	0,86	93 %	7 %	0,86	72. Aplicar pressão diretamente sobre os vasos sangrantes com o emprego de gazes, compressas ou toalhas de cores escuras por 10 a 15 minutos
73. Considerar aplicação de solução salina gelada por meio de gaze ou compressa gelada ou compressão manual por 10 a 15 minutos	93 %	7 %	0,86	100 %	0	1,00	73. Considerar aplicação de solução salina gelada com o emprego de gazes e/ou compressas
74. Considerar aplicação de nitrato de prata para sangramentos pequenos	87 %	13 %	0,74	77 %	23 %	0,54	74. Excluído
75. Considerar aplicação de solução de alumínio para sangramentos pequenos a moderados	87 %	13 %	0,74	77 %	23 %	0,54	75. Excluído
76. Considerar aplicação de comprimidos macerados ou solução de sucralfato 1 % (comprimido diluído em 5 mL de gel aquoso ou água destilada ou salpicado sobre a lesão, conforme prescrição médica)	80 %	20 %	0,60	77 %	23 %	0,54	76. Excluído
77. Considerar curativo hemostático à base de gelatina suína (Gelfoam)	97 %	3 %	0,94	97 %	3 %	0,94	77. Não houve alteração
78. Considerar alginato de cálcio	100 %	0	1,00	90 %	10 %	0,80	78. Aplicar alginato de cálcio

Primeira versão	Clareza			Pertinência			Segunda versão
	Sim	Não	Kappa	Sim	Não	Kappa	
79. Considerar aplicação de curativo de celulose oxidada	93 %	7 %	0,94	73 %	27 %	0,46	79. Excluído
80. Considerar adrenalina (solução injetável) topicamente sobre os pontos sangrantes 1:1000, conforme prescrição médica	93 %	7 %	0,86	90 %	10 %	0,80	80. Não houve alteração
81. Manter o meio úmido para evitar a aderência de gaze no local da ferida	100 %	0	1,00	97 %	3 %	0,94	81. Excluído. Já está contemplado no Domínio 2
82. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com coagulante sistêmico como ácido aminocaproico (comprimidos ou em solução injetável) ou ácido tranexâmico (comprimidos ou em solução injetável)	97 %	3 %	0,94	97 %	3 %	0,94	82. Não houve alteração
83. Considerar o uso de coberturas antiaderentes (gaze de <i>rayon</i> ou gaze impregnada de <i>petrolatum</i> , óleo mineral, vaselina)	93 %	7 %	0,86	87 %	13 %	0,74	83. Excluído. Já está contemplado no Domínio 3
84. Considerar a redução das trocas frequentes de curativos utilizando compressas cirúrgicas, absorventes íntimos geriátricos descartáveis, fraldas infantis descartáveis	97 %	3 %	0,94	90 %	10 %	0,80	84. Excluído. Já está contemplado no Domínio 3
85. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com intervenção cirúrgica	93 %	7 %	0,86	93 %	7 %	0,86	85. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com intervenção cirúrgica nos sangramentos persistentes ou resistentes às terapias convencionais
86. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com radioterapia anti-hemorragica	93 %	7 %	0,86	90 %	10 %	0,80	86. Não houve alteração
87. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com sedação paliativa para os casos de sangramento intenso acompanhado de agitação, desespero e angústia da pessoa	97 %	3 %	0,94	97 %	3 %	0,94	87. Não houve alteração
88. Em casos de agitação e angústia do paciente por causa do sangramento intenso, considerar o uso de toalhas pretas para conter a hemorragia	83 %	17 %	0,66	83 %	17 %	0,66	88. Em casos de agitação e angústia da pessoa por causa do sangramento intenso, considerar o uso de toalhas de cores escuras para conter a hemorragia
Subcategoria 7. Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do odor							
89. Proceder à limpeza com solução salina e antisepsia com clorhexidina degermante ou PHMB (polihexanidametilbiguanida)	97 %	3 %	0,94	97 %	3 %	0,94	89. Considerar a aplicação de solução de PHMB
90. Retirar antisséptico com jato de solução salina e manter gazes embebidas em hidróxido de alumínio no leito da ferida	97 %	3 %	0,94	87 %	13 %	0,74	90. Considerar o uso de gazes embebidas em hidróxido de alumínio no leito da ferida para odor grau I
91. Empregar sulfadiazina de prata em gaze e ocluir com gaze embebida em vaselina líquida	78 %	22 %	0,56	70 %	30 %	0,40	91. Excluído
92. Empregar carvão ativado em gaze umedecida com solução salina.	93 %	7 %	0,94	90 %	10 %	0,80	92. Considerar o uso de carvão ativado
93. Aplicar gel de metronidazol 0,8 %, conforme prescrição médica, em gaze embebida em vaselina e aplicar no leito da ferida	90 %	10 %	0,80	83 %	17 %	0,66	93. Aplicar gel ou solução de metronidazol 0,8 % para odor grau II, conforme prescrição médica
94. Se houver necessidade, fazer escarotomia em tecido necrótico e proceder à aplicação de gel de metronidazol	87 %	13 %	0,74	77 %	23 %	0,54	94. Excluído

Primeira versão	Clareza			Pertinência			Segunda versão
	Sim	Não	Kappa	Sim	Não	Kappa	
95. Considerar, junto à equipe médica, a possibilidade de associação de metronidazol sistêmico (endovenoso ou oral) ao uso tópico	93 %	7 %	0,86	93 %	7 %	0,86	95. Considerar, junto à equipe médica, a possibilidade de associação de metronidazol sistêmico (endovenoso ou oral) ao uso tópico para odor grau III
96. Considerar curativo impregnado de cloreto de sódio	97 %	3 %	0,94	67 %	33 %	0,34	96. Excluído
97. Considerar o uso de copolímero de amido	83 %	17 %	0,74	67 %	33 %	0,34	97. Excluído
98. Considerar o uso de cadexômero de iodo	83 %	17 %	0,74	67 %	33 %	0,34	98. Excluído
Subcategoria 8. Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle de infestação por míases							
99. Considerar a aplicação lidocaína tópica a fim de reduzir a dor durante a retirada manual das larvas	93 %	7 %	0,86	90 %	10 %	0,80	99. Considerar a aplicação de lidocaína tópica, conforme prescrição médica, a fim de reduzir a dor durante a retirada manual das larvas
100. Aplicar vaselina líquida a fim de sufocar as larvas e facilitar a remoção	100 %	0	1,00	87 %	13 %	0,74	100. Aplicar vaselina líquida a fim de impedir que as larvas respirem, o que facilita sua remoção
101. Realizar a retirada manual (com pinças) das larvas	97 %	3 %	0,94	97 %	3 %	0,94	101. Não houve alteração
102. Administrar ivermectina sistêmico, conforme prescrição médica	100 %	0	1,00	90 %	10 %	0,80	102. Não houve alteração
Categoria 4. Registro das ações de Enfermagem							
103. Documentar a avaliação da ferida e do paciente	97 %	3 %	0,94	97 %	3 %	0,94	103. Documentar a avaliação das características da ferida e as necessidades da pessoa
104. Documentar todas as intervenções realizadas	100 %	0	1,00	97 %	3 %	0,94	104. Documentar todas as intervenções realizadas com a ferida e com a pessoa
105. Documentar a educação realizada ao paciente e/ou à família, sinalizando os pontos de dificuldades de entendimento e habilidade	97 %	3 %	0,94	93 %	7 %	0,86	105. Documentar a educação realizada com a pessoa e/ou a família, sinalizando os pontos de dificuldades de entendimento e habilidade
106. Documentar os resultados obtidos	97 %	3 %	0,94	93 %	7 %	0,86	106. Não houve alteração
107. Realizar registro fotográfico das feridas	97 %	3 %	0,94	93 %	7 %	0,86	107. Considerar registro fotográfico das feridas após a autorização da pessoa e/ou do familiar
Categoria 5. Orientações para a alta hospitalar							
108. Identificar e contatar o cuidador principal para a capacitação na realização dos curativos em domicílio	97 %	3 %	0,94	100 %	0	1,00	108. Não houve alteração
109. Identificar, com a família, a rede de atendimento público que poderá ser acessada para a parceria nos cuidados com relação à ferida	97 %	3 %	0,94	100 %	0	1,00	109. Identificar e contatar, com a família, a rede de atendimento público que poderá ser acessada para a parceria nos cuidados com relação à ferida e capacitar esse profissional, se necessário
110. Realizar relatório de Enfermagem sumarizado com relação à alta hospitalar e aos cuidados com a ferida	100 %	0	1,00	97 %	3 %	0,94	110. Realizar relatório de Enfermagem sumarizado com relação à alta hospitalar e aos cuidados com a ferida, os produtos utilizados, os resultados obtidos e esperados e o processo de educação da família
111. Orientar vestuário: roupas mais confortáveis e adaptadas ao melhor acesso à ferida para as trocas de curativos	97 %	3 %	0,94	100 %	0	1,00	111. Não houve alteração
112. Orientar melhores condições para dormir, considerando o uso de coxins e outros artefatos para melhorar o posicionamento	97 %	3 %	0,94	100 %	0	1,00	112. Não houve alteração

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Todos os comentários e sugestões dos juízes foram acatados, bem como os itens foram reformulados, no sentido de atendê-los na sua totalidade. Para não deixar dúvida, solicitou-se uma segunda avaliação dos juízes; para isso, foram enviados o instrumento original e o modificado, para que eles analisassem e atribuíssem a qualidade de avaliação entre as versões. Dos 30 juízes que participaram da primeira avaliação do instrumento, mais de 50 % (17) responderam à segunda versão em sua totalidade e a aceitaram. Vale ressaltar que a perda de participantes é um fato esperado a cada avaliação da técnica Delphi, embora não represente um fator limitante para a análise dos dados da pesquisa (25).

De forma geral, apesar de esses resultados garantirem a qualidade inicial do instrumento, ressalta-se a importância de estudos posteriores para a determinação da confiabilidade dele, seja na perspectiva psicométrica mais clássica, seja na mais complexa, que vise à qualidade do constructo teórico pretendido, condição essa que possibilitará determinar o grau de coerência com que o instrumento mede o atributo teórico em estudo.

Diante do exposto, o instrumento definitivo, que segue a conformidade dos juízes e está de acordo com o tratamento analítico, permaneceu com cinco categorias e 84 itens, como se pode observar no Quadro 1.

Conclusões

De forma geral, o presente estudo teve como objetivo descrever o processo de validação de uma medida que contribui para a avaliação dos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida

tumoral maligna cutânea, realizados em unidades de oncologia clínica e cuidados paliativos. A partir dos resultados observados, é possível afirmar que, nesta primeira etapa da análise da medida, o instrumento se mostrou adequado para o que se pretendia mensurar, uma vez que os indicadores estatísticos revelaram percentuais iguais ou superiores ao exigido pela literatura, bem como foram significativos nas categorias e subcategorias relacionadas aos cuidados paliativos.

Nesse sentido, acredita-se que a construção de instrumentos com tal perspectiva teórica e prática seja válida para a área da saúde e, especificamente, para a Enfermagem; condição essa que, provavelmente, contribui para avaliar a qualidade do cuidado e, dessa forma, direcionar mudanças necessárias no processo de cuidar da equipe de Enfermagem, que tem como objetivo principal ampliar a qualidade da assistência e do cuidado no contexto da realidade local.

Com isso, de forma prática, as reduzidas perdas de dados, o refinamento das opiniões e o consenso dos juízes em relação aos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea visaram à uniformização da medida e de atitudes intervencionistas mais claras, a partir do “lugar” em que os respondentes apontaram o grau de importância dos itens e das categorias na área da Enfermagem, o que indicou que o instrumento em questão é aplicável.

Agradecimentos: os autores expressam os seus agradecimentos aos juízes que colaboraram na avaliação do instrumento.

Conflitos de interesse: nenhum declarado.

Quadro 1. Instrumento definitivo para avaliar o saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea. João Pessoa-PB, 2017

Categoria 1. Avaliação da lesão e das necessidades da pessoa com ferida tumoral maligna cutânea
1. Localização anatômica da lesão.
2. Tamanho — mensuração da lesão (altura, largura, profundidade ou abaulamento).
3. Estadiamento (1, 1N, 2, 3, 4).
4. Intensidade do odor (grau I, II, III).
5. Exsudato (tipo e quantidade).
6. Intensidade do sangramento (leve, moderado e intenso).
7. Intensidade da dor na ferida (leve, moderada, intensa e excruciante), usando a Escala Visual Analógica ou Escala Visual Numérica.

8. Prurido.
9. Borda e pele perilesional.
10. Sinais de infecção locais (calor, rubor, edema, dor).
11. Tipo de tecido (necrose de coagulação, necrose de liquefação, granulação, epitelização).
12. Presença de miíases.
13. Fístulas e quantidade drenada.
14. <i>Sinus</i> (túneis).
15. Classificação morfológica da lesão (nodular, cavitária, vegetante).
16. Acometimento ou invasão de órgãos-alvo.
17. Avaliação dos aspectos social, psíquico, espiritual e econômico.
18. Progressão ou mudança da forma da ferida.
19. Identificação das necessidades educacionais da pessoa ou do cuidador quanto aos cuidados com a ferida após a alta.
Categoria 2. Cuidados básicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea
20. Retirar os adesivos cuidadosamente usando solução removedora (solução salina ou vaselina ou óleo mineral).
21. Retirar gazes aderidas ao leito da lesão com irrigação abundante utilizando solução salina.
22. Irrigar o leito da ferida com solução salina.
23. Lavar a ferida com antisséptico (clorhexidine degermante ou PHMB sabonete), para a remoção superficial de bactérias e <i>debris</i> .
24. Empregar técnica asséptica.
25. Manter úmido o leito da ferida a fim de evitar aderência de gazes.
26. Eliminar o espaço morto (preenchê-lo com curativo) antes da cobertura selecionada.
27. Utilizar coberturas absorventes.
28. Considerar o uso de coberturas antiaderentes.
29. Considerar a redução das trocas frequentes de curativos utilizando compressas cirúrgicas como coberturas primárias e absorventes íntimos geriátricos descartáveis ou fraldas infantis descartáveis como coberturas secundárias.
30. Promover as coberturas em conformidade com os contornos da área para oferecer conforto à pessoa.
31. Proteger o curativo com saco plástico ou filme transparente durante o banho de aspersão e abri-lo para a troca somente no leito (o que evita a dispersão de exsudato e micro-organismos no ambiente).
Categoria 3. Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea
Subcategoria 1. Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle da dor
32. Monitorar o nível de intensidade da dor pela Escala Visual Analógica ou Escala Visual Numérica.
33. Iniciar o curativo após 30 minutos da analgesia via oral; 5 minutos da analgesia subcutânea ou endovenosa; e início imediato para a via tópica, conforme prescrição médica.
34. Adequar o horário de troca de curativos após a pessoa já estar medicada, respeitando o intervalo de acordo com o tipo de analgesia.
35. Avaliar a necessidade de analgesia tópica com lidocaína gel a 2 %, conforme prescrição médica.
36. Não friccionar com força o leito da ferida.

37. Verificar a necessidade de alteração do esquema analgésico prescrito.
38. Considerar, junto à equipe médica, a necessidade de anti-inflamatórios, radioterapia antiálgica ou cirurgia.
39. Registrar a avaliação da dor pela Escala Visual Analógica ou Escala Visual Numérica e a analgesia antes e depois do curativo.
40. Comunicar, à equipe médica, os casos de sofrimento álgico que fujam do controle da conduta preconizada.
Subcategoria 2. Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do exsudato
41. Coletar material para cultura (aspirado/ <i>swab</i> pela técnica de Levine) com limpeza prévia da lesão.
42. Empregar carvão ativado/alginato de cálcio/copolímero de amido/espumas com ou sem prata/hidrofibra como cobertura primária e compressas/gazes como cobertura secundária.
Subcategoria 3. Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do prurido
43. Investigar a causa do prurido.
44. Utilizar adesivos hipoalergênicos.
45. Utilizar dexametasona creme 0,1 % nas áreas do prurido, conforme prescrição médica.
46. Investigar presença de infecções fúngicas.
47. Utilizar nistatina ou sulfadiazina de prata 1 % com ou sem nitrato de cério para candidíase cutânea nas áreas de hiperemia ao redor da ferida associada a manchas esbranquiçadas, conforme prescrição médica.
48. Considerar a redução do intervalo dos curativos, para evitar esse sintoma e investigar reação alérgica à cobertura utilizada.
49. Caso o prurido persista, considerar, junto à equipe médica, a introdução de terapia sistêmica.
50. Utilizar cremes à base de desonida para os casos de alergia, conforme prescrição médica.
Subcategoria 4. Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle da necrose
51. Avaliar as necessidades de debridamento, de acordo com a condição clínica da pessoa e as características da lesão (por exemplo, friáveis).
52. Eleger a forma de debridamento (autolítico, químico, mecânico e instrumental conservador).
53. Considerar, prioritariamente, o debridamento autolítico.
Subcategoria 5. Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle da fístula
54. Aplicar óxido de zinco/hidrocoloide/creme barreira/solução polimérica na pele ao redor da fístula.
55. Adaptar, quando possível, bolsas coletoras nas fístulas de alta drenagem e proteger a área perifistular.
Subcategoria 6. Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do sangramento
56. Aplicar pressão diretamente sobre os vasos sangrantes com o emprego de gazes por 10 a 15 minutos.
57. Considerar aplicação de solução salina gelada com o emprego de gazes e/ou compressas.
58. Considerar o uso de curativo hemostático à base de gelatina suína (Gelfoam).
59. Aplicar alginato de cálcio.
60. Considerar o uso de adrenalina (solução injetável) topicamente sobre os pontos sangrantes 1:1000, conforme prescrição médica.
61. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com coagulante sistêmico como ácido aminocaproico (comprimidos ou em solução injetável) ou ácido tranexâmico (comprimidos ou em solução injetável).
62. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com intervenção cirúrgica nos sangramentos persistentes ou resistentes às terapias convencionais.
63. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com radioterapia anti-hemorrágica.
64. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com sedação paliativa para os casos de sangramento intenso acompanhado de agitação, desespero e angústia da pessoa.
65. Em casos de agitação e angústia da pessoa por causa do sangramento intenso, considerar o uso de toalhas de cores escuras para conter a hemorragia.

Subcategoria 7. Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do odor
66. Considerar a aplicação de solução de PHMB (polihexanidametilbiguanida).
67. Considerar o uso de gazes embebidas em hidróxido de alumínio no leito da ferida para odor grau I.
68. Considerar o uso de carvão ativado.
69. Aplicar gel ou solução de metronidazol 0,8 % para odor grau II, conforme prescrição médica.
70. Considerar, junto à equipe médica, a possibilidade de associação de metronidazol sistêmico (endovenoso ou oral) ao uso tópico para odor grau III.
Subcategoria 8. Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle da infestação de miíases
71. Considerar a aplicação de lidocaína tópica a fim de reduzir a dor durante a retirada manual das larvas, conforme prescrição médica.
72. Aplicar vaselina líquida a fim de impedir que as larvas respirem, o que facilita sua remoção.
73. Realizar a retirada manual (com pinças) das larvas.
74. Administrar ivermectina sistêmico, conforme prescrição médica.
Categoria 4. Registro das ações de Enfermagem
75. Documentar a avaliação das características da ferida e as necessidades da pessoa.
76. Documentar todas as intervenções realizadas com a ferida e com a pessoa.
77. Documentar a educação realizada com a pessoa e/ou a família, sinalizando os pontos de dificuldades de entendimento e habilidade.
78. Documentar os resultados obtidos.
79. Considerar registro fotográfico das feridas após a autorização da pessoa e/ou do familiar.
Categoria 5. Orientações para a alta hospitalar
80. Identificar e contatar o cuidador principal para a capacitação na realização dos curativos no domicílio.
81. Identificar e contatar, com a família, a rede de atendimento público que poderá ser acessada para a parceria nos cuidados com relação à ferida e capacitar esse profissional, se necessário.
82. Realizar relatório de enfermagem sumarizado com relação à alta hospitalar e aos cuidados com a ferida, os produtos utilizados, os resultados obtidos e esperados e o processo de educação da família.
83. Orientar vestuário: roupas mais confortáveis e adaptadas ao melhor acesso à ferida para as trocas de curativos.
84. Orientar melhores condições para dormir, considerando uso de coxins e outros artefatos para melhorar o posicionamento.

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Referências

1. Tilley C, Lipson J, Ramos M. Palliative wound care for malignant fungating wounds: holistic considerations at end-of-life. *Nurs Clin North Am* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 28];51(3):513-31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.05.006>
2. Maida V, Alexander S, Case AA, Fakhraei P. Malignant wound management. *Public Health Emerg* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 28];1(12). DOI: <https://doi.org/doi:10.21037/phe.2016.06.15>
3. Probst S, Arber A, Faithfull S. Malignant fungating wounds: a survey of nurses' clinical practice in Switzerland. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 28];13(4):295-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.03.008>
4. Probst S, Arber A, Faithfull S. Malignant fungating wounds: the meaning of living in an unbounded body. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 28];17(1):38-45. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.02.001>
5. Bittencourt HR, Creutzberg M, Rodrigues ACM, Casartelli AO, Freitas ALS. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de disciplinas na educação superior. *Est. Aval. Educ* [Internet]. 2011 [citado 28 jun. 2017];22(48):91-114. Disponível em: <http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/eae/arquivos/1630/1630.pdf>
6. Sousa ATO, Formiga NS, Oliveira SHS, Torres GV, Costa MML, Soares MJGO. Validation of instrument to access nurses' level of knowledge on the prevention and treatment of individuals with venous ulcers. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2019 Sep 19];34(4):433-43. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n3a02>
7. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Hospital do Câncer IV. Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2011.
8. Agra G, Ferreira TMC, Oliveira DMN, Nogueira WP, Brito DT, Oliveira PS et al. Neoplastic wounds: controlling pain, exudate, odor and bleeding. *Int Arch Med* [Internet]. 2017 [cited 2017 Feb 28];10(118):1-11. DOI: <https://doi.org/10.3823/2388>
9. Revorêdo LS, Maia RS, Torres GV, Maia EMC. O uso da técnica Delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. *Arq Ciên Saúde* [Internet]. 2015 [citado 20 jul. 2017];22(2):16-21. DOI: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.22.2.2015.136>
10. Marques CAV, Figueiredo EM, Gutiérrez MGR. Validation of an instrument to identify actions for screening and detection of breast cancer. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr 30];28(2):183-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500031>
11. Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.
12. Vinuti J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate aberto. *Temáticas* [Internet]. 2014 [citado 20 jun. 2017];22(44):203-20. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144/>
13. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* [Internet]. 2007 [cited 2017 Jan 20];39(2):175-91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17695343>
14. Field A. Descobrimos a estatística usando o SPSS (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed; 2009.
15. Nascimento DC, Tibana RA, Melo GF, Prestes J. Testes de normalidade em análises estatísticas: uma orientação para praticantes em ciências da saúde e atividade física. *Rev Mackenzie Educação Física Esporte* [Internet]. 2015 [citado 20 jun. 2017];14(2):73-7. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/remef/article/viewFile/6583/6653>
16. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 [citado 30 mar. 2017];16(7):3061-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
17. Mourão L, Faiad C, Coelho Júnior FA. Análise psicométrica da escala de heteroavaliação de estilos de liderança. *Est Psicol* [Internet]. 2016 [citado 27 fev. 2018];21(3):293-304. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1678-4669.20160028>
18. Torres CV, Schwartz SH, Nascimento TG. The refined theory of values: associations with behavior and evidences of discriminative and predictive validity. *Psicologia USP* [Internet]. 2016 [cited 27 Feb 2018];27(2):341-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420150045>

19. Sijtsma K. Future of psychometrics: Ask what psychometrics can do for psychology. *Psychometrika* [Internet]. 2012 [cited 2017 Mar 30];77(1):4-20. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11336-011-9242-4>
20. Tellegen PJ, Laros JA. SON-R 6-40. Snijders-Oomen non-verbal intelligence test. Research Report. Gottingen, Germany: Hogrefe; 2014.
21. Peres AJS, Laros JA. Estrutura fatorial do questionário de esquemas e crenças da personalidade. *Aval. psicol.* [Internet]. 2016 [citado 2 jun. 2017];15(2):141-50. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712016000200003&lng=pt
22. Cohen RJ, Swerdlik ME, Sturman ED. Testagem e avaliação psicológica: introdução a testes e medidas. Porto Alegre: Artmed; 2014.
23. Pillati LA, Pedroso B, Gutierrez GL. Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação: um debate necessário. *Rev R.B.E.C.T.* [Internet]. 2010 [citado 30 mar. 2017];3(1):81-91. DOI: <https://doi.org/10.3895/S1982-873X2010000100005>
24. Dowsett C, Protz K, Drouard M, Harding KG. Tringle of wound assessment. *Wounds International* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jun 13];6(1):1-6. Available from: http://www.woundsinternational.com/media/other-resources/_/1189/files/twa-made-easy_web.pdf
25. Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Rev RENE* [Internet]. 2012 [citado 13 jun. 2017];13(1):242-51. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3803/>