



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

YARA MERCEDES OLIVEIRA SANTOS

**CONSULTA DE ENFERMAGEM EM QUIMIOTERAPIA
ANTINEOPLÁSICA: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE
COLETA DE DADOS**

**ARACAJU
2019**

YARA MERCEDES OLIVEIRA SANTOS

**CONSULTA DE ENFERMAGEM EM QUIMIOTERAPIA
ANTINEOPLÁSICA: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE
COLETA DE DADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Leila Luíza Conceição Gonçalves

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Joseilze Santos de Andrade

**ARACAJU
2019**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA BISAU

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Santos, Yara Mercedes Oliveira

S237c Consulta de enfermagem em quimioterapia antineoplásica: validação de instrumento de coleta de dados / Yara Mercedes Oliveira Santos ; Orientadora Leila Luiza Conceição Gonçalves ; Coorientadora Joseilze Santos de Andrade. – Aracaju, 2019.

125 f. : il.

Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Sergipe, 2019.

1. Processo de Enfermagem. 2. Consulta de Enfermagem. 3. Coleta de Dados. 4. Estudos de Validação. 5. Enfermagem Oncológica. I. Gonçalves, Leila Luiza Conceição, orient. II. Andrade, Joseilze Santos de, coorient. III. Título.

CDU 61

YARA MERCEDES OLIVEIRA SANTOS

**CONSULTA DE ENFERMAGEM EM QUIMIOTERAPIA
ANTINEOPLÁSICA: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE
COLETA DE DADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Data da aprovação: ____/____/____

Prof.^a Dr.^a Leila Luiza Conceição Gonçalves

Prof.^a Dr.^a Simone Yuriko Kameo

Prof.^a Dr.^a Maria Pontes de Aguiar Campos

DEDICATÓRIA

Dedico ao meu pai Selmo (*in memoriam*), que não pode estar presente neste momento tão especial da minha vida. Mas, se hoje eu consegui concluir esta pesquisa, devo tudo a ele. Seus ensinamentos e valores alimentaram minha alma e conduziram meus passos até aqui.

SAUDADES ETERNAS.
OBRIGADA POR TUDO!!!

AGRADECIMENTOS

A Deus pela por permitir viver o mestrado, experiência singular que levarei comigo para sempre.

À minha orientadora Dr.^a Leila Luíza Conceição Gonçalves pelo apoio, pela parceria, pelos sábios conselhos e ensinamentos, e por incentivar a continuidade e conclusão desse trabalho.

Muito obrigada por tudo!

À minha coorientadora Dr.^a Joseilze Santos Andrade. Obrigada pelos esclarecimentos, atenção e paciência.

Às professoras Simone Yuriko Kameo e Maria Pontes de Aguiar Campos, por dispensar valiosas contribuições científicas para o aprimoramento da pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEN) pelos ensinamentos e aos funcionários, por estarem sempre disponíveis a nos ajudar e nos tornar melhores profissionalmente.

A todos que compõem o Departamento de Enfermagem (DEN/UFS) por contribuir para minha formação.

Aos Grupos de Pesquisa GEMAE e GESM, por colaborar para minha formação como pesquisadora e me ensinar a cada dia como fazer ciência em enfermagem.

As autoras do instrumento por autorizarem a realização de minha pesquisa

Aos juízes que participaram do estudo, pela disponibilidade e pelas contribuições essenciais para o alcance do meu objetivo. MUITO OBRIGADA!!!

À minha mãe Iracema Oliveira que sempre me colocou na direção certa, mesmo quando eu não concordava e tinha que ir porque mãe tem que ser obedecida. E não é que ela estava certa?

À uma pessoa que sempre foi um exemplo bom a ser seguido, minha irmã Helena Maria Oliveira. Obrigada por sempre acreditar em mim.

Ao meu noivo Lucas Amaral que esteve ao meu lado segurando minhas pontas durante todo este tempo. Muito obrigada pelos cafés, por cuidar de nossos pets (Tico e Nyna) e por ouvir minhas lamentações.

Aos meus colegas de plantão, Ana Angélica Ribeiro, Everton da Silva e Gustavo Geraldo, pelas inúmeras noites ouvindo minhas lamentações, minhas ações exitosas e observando as noites de horas de descanso comprometidos.

Às minhas companheiras de laboratório de enfermagem, Teonila Alves e Rosineide Santos pelas diversas formas de apoio dispensado a mim. Podem contar comigo quando também estiverem nesta fase.

Às minhas amigas de luta, Verena Cardoso e Viviane Santos. A nossa amizade foi uma das coisas boas do mestrado.

Consulta de enfermagem em quimioterapia antineoplásica: validação de instrumento de coleta de dados. SANTOS, Y. M. O. Universidade Federal de Sergipe, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2019.

RESUMO

Introdução: o câncer é considerado um problema de saúde pública, sobretudo em países em desenvolvimento a exemplo do Brasil. Dentre as alternativas de tratamento, a quimioterapia é a mais utilizada, porém, o comprometimento na qualidade de vida e no seguimento da terapêutica provocados pelas reações adversas ao quimioterápico, exige da equipe multidisciplinar de saúde a elaboração de um cuidado integral visando a prevenção e controle dessas reações. **Objetivo:** validar o conteúdo e a aparência de um instrumento de coleta de dados para a primeira consulta de enfermagem a pacientes adultos e idosos submetidos a quimioterapia antineoplásica. **Método:** estudo do tipo metodológico de abordagem quantitativa, desenvolvido em duas etapas: revisão do instrumento de coleta de dados para a consulta de enfermagem ao adulto e idoso em quimioterapia antineoplásica de acordo com a *North American Nursing Diagnosis Association*, taxonomia II, versão 2015-2017 e pressupostos da Teoria de Dorothea Orem, e validação desse instrumento com a participação de nove juízes na primeira rodada e de quatro juízes na segunda rodada conforme técnica Delphi. Na primeira etapa para revisão do instrumento utilizou-se a base teórica, Teoria do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem, e o sistema de classificação de enfermagem, *North American Nursing Diagnosis Association*, taxonomia II. As dimensões teóricas do instrumento foram baseadas nos conceitos dos requisitos de autocuidado da teoria que se subdividiram em cinco tópicos. Para validação foi utilizado um questionário semiestruturado elaborado em ferramenta on-line e foi considerada concordância maior igual a 80%, a qual foi analisada por meio do índice de validação de conteúdo e de teste binomial. **Resultados:** na primeira rodada os tópicos I e II obtiveram igualmente um índice de validade de conteúdo de 88,9% relativo a clareza/compreensão, o tópico III do instrumento obteve o índice de validade de conteúdo de 88,9% relativo a aparência e índice de validade de conteúdo inferior ao estipulado (78%) quanto a clareza/compreensão e tópico IV obteve de 88,9% quanto ao conteúdo. Todo o instrumento foi reavaliado para a segunda rodada. O instrumento foi validado na segunda rodada com concordância de 100%, *Scale-level Contentte Validity Index*, *Averange Calculation Method* = 1 e *Scale-level Contentte Validity Index* da validação de conteúdo de 1 ($p < 0,001$). **Conclusão:** o instrumento foi considerado válido quanto a aparência e conteúdo pelos juízes.

Descritores: Processo de Enfermagem, Consulta de Enfermagem, Coleta de Dados, Estudos de Validação, Enfermagem Oncológica.

Nursing consultation in antineoplastic chemotherapy: validation of data collection instrument. SANTOS, Y. O. Federal University of Sergipe, Postgraduate Program in Nursing, 2019.

ABSTRACT

Introduction: Cancer is considered a public health problem, especially in developing countries such as Brazil. Among the treatment alternatives, chemotherapy is the most used, but the impairment in quality of life and the follow-up of therapy caused by adverse reactions to chemotherapy, requires the multidisciplinary health team to develop comprehensive care aimed at prevention and control. of these reactions. **Objective:** To validate the content and appearance of a data collection instrument for the first nursing consultation with adult and elderly patients undergoing antineoplastic chemotherapy. **Method:** a methodological study with a quantitative approach, developed in two steps: review of the data collection instrument for nursing consultation for adults and elderly in antineoplastic chemotherapy according to the North American Nursing Diagnosis Association, taxonomy II, version 2015- 2017 and assumptions of Dorothea Orem's Theory, and validation of this instrument with the participation of nine judges in the first round and four judges in the second round according to Delphi technique. In the first step to review the instrument, the theoretical basis, Dorothea Orem Self-Care Deficit Theory, and the North American Nursing Diagnosis Association, taxonomy II, nursing classification system were used. The theoretical dimensions of the instrument were based on the concepts of theory self-care requirements that were subdivided into five topics. For validation we used a semi-structured questionnaire developed in an online tool and was considered greater agreement equal to 80%, which was analyzed through the content validation index and binomial test. **Results:** in the first round topics I and II also obtained a content validity index of 88.9% for clarity / comprehension, topic III of the instrument obtained a content validity index of 88.9% for appearance and content validity index lower than stipulated (78%) for clarity / comprehension and topic IV obtained 88.9% for content. The entire instrument was reevaluated for the second round. The instrument was validated in the second round with 100% agreement, Scale-level Content Validity Index, Average Calculation Method = 1 and Scale-level Content Validity Index of content validation of 1 ($p < 0.001$). **Conclusion:** the instrument was considered valid in appearance and content by the judges.

Keywords: Nursing Process, Nursing Consultation, Data collect, Validation Studies, Nursing Oncology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Constituição da Teoria geral de enfermagem do déficit de autocuidado.....	39
Figura 2- Diagrama do conteúdo do instrumento de coleta de dados para consulta de enfermagem ao adulto e idoso em quimioterapia antineoplásica	48
Figura 3- Etapas de execução da Técnica de Delphi para validação de aparência e conteúdo do instrumento de coleta de dados para consulta de enfermagem ao adulto e idoso em quimioterapia antineoplásica	48

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Classificação dos quimioterápicos quanto a estrutura química e função em nível celular	25
Quadro 2 - Classificação da quimioterapia quanto a finalidade.....	26
Quadro 3 - Adaptação do sistema de classificação de especialista do Modelo de Validação de Fehring.....	49
Tabela 1 - Concordância dos juízes quanto à adequação ao modelo proposto, conteúdo, aparência, clareza/compreensão e objetividade do instrumento de coleta de dados para primeira consulta de enfermagem ao adulto/idoso em quimioterapia antineoplásica. Aracaju- Se, maio a junho de 2018.	62
Tabela 2 - Concordância dos juízes quanto à adequação ao modelo proposto, conteúdo, aparência, clareza/compreensão e objetividade do instrumento de coleta de dados para primeira consulta de enfermagem ao adulto/idoso em quimioterapia antineoplásica. Aracaju- Se, agosto a outubro, 2018.....	65

LISTA DE SIGLAS

ASCO - Sociedade Americana de Clínica Oncológica

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CE - Consulta de Enfermagem

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

COREN/SE - Conselho Regional de Enfermagem de Sergipe

ECOG - *Eastern Cooperative Oncology Group*

HPV - Papiloma Vírus Humano

I-CVI - *Item-Contente Validity Index*

IDSA - Sociedade de Doenças Infecciosas da América

INCA – Instituto Nacional do Câncer

NANDA - *North American Nursing Diagnosis Association*

OMS - Organização Mundial da Saúde

PCDT - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PE - Processo de Enfermagem

PIB - Produto Interno Bruto

PNAO - Política Nacional de Atenção Oncológica

PNPCC - Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

QT- Quimioterapia

RA – Reações Adversas

SCE - Sistema de Classificação de Enfermagem

S-CVI - *Scale-level Contente Validity Index*

S-CVI/AVE - *Scale-level Contente Validity Index/ AVERAGE Calculation Method*

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TE - Teorias de Enfermagem

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	19
2.1 Geral	19
2.2 Específicos	19
3 ESTADO DA ARTE	20
3.1 O Câncer	20
3.2 Modalidades Terapêuticas	23
3.3 Quimioterapia Antineoplásica	24
3.4 Consulta de Enfermagem em Oncologia	29
4 REFERENCIAL TEÓRICO	38
4.1 Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem	38
5 REFERENCIAL METODOLÓGICO	42
5.1 Método de Delphi	42
6 MATERIAIS E MÉTODO	46
6.1 Desenho do estudo	46
6.2 Revisão do “Instrumento de coleta de dados para consulta de enfermagem a pacientes em quimioterapia antineoplásica”	46
6.3 Validação de aparência e conteúdo do “Instrumento de coleta de dados para a consulta de enfermagem a pacientes em quimioterapia antineoplásica”: Técnica de Delphi	48
6.3.1 Seleção dos juízes	49
6.3.2 Coleta de dados	50
6.4 Análise dos dados	52
6.5 Riscos e benefícios	52
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
7.1 Artigo	54
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	74

APÊNDICES	85
APÊNDICE A- Carta convite aos juízes	86
APÊNDICE B- Termo de consentimento livre e esclarecido.....	88
APÊNDICE D- Instrumento validado	96
ANEXOS	100
ANEXO A- Instrumento de consulta de enfermagem a pacientes submetidos a quimioterapia ambulatorial a ser validado.....	101
ANEXO B- Termo de autorização de uso do instrumento	105
ANEXO C- Parecer consubstanciado	110
ANEXO D- Normas de submissão da revista gaúcha de enfermagem	113
ANEXO E- Publicação de resumo expandido em anais de evento internacional de enfermagem	121

1 INTRODUÇÃO

Mundialmente, o câncer é considerado um problema de saúde pública. Principalmente, em países em desenvolvimento. Situação que demanda ações globais de prevenção, detecção e tratamento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) salienta que cerca de 60% dos casos de câncer ocorram nos continentes formados por países que não dispõem dos recursos adequados para lidar com a doença (INCA, 2017).

Em consonância com o cenário mundial, a incidência do câncer no Brasil tem demandado maior atenção. Entre os anos de 2000 e 2014 foram registrados 11.750 mil novos casos e foi estimado cerca de 600 mil casos novos para o biênio 2018-2019. No tocante à região nordeste, esta ocupa o terceiro lugar no *ranking*, com cerca de 117, 280 mil casos novos, na estimativa para 2018, segundo a OMS (INCA, 2017).

A realidade do Estado de Sergipe não é diferente dos demais Estados brasileiros, quanto às neoplasias. A estimativa do biênio 2018/2019 é a ocorrência de 4.930 casos novos a cada ano no Estado e de 1.500 na capital. Entre os sergipanos, os tipos com maiores taxas brutas, para cada 100 mil habitantes, são o de próstata (63,27) e o de vias aéreas (14,43), e entre as sergipanas, o de mama (71, 09) e o de colo de útero (20,78) (INCA, 2017).

Para o controle e tratamento do câncer, existem várias terapias que aumentam a possibilidade de cura e sobrevida dos pacientes como: cirurgia, radioterapia, quimioterapia, terapia-alvo molecular, imunoterapia, hormonioterapia e transplante de medula óssea (CRUZ; ROSSATO, 2015). Contudo, a quimioterapia antineoplásica tem se tornado uma das mais importantes formas de tratamento no combate ao câncer por possibilitar a cura e aumentar a sobrevida. Porém, por ter atuação sistêmica, comprometendo principalmente, órgãos e tecidos de rápida divisão celular, produz reações adversas que podem afetar o estado psíquico, físico e a qualidade de vida do indivíduo em tratamento (BONASSA, 2012). Por isso, é um tratamento que demanda atenção de equipe multiprofissional que deve desenvolver uma linha de cuidado integral e individualizado.

Conforme a Portaria nº 140/2014 do Ministério da Saúde, a equipe multiprofissional dos serviços de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia deve ser composta por: médicos oncologistas, clínicos e radiologistas; enfermeiros e técnicos de enfermagem; psicólogos; assistentes sociais; nutricionistas; farmacêuticos; fisioterapeutas; fonoaudiólogos; odontólogos; psiquiatras dentre outros profissionais (BRASIL, 2014a).

Assim, a equipe de enfermagem deve contar com profissionais que estejam atualizados científico e tecnicamente, visando prestar assistência adequada e eficaz ao usuário em

quimioterapia. Ademais, estes devem ser capazes de assistir o indivíduo e família a partir das necessidades físicas, psíquicas e sociais, considerando a prevenção e controle de reações adversas.

Desta forma, para o desenvolvimento da assistência de enfermagem é imprescindível realizar o Processo de Enfermagem (PE), que é o cerne da prática assistencial em qualquer contexto ou serviço de saúde. O uso do PE poderá promover resultados benéficos tanto ao indivíduo quanto aos serviços e sistemas de saúde, uma vez que de forma individualizada promove, previne e reabilita pessoas com agravos à saúde (BONASSA, 2012; BARROS *et al.*, 2015).

Regulamentado pela Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o PE é um instrumento metodológico que conduz o cuidado de enfermagem e a documentação da prática profissional. Nos serviços ambulatoriais, o PE é denominado como Consulta de Enfermagem (CE), sendo uma estratégia metodológica imprescindível para a assistência de enfermagem em oncologia (COFEN, 2009; BARROS *et al.*, 2015). Ainda de acordo com a referida resolução, o PE é organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber: coleta de dados; diagnósticos de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação; e avaliação de enfermagem.

Dentre tais etapas, a coleta de dados assume um papel fundamental no desenvolvimento da CE, pois as informações obtidas neste momento servirão como base para as etapas subsequentes, fundamentando o julgamento clínico, bem como a tomada de decisão do enfermeiro. E, para subsidiá-la, é necessário uso de instrumentos de coleta de dados construídos com base em, ao menos, uma teoria e em um Sistema de Classificação de Enfermagem (SCE) que mais se adeque às características dos pacientes atendidos e aos objetivos do serviço, individualizando a assistência e gerando excelência no cuidado (BARROS *et al.*, 2015; TAVARES; TAVARES, 2017). Salienta-se que esses instrumentos devem ser validados por meio de pesquisa científica, a fim de que seu uso possibilite a avaliação padronizada de problemas reais ou potenciais da pessoa, familiar ou comunidade a que o cuidado se destina (SILVA *et al.*, 2014)

Diante da importância da CE e da escassez de instrumentos validados para consulta de enfermagem a pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica (TOLENTINO; BETTENCOURT; FONSECA, 2019) este estudo teve como objetivo validar quanto à aparência e ao conteúdo um instrumento de coleta de dados para a primeira consulta de enfermagem a pacientes adultos e idosos submetidos à quimioterapia antineoplásica.

Para tanto, teve-se como inspiração o instrumento elaborado por Santos *et al.* (2016) do livro “Experiências de sistematização da assistência de enfermagem”, que trata da consolidação dos produtos de oficinas de capacitação sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem promovidas pelo Conselho Regional de Enfermagem de Sergipe (COREN/SE) com a participação de docentes, discentes de graduação e de pós-graduação em enfermagem, enfermeiros assistenciais e gerentes de serviço de enfermagem de instituições públicas e privadas de Sergipe.

Existe uma diversidade de teorias utilizadas na assistência a pacientes oncológicos. Em revisão de literatura realizada por SILVA *et al.* (2018), foi identificado que as teorias mais utilizadas pelos enfermeiros ao assistir pacientes oncológicos são a de Dorothea Orem, Paterson e Zderad, Madeleine Leininger e Jean Watson. No instrumento supracitado, a teoria de enfermagem escolhida pelas autoras para nortear o cuidado foi a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. Assim, diante da importância desta teoria para a enfermagem, sobretudo para a área de oncologia ambulatorial, foi mantido o modelo teórico escolhido pelas autoras para a revisão e validação do instrumento.

No que diz respeito ao sistema de classificação para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, foi utilizado pelas autoras a taxonomia *North American Nursing Diagnosis Association*, - NANDA edição 2015 – 2017. Apesar da edição vigente da referida taxonomia corresponder à edição 2018 – 2020, justifica-se a permanência dos termos constantes na edição 2015-2017, tendo em vista que o início da coleta de dados foi realizado em junho de 2018, quando a edição atual ainda não tinha sido publicada em língua portuguesa. Segundo as autoras do instrumento, o sistema de classificação foi eleito devido à sua eficácia, efetividade e eficiência, possibilitando a tomada de decisões a respeito da saúde da população e de sua qualidade de vida (SANTOS *et al.*, 2016).

Nesta perspectiva, a temática em questão tem relevância profissional e social, de forma que a validação do instrumento poderá contribuir para a implementação da Consulta de Enfermagem e atender as necessidades dos pacientes adultos e idosos submetidos à quimioterapia antineoplásica.

Diante do exposto, buscou-se responder ao seguinte questionamento: Qual a validade de conteúdo e de aparência do “Instrumento de coleta de dados para Consulta de Enfermagem a pacientes em quimioterapia antineoplásica”?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Validar o “Instrumento de coleta de dados para consulta de enfermagem a paciente em quimioterapia antineoplásica” quanto a aparência e o conteúdo

2.2 ESPECÍFICOS

- Revisar o “Instrumento de coleta de dados para consulta de enfermagem a paciente em quimioterapia antineoplásica” de acordo com a NANDA-I, taxonomia II, versão 2015-2017 e pressupostos da Teoria de Dorothea Orem;
- Validar quanto a aparência e conteúdo o instrumento revisado.

3 ESTADO DA ARTE

3.1 O CÂNCER

O câncer é uma nomeação dada a um conjunto de mais de 100 doenças de diferentes localizações topográficas e variados tipos morfológicos, as quais possuem essencialmente duas características biológicas em comum: crescimento desordenado das células e a capacidade de se expandir para células de outros tecidos além do que se origina. É uma doença causada por múltiplos fatores internos e externos. Os fatores internos (hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas) estão diretamente relacionados com a capacidade do organismo de se defender das ofensivas externas. Já os fatores externos estão presentes no ambiente e são responsáveis por cerca de 90% dos casos de câncer. O tabaco, o uso excessivo de álcool, a exposição ao sol, micro-organismos (HPV e *Helicobacter pylori*) e inatividade física são alguns exemplos de causas externas. Por esta razão, o câncer é considerado como uma das principais causas de morbidade e mortalidade independente do nível de desenvolvimento humano, demandando esforços para sua prevenção e cura (OLIVEIRA *et al.*, 2015; INCA, 2018b).

Estima-se que em todo o mundo, no ano de 2025, o número de novos casos ultrapasse os 20 milhões em comparação com os dados epidemiológicos de 2012. Segundo o relatório de *status* sobre a carga global de câncer em todo o mundo produzido pela Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer (IARC), foi estimado, para 2018, 18,1 milhões de novos casos e 9,6 milhões de mortes por câncer, excluindo o câncer de pele não-melanoma (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; BRAY *et al.*, 2108).

Ainda no cenário mundial, o câncer de pulmão é o que mais acomete a população de ambos os sexos, com cerca de 11,6% do total de casos e também se configura como a principal causa de morte por câncer, 18,4% do total de mortes. O segundo tipo de câncer mais incidente é o de mama feminino com 11,6% do total de casos, seguido do câncer colorretal com 10,2% e do câncer de próstata 7,1% (BRAY *et al.*, 2108; FERLAY J. *et al.*, 2018).

No Brasil, a estimativa para 2019 é a ocorrência de 68.220 novos casos para o câncer de próstata, 18.740 para o de vias aéreas e 17.380 para o de cólon e reto. Já na população feminina são os de mama, cólon e reto e colo do útero. Estima-se que cerca de 59.700 novos casos de câncer de mama sejam notificados em 2018, assim como 18.980 casos para o câncer de cólon e reto e 16.370 para o câncer de colo de útero (INCA, 2018).

Assim como na incidência, o câncer, também, responde pelas altas taxas de mortalidade no Brasil, sendo a segunda causa de morte. No ano de 2015, os cânceres com maiores índices de mortalidade foram o de pulmão, estômago, próstata, cólon e reto e mama. Na população

masculina, as neoplasias com maior percentual de causa de mortalidade foram: vias aéreas (15.540/14,4%); próstata (14.484/13,5%); e estômago (9.132/8,5%). Entre as mulheres, os cânceres que mais levaram a óbito foram: mama (15.403/16,2%); vias aéreas (10.978/ 11,5%); e cólon e reto (8.533/ 6,0%) (INCA, 2018; FERLAY J. *et al.*, 2018).

Diante da magnitude do câncer como problema de saúde pública, é necessário considerar o impacto que essa doença pode causar ao paciente, aos familiares e aos sistemas de saúde. Um estudo publicado em março de 2018 pela revista *Cancer Epidemiology* calculou o impacto econômico das mortes prematuras causadas pelo câncer nos países em desenvolvimento que compõem o BRICS (Brasil, Federação Russa, Índia, China e África do Sul) no ano de 2012. O referido estudo quantificou a perda de produtividade em cada país devido às mortes de pessoas entre 15 e 65 anos, utilizando dados de incidência, prevalência e mortalidade publicados pela Agência Internacional de Pesquisas em Câncer. O resultado do estudo evidenciou que o custo total da perda de produtividade devido à mortalidade por câncer nos BRICS foi de US\$ 46,3 bilhões, equivalendo a cerca de 0,33% do Produto Interno Bruto (PIB) combinado entre os países. No Brasil, o custo dessas mortes foi de, aproximadamente, R\$ 15 bilhões e os tipos de câncer que mais contribuíram para perda da produtividade foram o de pulmão, mama, estômago, cólon e reto e sistema nervoso central (PEARCE, 2018).

Ainda de acordo com o referido estudo, no Brasil, as perdas anuais de produtividade devido ao tabagismo foram de R\$ 1,3 bilhão, sendo que 83,3% das mortes por câncer de pulmão para o sexo masculino e 64,8% para o sexo feminino. Outro dado importante diz respeito às crescentes taxas de obesidade entre os brasileiros, que são responsáveis por de 2% dos casos de câncer em homens e quase 4% dos casos em mulheres. Ao concluir, os pesquisadores ressaltaram a necessidade da elaboração de estratégias específicas que reduzam o impacto econômico gerado pelo câncer no mundo, sobretudo nos países em desenvolvimento como o Brasil, com ações direcionadas ao controle do tabagismo, dieta adequada, controle de peso, programas de vacinação e rastreamento do câncer aliadas ao acesso ao diagnóstico e ao tratamento adequado, considerando o câncer um fator determinante do crescimento destes países (PEARCE, 2018).

Além do dano à economia, o câncer causa dano psicossocial nos pacientes e família. Entre pacientes com câncer hematológicos submetidos à quimioterapia, se constatou que a avaliação da saúde global à qualidade de vida foi pouco satisfatória, merecendo destaque a função emocional que apresentou o menor escore entre as categorias analisadas. Este resultado pode estar diretamente relacionado à descoberta da doença, bem como o entendimento de morte

anunciada apesar dos pacientes terem consciência dos avanços científicos e tecnológicos dos tratamentos. Ademais, as reações adversas como fadiga, insônia e falta de apetite também causam impacto nas funções físicas, cognitivas, sociais e emocionais destes pacientes. Portanto, as ações da equipe de saúde devem objetivar atenuar os sintomas e reações adversas e fomentar a melhoria da qualidade de vida (GOMES *et al.*, 2018).

No que diz respeito à família, a confirmação do diagnóstico da doença é de difícil aceitação e causa profunda tristeza. Os familiares têm reações distintas ante o diagnóstico como sentimento de choque, medo, angústia, tristeza e insegurança por considerarem o câncer uma doença dolorosa e incurável. Logo, percebe-se a necessidade da inclusão da família nos planos de cuidados, pois os familiares devem participar do processo de tratamento e ser atendidos em suas necessidades (KARKOW *et al.*, 2015).

Para a prevenção e o controle do câncer no Brasil, políticas e programas foram elaboradas após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), até o ano de 2017, a fim de organizar serviços de atenção oncológica e garantir acesso a medidas ao diagnóstico e ao tratamento. Para a organização dos serviços de atenção oncológica, destacam-se a Portaria nº170/93, que classifica as unidades de tratamento oncológico, e a Portaria nº 3.535/98, que estabeleceu novos critérios para o cadastramento dos serviços de atendimentos de alta complexidade em oncologia (SILVA; LIMA; O'DWYER; OSORIO-DE-CASTRO, 2017).

Quanto ao acesso à atenção à saúde em oncologia, considerada um grande marco para a área, a Portaria nº 2.439/05, que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica– PNAO, deveria ser implementada em todo território nacional. Merecem destaque, nesta portaria, os Artigos 2º e 3º, os quais determinam que esta deva ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios, bem como estabelecem os seus componentes. No entanto, com o intuito de ampliar as atribuições dos níveis de atenção que compõem a rede de assistência, foi criada, no ano de 2013, a Portaria nº 874/13, que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (PNPCC), que substituiu a PNAO. Seu objetivo é a redução da mortalidade e da incapacidade causadas pelo câncer, nela são discutidas ainda questões centrais mencionadas nas legislações anteriores, enfatizando o cuidado integral, apresentando os caminhos que o usuário deve seguir na rede de assistência desde o diagnóstico até o tratamento com a utilização dos recursos tecnológicos disponíveis (PETERS, 2013; SILVA; LIMA; O'DWYER; OSORIO-DE-CASTRO, 2017).

Nesse contexto, o câncer tem relação direta com os aspectos socioeconômicos e as conjunturas nacionais e internacionais. Por esta razão, as políticas também devem ser pautadas

nas equipes de saúde, buscando uma abordagem interdisciplinar, integrada e aberta à incorporação dos usuários em todas as fases do tratamento (CRUZ; ROSSATO, 2015).

3.2 MODALIDADES TERAPÊUTICAS

O câncer, em sua fase inicial, pode ser controlado e curado. Para tanto, as opções oferecidas de tratamento deverão ser baseadas nas metas atingíveis e realísticas para cada tipo específico de doença. Nestas metas podem ser incluídas: a erradicação completa (cura); a sobrevida prolongada e/ou contenção do crescimento tumoral (controle) ou alívio dos sintomas associados a doença (paliativo) (ROGRIGUES, 2016).

Dentre as diversas opções de tratamento do câncer, as mais comumente utilizadas são a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia. Além dessas, têm-se como opções a terapia-alvo molecular, imunoterapia, hormonioterapia e transplante de medula óssea. Estes tipos de tratamento são classificados em quatro grupos: adjuvante, que ocorre após um tratamento principal com finalidade de atuar em doença residual; neoadjuvante, que consiste na aplicação de um tratamento antes principal com finalidade, por exemplo, de reduzir massa tumoral para viabilizar abordagem cirúrgica; concomitante, que é a combinação de mais de uma modalidade de tratamento, como, por exemplo, a quimioterapia concomitante à radioterapia; e o paliativo, que tem como finalidade minimizar os sintomas decorrentes do crescimento tumoral, melhorando a qualidade de vida (ROGRIGUES, 2016).

A cirurgia, que consiste na extirpação do tumor com margem de segurança possível, foi o primeiro método a ser utilizado e ainda continua sendo um dos principais. A conduta cirúrgica pode variar por diversos motivos e esta pode ser realizada com finalidade diagnóstica, preventiva, curativa ou paliativa. Ressalta-se que a cirurgia, geralmente, é utilizada em associação com outro método terapêutico, a exemplo da radioterapia e da quimioterapia (VIEIRA, 2016). Ademais, no ano de 2015, cerca de 80% dos casos de câncer devem ter necessitado de intervenção cirúrgica em algum momento da evolução da doença (SULLIVAN *et al.*, 2015; SILVA, 2016).

Porém, existem desproporção e iniquidade em relação ao acesso à cirurgia segura e oportuna no mundo, apesar desta ser uma terapêutica importante para a redução da mortalidade prematura por câncer. Essa situação pode resultar numa perda cumulativa de, aproximadamente, 6,2 trilhões de dólares do Produto Interno Bruto no mundo até o ano de 2030 (SULLIVAN *et al.*, 2015; SILVA, 2016).

No que tange à radioterapia, esta é definida como uma forma de tratamento na qual se fornece energia para danificar células tumorais por meio da ionização dos átomos na cadeia de DNA, provocando danos progressivamente maiores à medida que mais frações de radiação são aplicadas, tornando as células tumorais inviáveis, levando-as à morte. No entanto, as células saudáveis da região no qual é aplicada a radiação também são atingidas, necessitando de cuidadoso equilíbrio entre o que é uma probabilidade aceitável de uma complicação radioinduzida em tecido saudável e o controle do tumor. Ressalta-se que esta razão terapêutica prediz o sucesso do tratamento (ROGRIGUES, 2016).

Estima-se que de 50 a 60% dos pacientes com câncer no mundo precisam de radioterapia em algum momento da doença, porém somente de 40 a 60% destes tem acesso ao tratamento. Ademais, percebe-se que o acesso à radioterapia é distribuído desigualmente entre países de alta, média e baixa renda e que esta falta de acesso se dá principalmente pelo pouco de investimento dos governos e pela centralização das instalações nos grandes centros urbanos dos países, a exemplo do Brasil (ATUN, 2015).

Dentre os métodos de tratamento, a Quimioterapia (QT) antineoplásica transformou-se em uma das principais estratégias para o alcance da cura, controle de metástases à distância e aumento do tempo de sobrevivência. É definida como a utilização de fármacos, isolados ou em combinação que atuam no nível celular, especificamente no processo de crescimento e divisão, com o objetivo de tratar dos tumores malignos (BONASSA, 2012). Destaca-se que o número de procedimentos de quimioterapia realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) cresceu 38% do ano de 2010 ao de 2015. O referido crescimento está diretamente relacionado ao aumento do número de casos de câncer no país, e com a ampliação do acesso dos pacientes aos tratamentos disponibilizados pelo SUS (INCA, 2017).

3.3 QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA

Por agir de forma sistêmica, a QT é o tratamento de primeira escolha para doenças do sistema hematopoiético e para os tumores sólidos (INCA, 2017). Esta modalidade de tratamento teve como marco inicial o ano de 1943, na Segunda Guerra Mundial, quando um depósito de gás mostarda americano em Bari, Itália, foi destruído por um ataque aéreo alemão. Em consequência, ocorreu, entre os indivíduos contaminados, uma intensa mielossupressão que ocasionou a morte de inúmeros soldados com atrofia de glândulas linfáticas e hipoplasia de medula óssea. Tal fato despertou o interesse de dois importantes farmacêuticos da época: *Louis S. Goodman* e *Alfred Gilman*, que em 1946, começaram a estudar o efeito das mostardas

nitrogenadas sobre lipossarcomas transplantados em camundongos. Assim, deu-se início ao desenvolvimento da quimioterapia moderna para o tratamento de tumores malignos. No ano de 1950, foram apresentados os primeiros antibióticos com atividade antitumoral, a exemplo da dactinomicina. Os seus bons resultados levaram a grandes investimentos em pesquisas para a descoberta de novas drogas e as técnicas utilizadas na época serviram como base para novas descoberta até os dias de hoje (BONASSA, 2012).

No ano de 1965, os pesquisadores James Holland, Emil Freireich e Emil Frei, realizaram pesquisas sobre o tratamento utilizando antibióticos para tuberculose com combinações de drogas, cada uma com um mecanismo de ação diferente. Este fato marcou o início da poliquimioterapia, que trouxe grandes avanços no tratamento do câncer em relação às taxas de respostas, apesar das reações adversas (BONASSA, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Reações Adversas (RA) como qualquer resposta prejudicial ou indesejável, não intencional a um medicamento, que ocorre nas doses usualmente empregadas no homem para profilaxia, diagnóstico, terapia da doença ou para a modificação de funções fisiológicas. As RA são causadas pela QT devido a sua ação sistêmica inespecífica que lesiona tanto células malignas quanto benignas. Por esta razão, a QT é frequentemente utilizada na forma de poliquimioterapia que consiste na administração de mais de dois tipos de drogas de classificações diferentes e busca ampliar a eficácia da conduta terapêutica aumentando o efeito antitumoral sem elevar o grau de toxicidade (INCA, 2008; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2016).

As drogas quimioterápicas antineoplásicas são classificadas de acordo com a sua especificidade no ciclo celular, sendo divididas em dois grupos: ciclo-celular específico, que age numa fase específica do ciclo celular, e ciclo-celular não específico com efeitos tóxicos, que age em qualquer fase celular (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2016).

Na classificação quanto à estrutura química e função em nível celular, são encontrados seis grupos de drogas antineoplásicas. O quadro 1 demonstra os grupos, atuação, principais drogas e reações adversas.

Quadro 1 - Classificação dos quimioterápicos quanto a estrutura química e função em nível celular

Grupo	Atuação	Principais drogas	Reações Adversas
Alquilantes	atuam nas cadeias de DNA, impedindo sua replicação.	mecloretanina, ciclofosfamida, streptozin, ifosfamida, carboplatina, tiopeta e melfalano	náuseas, vômitos e leucopenia
Antimetabólitos	agem interpondo-se entre as cadeias de	antagonistas do ácido fólico (methotrexato e	mielodepressão, alopecia e mucosite

	DNA e RNA, transmitindo mensagens errôneas, enganando-as.	raltitrexato); antagonistas das purinas (fludarebina, cladribina, mercaptopurina, tioguanina) e antagonistas pirimidínicos (citarabina, gencitabina, fluorouracil, capecitabina).	
Antimitóticos	agem na fase da mitose	vincristina, vimblastina, vinorelbina, vindesina, docetaxel e paclitaxel.	mielodepressão, alopecia, estomatite, febre e etc.
Antibióticos antitumorais	agem em todas as fases do ciclo impedindo a duplicação e separação das cadeias de DNA e RNA celular	doxorubicina, daunorubicina, epirubicina, mitomicina e mitoxantrona	alopecia, leucopenia, trombocitopenia, náuseas, vômitos
Agentes múltiplos	Agem de várias formas medicamentos, e por isso são pouco conhecidas, além disso possuem características e toxicidade diversas	hidroxiureia, procarbazona L-asparaginase.	mielo e neurotoxicidade, náuseas, vômitos, diarreia
Hormônios e antagonistas hormonais	Agem no retardo temporário do crescimento tumoral, por isso são comumente utilizados como tratamento paliativo	estrogênios; antiestrogênios; antiandrogênios, progestogênios; andrenocorticosteróides	mielo e neurotoxicidade, náuseas, vômitos, diarreia

Fonte: INCA, 2008; BONASSA, 2012

A finalidade para qual a QT será utilizada irá depender basicamente do tipo de tumor, da extensão da doença e do estado geral do paciente (TEIXEIRA, FONSECA, 2007). Sendo classificada conforme o quadro 2.

Quadro 2 - Classificação da quimioterapia quanto a finalidade

Classificação	Conceito
Curativa	Quando o tratamento é definido para a doença. Ex. Leucemia, linfomas etc.
Adjuvante	Quando o tratamento tem o objetivo de aumentar as chances de cura após determinado procedimento cirúrgico, podendo estar associada a radioterapia. Ex. câncer de colón, de mama etc.
Neoadjuvante	Quando o tratamento é realizado antes do tratamento curativo, objetivando uma menor radicalidade no procedimento cirúrgico. Ex.: mama, pulmão, próstata etc.

Paliativa	Quando o objetivo não é a cura, e sim a palição das consequências da doença. Podendo ou não prologar a sobrevida. Tratar os sintomas. Melhorar a qualidade de vida. Geralmente utilizada em tumores metastáticos.
-----------	---

Fonte: BONASSA, 2012

A administração da QT é considerada um processo complexo com grande potencial para causar danos ao paciente e, por este motivo, deve seguir Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) que estabelecem critérios para: o diagnóstico da doença; o tratamento preconizado; os mecanismos de controle clínico e acompanhamento; e a verificação dos resultados terapêuticos. Estes documentos são constantemente atualizados, objetivando a qualidade do cuidado (BRASIL, 2014a).

Logo, a estratégia de administração da QT consiste em utilizar ciclicamente intervalos longos, que possibilitam a recuperação medular, porém, não o suficiente para permitir que ocorra a retomada do crescimento tumoral. Estes ciclos devem estar de acordo com o plano terapêutico. Para determinar o plano terapêutico, considera-se o diagnóstico histológico, a localização do tumor, o estágio da doença, a toxicidade potencial de uso, a duração da toxicidade presumida e as condições clínicas do paciente (*performance status*). Esta avaliação tem por finalidade evitar que os efeitos tóxicos dos quimioterápicos coloquem em risco a vida do paciente (INCA, 2008; BONASSA, 2012; BRASIL, 2014a;).

Assim como a maioria dos fármacos, a QT, que tem contraindicações a serem observadas, é totalmente contraindicada em pacientes com doença maligna em fase terminal, grávidas no primeiro trimestre, portadores de infecções graves e pacientes comatosos. Estas são chamadas contraindicações absolutas. Existem, também, as contraindicações relativas: aquelas que dependem do estado em que o paciente se encontra antes de cada administração. São elas: quando os efeitos colaterais potenciais excedem os benefícios esperados; e quando o desempenho clínico (*performance status*) for menor que 50, conforme as escalas de *Karnofsky* e *Ecog* (INCA, 2008; ROGRIGUES; OLIVEIRA, 2016).

No que tange à administração da QT, existe a possibilidade de diferentes vias de administração em função das características do citostático a ser administrado, bem como ao propósito do tratamento. As drogas antineoplásicas podem ser administradas através das vias: oral; intramuscular; subcutânea; endovenosa; intra-arterial (aplicação em sítio sistêmico); intratecal; intrapleural; intraperitoneal; intravesical (aplicação em sítio regional); intracavitária; e tópica (aplicação em sítio local). Ressalta-se, qualquer que seja a via de administração

utilizada, cuidados específicos devem ser tomados pela equipe de enfermagem (INCA, 2008; BONASSA, 2012; ROGRIGUES, OLIVEIRA, 2016).

Os quimioterápicos possuem diferentes efeitos tóxicos, tanto em qualidade, quanto em intensidade, condição que pode levar desde a interrupção do tratamento, ou até mesmo à morte do paciente. Por este motivo, estes efeitos são uma preocupação constante de toda a equipe de saúde, devendo ser previstos, detectados e tratados. Durante o tratamento, alguns sistemas são comprometidos, variando o grau de toxicidade. Na toxicidade hematológica, os quimioterápicos podem provocar uma mielossupressão e, em consequência disso, podem ocorrer reações adversas como a anemia, leucopenia e a trombocitopenia (ROGRIGUES; OLIVEIRA, 2016).

Na toxicidade cardíaca, o uso prolongado pode desencadear insuficiência cardíaca congestiva e falência cardíaca. A toxicidade pulmonar do quimioterápico é considerada relativamente incomum, porém fatal. Também com menor ocorrência, mas relevantes são as reações adversas relacionadas à toxicidade neurológica que se manifestam através de sinais e sintomas de anormalidades centrais, a exemplo das alterações mentais, ataxia cerebral e convulsões. Alguns quimioterápicos provocam irritação química na mucosa vesical, levando à disúria e urgência urinária (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2016).

A toxicidade gastrointestinal é a que mais desencadeia reações adversas e comprometimento da qualidade de vida. O paciente pode apresentar: náuseas e vômitos; mucosite; diarreia; constipação e anorexia. Uma reação adversa frequente é a alopecia, que representa um dos aspectos mais difíceis enfrentados pelo paciente durante o tratamento. Uma revisão integrativa da literatura identificou que as reações adversas mais frequentes nos pacientes em tratamento quimioterápico são as causadas pela toxicidade gastrintestinal, como náuseas, vômitos, diarreia, mucosite e anorexia, levando ao comprometimento da condição nutricional, o equilíbrio hidroeletrólítico e a qualidade de vida. A alopecia também foi citada como uma reação adversa recorrente e de grande impacto social, principalmente, para as mulheres que tem os cabelos como elemento que compõe a beleza, sensualidade e feminilidade, sendo um dos fatores para o seu afastamento do convívio social. A conclusão do estudo é que, apesar de serem frequentes as reações adversas, a QT não acomete na mesma intensidade a todos os pacientes (GUIMARÃES, 2015). A hepatotoxicidade do quimioterápico é avaliada através da elevação transitória das enzimas hepáticas que, em um tratamento prolongado, pode causar a fibrose hepática e cirrose (INCA, 2008)

Dentro desta perspectiva, os cuidados de Enfermagem em oncologia são concentrados em reduzir o impacto da doença sobre o indivíduo e a família, salientando o cuidado com as diversas reações adversas provocadas pelas terapias (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2016). Para tanto, é importante que este cuidado seja pautado em um método científico de trabalho e instrumentalizado por roteiro validado, fornecendo assim uma assistência integral e individualizada de qualidade.

3.4 CONSULTA DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA

A atuação em oncologia demanda capacidade técnico-científica para prestar assistência de alta complexidade, assim como habilidade afetiva e relacional dos profissionais envolvidos, sobretudo os de Enfermagem. Neste contexto assistencial, a enfermagem pode ser considerada como a categoria de profissionais da saúde com maior contato com a pessoa com câncer e a que participa, assume as ações de cuidado na administração dos tratamentos e presta assistência para prevenção e controle de ocorrência das reações adversas causadas pelas terapêuticas (FUNDAP, 2012).

Para tanto, o cuidado de enfermagem em oncologia deve ser sistematizado e operacionalizado, fazendo uso do Processo de Enfermagem (PE), que, conforme a Resolução 358/2009 do COFEN, é entendido como um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional. Vale ressaltar que, ainda de acordo com esta resolução, no Art. 1 § 2, quando o PE for executado em ambientes ambulatoriais, domicílios, escolas, dentre outros, este deve ser denominado Consulta de Enfermagem (CE) (COFEN, 2009).

A CE é composta por cinco etapas interligadas, inter-relacionadas e recorrentes, sendo elas: coleta de dados; diagnósticos de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação; e avaliação de enfermagem. Neste estudo, será abordada mais significativamente a coleta de dados, pois a fidelidade, a validade e a significância dos dados coletados serão decisivas para a precisão dos diagnósticos de enfermagem, bem como para o sucesso das demais etapas. Nela, o enfermeiro coleta os dados subjetivos e objetivos das pessoas ou coletividade humana a que se destina o cuidado, de forma deliberada e sistemática, através do uso de entrevista, exame físico, análise de exames, dentre outros (COFEN, 2009; BARROS *et al*, 2015).

Contudo, para que a coleta seja feita de forma sistematizada, é imprescindível a utilização de instrumentos validados que atendam às demandas da terapêutica proposta, bem

como os objetivos assistenciais da equipe de saúde. Estes instrumentos devem ser construídos à luz de modelos teóricos que direcionarão o olhar do enfermeiro perante o paciente e os seus julgamentos e pautados em um sistema de classificação de enfermagem que permitirá a padronização, documentação e identificação dos diagnósticos de enfermagem relacionados às causas às quais o enfermeiro pode atuar, utilizando as intervenções de enfermagem em busca dos resultados almejados. Assim, para que a etapa da coleta de dados tenha êxito, é necessário que o enfermeiro esteja capacitado e que o instrumento de coleta seja adequadamente elaborado (COFEN, 2009; BARROS *et al.*, 2015).

Isto posto, de posse do instrumento validado, o enfermeiro irá realizar a anamnese e o exame físico para a administração da QT pautados no levantamento de informações acerca da condição socioeconômica, antecedentes pessoais e familiares e a história atual da doença oncológica. Segundo a Teoria de enfermagem do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem, estas informações iniciais fazem parte de um conjunto de fatores condicionantes básicos que influenciam diretamente na capacidade da realização do autocuidado do indivíduo (FOSTER; BENNETT, 2000). Logo, a avaliação destes fatores condicionantes básicos e das capacidades de autocuidado do indivíduo é uma ação que deve ser realizada pelo enfermeiro, pois, assim, poderá conhecer o paciente, perceber a sua relação com o ambiente, sociedade, família e identificar as necessidades e planejar a assistência (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011)

O nível socioeconômico é considerado um dos fatores condicionantes básicos que está diretamente relacionado com a adesão ao tratamento. Os pacientes com baixo poder econômico têm uma maior probabilidade de recusar ou abandonar o tratamento quimioterápico, como foi identificado entre a maioria dos pacientes oncológicos com renda per capita de 329 reais em estudo realizado no estado de São Paulo. Diante de tais resultados, observa-se que o baixo nível socioeconômico compromete a continuidade do tratamento e reflete no prognóstico da doença (MOSTERT, 2006; SOUZA *et al.*, 2013).

Ademais, o câncer e as terapêuticas empregadas para controle ou cura podem gerar alterações emocionais, físicas, sociais e financeiras, uma vez que altera o cotidiano da pessoa com a doença. Dentre as alterações cotidianas, percebe-se o comprometimento da capacidade laboral e funcional que pode colocar o paciente em situação de vulnerabilidade social a depender da sua condição socioeconômica. Por isso, a avaliação dos fatores condicionantes básicos permite que o enfermeiro identifique eventual comprometimento e, junto à equipe multidisciplinar, viabilize o acesso aos direitos sociais garantidos por lei, em virtude do agravo de saúde. Para isso, é necessário que os profissionais de saúde identifiquem e reflitam sobre os

impactos sociais no decorrer do tratamento oncológico, já que são responsáveis por elaborar ações integradas de atendimento, prevenção e promoção de saúde (ALCÂNTARA *et al.*, 2014).

Ainda na anamnese, é importante o levantamento de informações acerca dos antecedentes pessoais e familiares e patologias associadas, a exemplo da investigação sobre o tabagismo. Sabe-se que a fumaça produzida pelo cigarro contém mais de 4.720 substâncias tóxicas e, dentre elas, 43 são cancerígenas, sendo as principais: arsênio; níquel; benzopireno; cádmio; chumbo; resíduos de agrotóxicos; e substâncias radioativas (VIEIRA, 2016). Estas substâncias também podem agir como indutores genéticos, interferindo diretamente na ação dos quimioterápicos e como promotores da progressão do câncer (LINHAS; DIAS; BARROSO, 2018).

A presença de patologias associadas é outro dado relevante a ser coletado na CE em oncologia. Estas patologias podem ser consideradas como fatores de risco para o câncer, a exemplo da diabetes tipo I e II para o câncer de pâncreas e de endométrio, e as infecções sexualmente transmissíveis para o câncer de colo de útero (SANTOS *et al.*, 2017). Ressalta-se que pacientes com antecedente de infarto agudo do miocárdio e/ou hipertensão arterial sistêmica têm risco aumentado para a ocorrência da cardiotoxicidade. Outro aspecto que deve ser considerado na anamnese, é o uso de medicações não oncológicas que afetam a função plaquetária, como anti-inflamatórios, agentes hipoglicemiantes, penicilinas, dentre outros. Estas medicações associadas à quimioterapia podem piorar ou prolongar a trombocitopenia (BONASSA, 2012).

Na CE em oncologia, a avaliação clínica prévia para a administração da QT tem por finalidade certificar se o paciente atende aos critérios mínimos pré-estabelecidos pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, ou seja, se o paciente tem condições clínicas de suportar os efeitos tóxicos produzidos pela ação dos quimioterápicos (INCA, 2008; BONASSA, 2012).

Dentro da avaliação clínica, é mensurada a capacidade funcional do paciente, ou a *performance status*, através de dois instrumentos de avaliação: o Índice de *Karnofsky*; e o desempenho ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*). O uso destes instrumentos permite ao enfermeiro a realização da avaliação da atividade física, sintomas da doença e grau de assistência necessária, além da tolerância à terapêutica a ser utilizada (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2016). Conforme Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, para que a QT possa ser administrada, o paciente deve apresentar uma *performance status* maior ou igual a 50 (BONASSA, 2012).

Estes instrumentos se mostraram eficazes em um estudo com pacientes oncológicos submetidos a quimioterapia ambulatorial, no qual se identificou prejuízo em realizar atividades cotidianas e redução da capacidade funcional entre os participantes logo após o primeiro ciclo de QT, com ocorrência de reações adversas, como náuseas, vômitos e fadiga, fatores determinantes para este resultado, sendo necessárias alterações na conduta terapêutica dos ciclos posteriores. A pesquisa destacou, ainda, a importância do papel do enfermeiro e sua capacidade em levantar e interpretar estas informações (COSTA *et al.*, 2017).

Ainda no âmbito dos critérios para administração da QT, é indispensável a avaliação da condição nutricional atual do paciente, por meio do levantamento de dados, como peso, altura e o Índice de Massa Corporal (IMC). Tal conduta viabiliza a identificação de risco das complicações, como a desnutrição, que é responsável pelo aumento das taxas de mortalidade e pela redução da resposta terapêutica (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2016).

O meio considerado mais preciso para a identificação do risco de desnutrição é o cálculo do percentual de Perda Ponderal Involuntária (PPI), que é um dos parâmetros determinantes para a administração da QT. É considerada uma condição grave quando a PPI do paciente for maior que 10% do peso corporal do início da doença (LAFFITTE; FARIAS; WSZOLEK, 2015). A PPI foi tema de um estudo realizado com pacientes oncológicos ambulatoriais no sul do Brasil que objetivou identificar a prevalência e a severidade. Os dados da pesquisa evidenciaram que os pacientes pesquisados apresentaram alta prevalência da PPI e que este resultado estava relacionado às variáveis de gênero masculino e localização primária do tumor (SILVA; BERNARDES, 2017).

Vale destacar que o ganho de peso também é considerado uma situação importante na conduta terapêutica, e detectar precocemente os fatores de risco nutricionais, aos quais os pacientes oncológicos estão propensos, é de extrema relevância. Estudo realizado com mulheres com câncer de mama, constatou que estas apresentaram excesso de peso, entre sobrepeso e obesidade, antes e após a quimioterapia, interferindo negativamente no tratamento. Uma das possíveis justificativas para este resultado é o fato de que, na tentativa de compensar as reações adversas gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia etc.) do quimioterápico, as pacientes aumentavam a ingesta alimentar (GEORGES; BRAGA; MARTINS, 2014).

No tratamento quimioterápico, a toxicidade hematológica é caracterizada como um dos fatores limitantes da terapêutica. Por este motivo, o enfermeiro deve monitorar o paciente, buscando verificar a ocorrência e duração da mielossupressão, que é considerada a reação adversa mais comum neste tipo de tratamento e possui alto grau de letalidade (BONASSA, 2012). Esta monitorização se dá através da interpretação dos resultados do hemograma,

avaliando os níveis das hemoglobinas, plaquetas, leucócitos e neutrófilos aceitáveis para administração da QT preconizados pelos PCDT. A avaliação desses achados é de suma importância no tratamento de QT, pois a ação imunossupressora da maioria dos quimioterápicos resulta na predisposição a quadros de leucopenia, plaquetopenia, neutropenia e anemia, condições que podem limitar ou até mesmo inviabilizar a continuidade do tratamento (DUARTE *et al.*, 2018).

Dentre as reações adversas hematológica, a neutropenia febril é considerada uma reação grave e uma emergência oncológica. A neutropenia febril ocorre entre 10% e 50% dos pacientes portadores de tumores sólidos e em mais de 80% dos pacientes oncológicos hematológicos (BERGSTROM; NAGALLA; GUPTA, 2018). Nestes casos, a avaliação inicial deste paciente deve incluir: anamnese e exame físico minucioso, buscando identificar sinais de infecção, bem como os sítios infecciosos; coleta de sangue para exames laboratoriais e para hemocultura em, no mínimo, dois sítios diferentes; exames de imagens, a exemplo do raio X de tórax em pacientes com sinais e sintomas de infecção no trato respiratório inferior (GARCIA *et al.*, 2018). Monitorar os parâmetros sanguíneos associados à prescrição de medicamentos que estimulam a produção de glóbulos brancos mostra-se como uma abordagem terapêutica exitosa na prevenção e no tratamento da neutropenia febril (FERREIRA *et al.*, 2017; RIGACCI *et al.*, 2014).

Nos casos em que a neutropenia febril já está instaurada, a abordagem terapêutica com antibiótico deve ser introduzida o mais breve possível. Tanto a Sociedade de Doenças Infecciosas da América (IDSA), quanto a Sociedade Americana de Clínica Oncológica (ASCO) recomendam que, em pacientes ambulatoriais com neutropenia febril, seja administrada dose inicial da terapia antimicrobiana empírica até uma hora após a tiragem. Após aplicação do antibiótico, o paciente deverá ficar em observação por, no mínimo, quatro horas antes de ser dada alta do serviço (RANDY *et al.*, 2018).

Outro dado importante a ser coletado diz respeito a dor que é de difícil avaliação, em virtude de seu caráter subjetivo, complexo e multifatorial, interferindo diretamente nas alterações dos aspectos biopsicossociais e espirituais sofridas pelo paciente oncológico. E, diante da complexidade desse sintoma é recomendada a atuação interdisciplinar para prevenção, diagnóstico e tratamento (NOGUEIRA *et al.*, 2014). Entre mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico que responderam ao inventário breve da dor após cada sessão de QT nos primeiros três ciclos, foi identificado o aumento médio do nível de dor, na comparação das três avaliações, levando ao aumento do uso de medicação analgésica (NERIS *et al.*, 2016).

Além da investigação sobre a dor, na realização do exame físico, o enfermeiro busca principalmente a identificação dos sinais e sintomas das reações adversas da QT. Via de regra, os quimioterápicos afetam mais de um sistema em maior ou menor grau, e o conhecimento destes efeitos indesejáveis são indispensáveis para o planejamento do cuidado (BONASSA, 2012).

Na toxicidade hematológica, a maior preocupação é com a ocorrência de infecção e com a função plaquetária na prevenção e controle de hemorragias, por esta razão, no exame físico, devem ser coletados dados referentes à avaliação do sistema respiratório como a tosse (com ou sem produção), estertores pulmonares, taquipneia, dispneia etc. No sistema geniturinário devem ser observados a presença de disúria, alterações na cor da urina e urgência e aumento da frequência urinária. Também, deve ser observada a pele, a procura de lesões ou alterações em suas características, principalmente, nas áreas próximas ao local de punção venosa dos cateteres. Pequenos sinais de sangramento, devem ser investigados, como petéquias, sangramento gengival, epistaxe, hematúria, sangramento vaginal, dentre outras. Uma atenção especial deve ser dada à verificação dos sinais vitais, em particular à temperatura (BONASSA, 2012).

Autores salientam que os aspectos referentes ao sistema respiratório devem ser amplamente investigados durante o exame físico, a fim de prevenir e identificar infecções respiratórias, uma vez que a presença destas pode afetar a continuidade da QT. Por esta razão, a prevenção deste tipo de infecção é uma das prioridades na condução do cuidado. A associação entre infecções respiratórias e interrupções da quimioterapia foi identificada em estudo realizado com pacientes com câncer hematológico e sólido durante o inverno israelense. Dentre os pacientes que compuseram a amostra, 38,9% dos pacientes apresentaram atrasos na quimioterapia. Entre os fatores responsáveis pelos atrasos, as infecções do trato respiratório superior obtiveram importante contribuição (TAHA *et al.*, 2015).

A toxicidade gastrointestinal é a segunda mais prevalente em tratamentos quimioterápicos. Por esta razão, a investigação e avaliação dos sinais e sintomas das reações adversas são indispensáveis (VIEIRA, 2016). Aspectos referentes à aceitação alimentar, estado nutricional, ingestão e digestão, processos de eliminação e troca - em especial a condição da mucosa oral, vômitos, diarreia e constipação - condições do abdômen e suas alterações são essenciais no exame físico. As náuseas, vômitos e mucosite são as reações adversas com maior frequência que acometem os pacientes em quimioterapia e, quando intensos, afetam o equilíbrio eletrolítico, a condição nutricional, bem como a qualidade de vida, pois é considerada como promotores de ansiedade e estresse, favorecendo o abandono do tratamento (BONASSA, 2012).

Entre as reações adversas que ocorrem no trato gastrointestinal, a mucosite oral é a mais frequente. Cerca de 95% dos pacientes em quimioterapia, de um centro de transplante de medula óssea, apresentaram a mucosite oral como reação adversa. O uso da ciclofosfamida, do bussulfano e da melfalana, alquilantes, altamente tóxicos à mucosa oral, foi um dos fatores associados à alta incidência da reação adversa (GIACOMOLLI *et al.*, 2014).

A detecção e prevenção da cardiotoxicidade na terapêutica quimioterápica são fundamentais, em virtude do alto índice de mortalidade, chegando a 60%, e a observação dos fatores de risco durante o exame físico, é considerada uma estratégia para redução da mortalidade (BONASSA, 2012). A avaliação de aspectos como: esquema de aplicação da QT; idade; doenças cardíacas pré-existentes; uso de marca-passo; pressão arterial; pulso; alterações eletrocardiográficas (arritmia, isquemia, anormalidades de condução etc.); respiração e suas alterações (dispneia, ortopneia, taquipneia etc.) dentre outros, são utilizados na identificação de pacientes com alto risco de desenvolver a cardiotoxicidade (GRIPP *et al.*, 2018).

As antraciclinas e o transtuzumabe são drogas consideradas altamente eficazes e utilizadas no tratamento de um amplo espectro de neoplasias hematológicas e tumores sólidos, porém são os agentes quimioterápicos com maior risco de cardiotoxicidade (MEDEIROS; WIEHE, 2018). Suas ações deletérias na estrutura e função cardíaca, bem como as ações de prevenção e controle, são constantemente avaliadas e comprovadas por pesquisas científicas. Estudos sobre o uso destas drogas em pacientes portadoras de câncer de mama e em pacientes com linfoma de não Hodgkin comprovaram a ocorrência de disfunção ventricular esquerda progressiva no uso prolongado (VAZ *et al.*, 2016; KANG *et al.*, 2018).

No que tange às reações adversas relacionadas à toxicidade neurológica, sinais e sintomas de alterações no sistema nervoso central e periférico devem ser identificados o mais precocemente possível em virtude dos danos irreversíveis às células cerebrais. As anormalidades comuns do sistema nervoso central são: alterações no sono; confusão; desorientação; esquecimento; náuseas; vômitos; fadiga; e etc. No sistema nervoso periférico, são observadas a hemiplegia, os tremores de extremidade e parestesia (BONASSA, 2012).

Em relação a neurotoxicidade central, a fadiga é uma das reações adversas prevalentes nos pacientes com câncer, sobretudo os submetidos a tratamento quimioterápico. Estudos em várias áreas mostram que a fadiga é considerada um dos sintomas que mais comprometem a continuidade do tratamento e a qualidade de vida destes pacientes. Por esta razão, ações de prevenção, detecção e cuidado devem ser adotadas pela equipe de saúde (MANSANO-SCHLOSSER; CEOLIM, 2014; GARCIA *et al.*, 2017; GOMES *et al.*, 2018).

Dentro das ações do enfermeiro na CE para administração de QT, um elemento que merece ser apreciado cuidadosamente é a via de administração proposta. Perante as inúmeras vias de administração, a intravenosa é indiscutivelmente a mais utilizada, tanto para a administração do quimioterápico, quanto para a administração de medicações de suporte clínico, hemoterapia e realização de exames (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2016). Legalmente, o enfermeiro é o único profissional de enfermagem habilitado para preparo, promoção do acesso venoso e administração da QT, conforme a farmacocinética da droga e protocolo terapêutico (COFEN, 2018).

A administração intravenosa da QT pode ser realizada através de: acesso venoso periférico; do cateter central de implantação periférica; e do cateter central totalmente implantado. A escolha do acesso vascular é uma etapa importante na condução da terapêutica, e o enfermeiro deve atentar aos seguintes fatores: doença de base; condição socioeconômica; tipo e duração do tratamento; local de utilização; e desejo do paciente (ALCANTARA *et al.*, 2019). Também devem ser evitados os acessos pouco calibrosos, frágeis, de difícil palpação e com várias punções, uma vez que aumenta o risco de complicações associadas à administração intravenosa como: flebite; urticária; vasoespasmo; dor; eritema; descoloração ou hiperpigmentação venosa; necrose tecidual secundária ao extravasamento; infecção; e trombose (FREITAS, 2015).

Ao avaliar-se a ocorrência de injúrias vasculares durante a infusão periférica da QT em pacientes portadoras de câncer de mama, foi constatado que, durante os quatro ciclos observados, todas as pacientes apresentaram alterações nos calibres das veias, sendo que 27% das amostras necessitaram de inserção de cateter venoso central em algum momento do tratamento. O estudo concluiu que o acesso venoso periférico e o central não estão isentos de complicações, mas é necessário averiguar o a relação custo-benefício quanto ao tipo a ser utilizado, buscando contribuir para a qualidade de vida (CUSTÓDIO, 2016).

Ainda, na CE, é preciso atentar e avaliar a dimensão subjetiva na qual o paciente com câncer em tratamento quimioterápico está envolvido. Sentimentos negativos são comumente reportados ante a perda de um órgão ou alterações físicas evidentes causadas pela quimioterapia. As mudanças ocorridas nos corpos de mulheres portadoras de câncer de mama em quimioterapia geraram sentimentos de angústia e tristeza, levando ao afastamento do convívio social. Para elas, estar fora dos padrões sociais de beleza e a reação da sociedade diante de sua condição lhes causavam sofrimento (REIS; GRANDIN, 2018).

Ademais, o câncer pode colocar os sujeitos e seus familiares em condições de fragilidade emocional, havendo dificuldade em lidar com a doença, bem como com as reações

adversas provocadas pela quimioterapia. Deste modo, identificar os níveis de esperança destes indivíduos pode subsidiar o planejamento do cuidado de enfermagem, com ações voltadas ao estímulo à esperança e do sentido da vida, contribuindo na redução do impacto da doença (WAKIUCHI *et al.*, 2015).

Outro aspecto relevante que deve ser considerado na avaliação pelo enfermeiro é a religiosidade/espiritualidade, que é um suporte importante para o enfrentamento da doença oncológica, uma vez que pode alterar positivamente a percepção e o significado da doença e dos tratamentos (FREIRE *et al.*, 2017). O enfermeiro deve estar atento, ainda, à função emocional do paciente oncológico, pois sentimentos de medo, incertezas, ansiedade e preocupação são comuns e, independentemente de seu grau, podem causar impacto na qualidade de vida, tanto dos pacientes, quanto de seus familiares (NICOLUSSI *et al.*, 2014; GOMES *et al.*, 2018).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 TEORIA DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

O termo teoria é entendido pelos cientistas como um conjunto de conceitos e pressupostos relacionados entre si, que engloba a prática profissional, o ensino e a pesquisa. Para a enfermagem, as teorias funcionam como o alicerce da sistematização da assistência, pois o seu uso oferece estrutura e organização do saber de enfermagem e possibilita um meio sistemático de coleta de dados que permite descrever, explicar e registrar a prática profissional, com respaldo científico das ações (GONÇALVES, 2013; MCEWEN; WILLS, 2016).

A maioria das Teorias de Enfermagem (TE) faz uso do metaparadigma, que representa a visão geral do mundo dentro de uma disciplina, o qual é composto por quatro conceitos principais: a pessoa (aquele que recebe o cuidado de enfermagem); a saúde (estado de bem-estar); o ambiente e a enfermagem (a disciplina), com definições e relações diferentes entre eles (GEORGE, 2000; HICKMAN, 2000; MCEWEN; WILLS, 2016).

As teorias contribuem para a formação de conceitos com significados para a enfermagem, a exemplo de necessidade básica, equilíbrio e desequilíbrio e autocuidado. O termo autocuidado foi utilizado pela primeira vez na enfermagem pela teórica Dorothea Orem, em 1959, quando estabeleceu o conceito de enfermagem, como a provisão de autocuidado. Para a teórica, “o autocuidado é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar” (FOSTER; BENNETT, 2000). Na sua teoria, Orem enfatiza o engajamento do paciente para o autocuidado, para possibilitar que indivíduos, família e comunidade tomem iniciativas e assumam responsabilidades no desenvolvimento efetivo de seu próprio cuidado em direção à melhoria da qualidade de vida, saúde e bem-estar (RAIMONDO *et al.*, 2012; MCEWEN; WILLS, 2016).

A Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, apreende a existência de uma relação entre o autocuidado e os fatores que afetam a sua provisão, como a cultura, o ambiente, a idade, o gênero, o estado de saúde e a situação financeira. Esta teoria é regida por três conceitos fundamentais inter-relacionados, que constituem os seus componentes, a saber: a Teoria do Autocuidado; a Teoria do Déficit do Autocuidado; e a Teoria de Sistemas de Enfermagem (FOSTER; BENNETT, 2000; GEORGE, 2000). A figura 1 demonstra como os constructos se articulam.

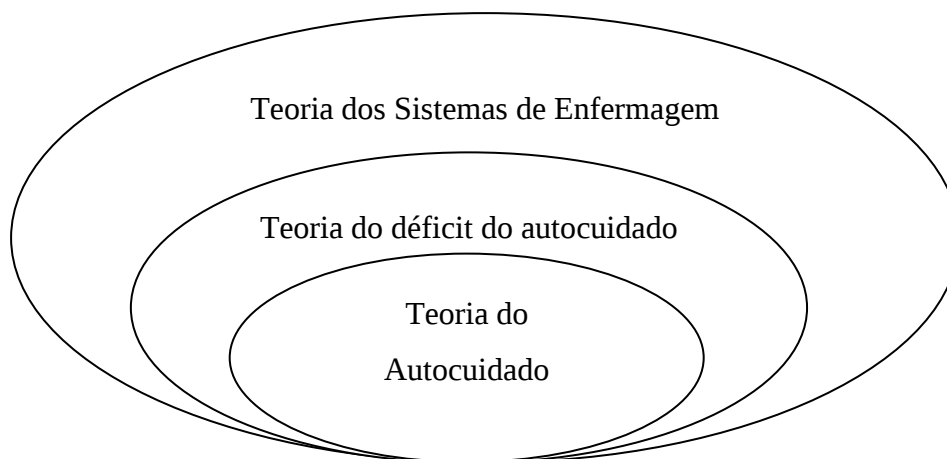


Figura 1- Constituição da Teoria geral de enfermagem do déficit de autocuidado

Fonte: Adaptado de WILLS (2016)

O entendimento da teoria do autocuidado está ligado ao conhecimento de alguns conceitos incorporados aos componentes desta teoria, são eles: autocuidado; ação de autocuidado; fatores condicionantes básicos; demanda terapêutica de autocuidado. O *autocuidado* é o desempenho, pelo próprio indivíduo, de atividades que visam à preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar. A ação de autocuidado é a capacidade destes indivíduos de se envolver no autocuidado, e esta é influenciada diretamente pelos fatores condicionantes básicos - idade, sexo, estado de desenvolvimento, o estado de saúde, orientação sociocultural, fatores do sistema de atendimento de saúde, sistema familiar, padrões de vida e fatores ambientais (FOSTER; BENNETT, 2000; TAYLOR, 2011).

Considerados pela teórica como conceitos secundários, os requisitos de autocuidado são apresentados em três categorias:

- **Requisitos universais de autocuidado:** são os requisitos comuns aos indivíduos, durante os estágios do ciclo de vida e estão relacionados aos processos da vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano. Podem ser destacadas a manutenção da ingestão de água, alimentos e ar, provisão de cuidados com os processos de eliminação, manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso e entre o estar só e a interação social, prevenção dos perigos à vida e a promoção do funcionamento do indivíduo dentro dos grupos sociais (WILLS, 2016).
- **Requisitos de autocuidado de desenvolvimento:** podem ser definidos como “expressões especializadas de requisitos universais particularizadas por processos de desenvolvimento, ou novos requisitos, derivados de uma condição” (BUB *et al.*, 2006).
- **Requisitos de autocuidado de desvio de saúde:** são aspectos relativos a um problema de saúde identificado com intenção de recuperação, reabilitação e controle. Para Orem são seis os requisitos existentes para pessoa enferma ou lesionada: procurar e garantir a assistência médica pertinente; estar atento e considerar os efeitos e resultados dos

estados e condições patológicas; efetuar as medidas diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação prescritas; conhecer e regular as reações adversas danosas das medidas terapêuticas; resignar-se e ajustar-se às adversidades de saúde e bem como as formas de tratamento e aprender a viver com os efeitos das condições e estados patológicos, promovendo o desenvolvimento pessoal (WIILS, 2016).

A Teoria do Déficit de Autocuidado reflete um desequilíbrio entre o autocuidado necessário e a capacidade de realizar o cuidado, é considerada o “núcleo” da teoria de Orem, por especificar quando a enfermagem é necessária e, nela, a autora apresenta cinco métodos de auxílio que devem ser utilizados pela enfermagem, são eles: agir ou fazer para outra pessoa; guiar o outro; orientar o outro; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar (BUB *et al.*, 2006; WIILS, 2016)

Na Teoria dos Sistemas de Enfermagem, são determinadas as necessidades de autocuidado e as capacidades do paciente em desempenhá-las e, na ocorrência do déficit do autocuidado, este necessita ser compensado pela ação de enfermagem. As ações de enfermagem são definidas por Orem como atributos de pessoas treinadas que conhecem e auxiliam o outro a contemplar as demandas de autocuidado. Ressalta-se que a ação de enfermagem é semelhante à ação de autocuidado, porém diferem no sentido de que a ação de enfermagem é executada em prol do bem-estar de outrem, já, a ação de autocuidado é exercitada em benefício próprio. Deste modo, na teoria dos sistemas de enfermagem, as ações de enfermagem a serem desenvolvidas são classificadas em três tipos de sistemas:

- 1) Sistema totalmente compensatório: quando o indivíduo é incapaz de desenvolver ações de autocuidado, necessitando totalmente da enfermagem;
- 2) Sistema parcialmente compensatório: no qual tanto o indivíduo quanto a enfermagem desenvolvem ações de autocuidado;
- 3) Sistema de apoio-educação: em que a pessoa é capaz de desenvolver o autocuidado, necessitando de ações de orientação do enfermeiro para que possa desempenhá-lo (FOSTER; BENNETT, 2000; WIILS, 2016).

O modelo teórico de Orem, seja na íntegra ou em partes, vem sendo amplamente utilizado como base teórico-filosófico para a prática de enfermagem em múltiplas e diferentes situações, salientando o papel do enfermeiro no cuidado individual e coletivo (RAIMONDO *et al.*, 2012). Estudos apontam o uso deste modelo teórico em gestantes e puérperas (BARBOSA *et al.*, 2018), em pacientes com doenças cardiovasculares (CUNHA *et al.*, 2018) e sobretudo no cuidado para pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis, a exemplo do câncer (SILVA *et al.*, 2018). Assim, diante da reflexão acerca dos conceitos trazidos por esta teoria,

foi considerada a sua utilização na revisão e validação do instrumento de coleta de dados para consulta de enfermagem a pacientes adultos e idosos em quimioterapia antineoplásica.

5 REFERENCIAL METODOLÓGICO

5.1 MÉTODO DE DELPHI

Uma das preocupações atuais dos pesquisadores da área de enfermagem está na medição de seus fenômenos e, com isso, os estudos de validação têm alcançado expressiva representatividade na área (SILVA *et al.*, 2013). Dentre a variedade de técnicas de validação existentes, o método de Delphi tem sido bastante empregado na área de saúde, sobretudo pela enfermagem, com destaque para os estudos de criação e validação de instrumentos na área de processo de trabalho em saúde (REVORÊDO *et al.*, 2015).

A técnica de Delphi é definida como um método sistematizado de dedução e refinamento de opiniões, utilizado para obter o consenso de um grupo de especialistas, separados geograficamente, sobre uma determinada temática. Uso do método possibilita leituras profundas da realidade, bem como a melhor compreensão dos fenômenos, orientando a tomada de decisão (SCARPARO *et al.*, 2012; ROZADOS, 2015).

O método foi desenvolvido na década de 50, durante a guerra fria, pelos órgãos de defesa estadunidenses, com o intuito de coletar opiniões de especialistas do ponto de vista estratégico, para estimar o número de bombas atômicas necessárias para reduzir a produção de munições e, a partir da década de 60, começou a ser utilizado na predição de acontecimentos em diversas áreas, como na empresarial, na sociológica, na saúde e na implantação de tecnologias (MARQUES; FREITAS, 2018).

A técnica é embasada no uso estruturado das experiências e conhecimento de um grupo de especialista, partindo do entendimento de que o julgamento coletivo organizado é considerado mais confiável que a opinião de um só indivíduo. (SCARPARO *et al.*, 2012; MARQUES; FREITAS, 2018). Apresenta características, as quais não devem ser subestimadas pelo pesquisador, sob o risco de prejudicar a confiabilidade da investigação, são elas: o anonimato dos participantes; retroalimentação das respostas; a análise estatística em cada rodada; o nível de qualificação dos juízes; e a realização de no mínimo duas rodadas de opiniões (ALMEIDA *et al.*, 2009).

Assim como em toda técnica de validação, a de Delphi possui vantagens, das quais podem ser citadas: a participação de um grupo de especialistas, criteriosamente escolhido; proporcionar a participação de pessoas de diferentes áreas de especialidades; a flexibilidade de tempo oferecida aos respondentes; a possibilidade de número elevado de participantes que podem estar separados geograficamente, condição que evita viés de resposta, e, por fim, é considerado um método de baixo custo de operacionalização. No que tange às desvantagens,

podem ser citadas a dificuldade em identificar os participantes, problemas relativos à devolução dos questionários, dificuldade na elaboração do questionário e prazo elevado de execução do processo na sua totalidade (SCARPARO *et al.*, 2012; ROZADOS, 2015; MORAES *et al.*, 2018).

Para aplicar a técnica de Delphi, faz-se necessário seguir as etapas do percurso metodológico, são elas: seleção e contato com os participantes; elaboração e aplicação do primeiro questionário; envio do primeiro questionário aos juízes; tabulação e análise dos questionários recebidos; elaboração e envio do segundo questionário, e, assim, sucessivamente, até que se atinja o nível de consenso estabelecido (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000; MORAES *et al.*, 2018).

A seleção dos especialistas é fundamental na técnica de Delphi, sendo importante que estes possuam nível elevado de qualificação profissional na área a ser estudada. E, em virtude dessa condição, a amostra é considerada não aleatória e de conveniência ou intencional. O pesquisador deve explicitar detalhadamente na descrição do estudo os critérios de inclusão e exclusão dos praticantes. Quanto ao tamanho da amostra, não existe um padrão definido, visto que o êxito da aplicação da técnica está relacionado à qualificação dos participantes. No entanto, o pesquisador deve atentar-se ao fato de que é comum que, no máximo, a metade dos especialistas escolhidos respondam ao primeiro contato e que é corriqueiro alguns participantes desistirem no decorrer do processo, diminuindo o tamanho da amostra a cada rodada. Deste modo, é aconselhável que se inicie a pesquisa com uma amostra superior ao mínimo que se deseja atingir. É esperado um índice de abstenção de 30% a 50% na primeira rodada, e de 20% a 30% na segunda rodada (SCARPARO *et al.*, 2012; MARQUES; FREITAS, 2018; MORAES *et al.*, 2018).

Com os participantes selecionados, é recomendado o contato prévio com os prováveis participantes, explicando a pesquisa a ser realizada e convidando-os a participar. Tal recomendação é uma estratégia importante para minimizar as abstenções. Esse contato pode ser feito por meio de correio eletrônico criado exclusivamente para este fim (MORAES *et al.*, 2018).

Após o contato com os participantes, é iniciada a fase de construção do questionário de coleta de dados. As regras para a sua elaboração não são rígidas, no entanto é recomendado que seja realizada uma ampla revisão de literatura científica atualizada e que esta esteja articulada aos objetivos e especificidades da pesquisa. O pesquisador deve evitar eventos compostos e colocações ambíguas, formular respostas simples, permitir a complementação e evitar questionários extensos (SCARPARO *et al.*, 2012; MORAES *et al.*, 2018).

Estruturalmente, os questionários elaborados para uso na técnica de Delphi iniciam-se com a caracterização do painel de especialista, com quesitos sobre a idade, sexo tempo de experiência, formação profissional, dentre outros. Quanto ao tipo de questões que compõem o questionário, podem ser identificadas como questões semiestruturadas, abertas ou fechadas e o uso de questões com escalas de valores, a exemplo da escala do tipo *Likert* (MARQUES; FREITAS, 2018). Após a construção e antes da aplicação propriamente dita, o questionário necessita ser validado através da realização de um teste piloto, aplicado a especialistas que possuam experiência nas áreas que não fazem parte da amostra inicial. O pré-teste se torna importante, pois, com sua realização, é possível identificar eventuais fragilidades de lacunas no questionário e corrigi-las antes da coleta de dados propriamente dita (SCARPARO *et al.*, 2012).

O início da coleta de dados nas pesquisas que utilizam a técnica de Delphi é realizado através de plataformas eletrônicas disponibilizadas no mercado, a exemplo do Google Docs®. Na atualidade, esta alternativa vem apresentando uma boa aceitação entre os participantes da técnica de Delphi, tornando-se uma facilitadora da pesquisa, quando comparada com o uso do correio convencional, que vem cada vez mais entrando em desuso como meio de circulação de instrumentos de coleta de dados. O uso destas plataformas eletrônicas, por meio da internet, possibilita a coleta de dados com especialista separados geograficamente com maior agilidade e possibilita a diminuição do tempo da pesquisa, bem como o custo. (PEREIRA; ALVIM, 2015).

É enviado aos participantes, por meio de *e-mails* individuais, um *link* eletrônico que direciona o participante ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O aceite no TCLE é a condição para a abertura das próximas páginas do questionário. Na situação de concordância, o especialista é direcionado ao questionário para responder às questões e, ao término do processo, as informações coletadas são armazenadas na própria plataforma eletrônica, assim como o termo de consentimento livre esclarecido. Deve ser estipulado pelo pesquisador um prazo para a devolução do questionário. A média percebida em estudos do gênero é de duas semanas. No entanto, é possível que, após o prazo estipulado para devolução, o número de questionários devolvidos não componha uma amostra representativa para o estudo, necessitando assim o uso de estratégias para fomentar a participação, a exemplo do reenvio do questionário outras vezes (SCARPARO *et al.*, 2012; PEREIRA; ALVIM, 2015; MARQUES; FREITAS, 2018; MORAES *et al.*, 2018).

Após a devolução dos questionários da primeira rodada, realiza-se a tabulação e análise estatística descritiva dos dados, integrando os principais argumentos, considerando o nível de consenso e o referencial teórico utilizado na pesquisa. O nível de consenso para a técnica de

Delphi é definido pelo pesquisador. Também não existe uma regra para o seu estabelecimento, que pode variar entre 50 a 80%, portanto deve ser decidido antes da análise dos dados. Na técnica de Delphi, o tipo de análise estatística a ser empregada dependerá da estrutura das questões utilizadas na elaboração do questionário. Esta análise vai desde o tratamento estatístico simples, com a definição da mediana e os quartis, até o uso de medidas de dispersão e distribuição de frequência absoluta (SCARPARO *et al.*, 2012; MORAES *et al.*, 2018).

Com base no consenso da primeira rodada e sugestões do painel de juízes, inicia-se a segunda rodada de avaliação, com o instrumento em processo de validação reformulado. É solicitado que o juiz reavalie o instrumento, seguindo as mesmas orientações da primeira rodada. São seguidos os mesmos passos de análise realizados com os dados da primeira rodada. O processo deve ser repetido nas rodadas subsequentes, até que se atinja o nível de consenso previamente estipulado pelo pesquisador (MARQUES; FREITAS, 2018; MORAES *et al.*, 2018).

6 MATERIAIS E MÉTODO

6.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo metodológico com abordagem quantitativa para a validação de aparência e conteúdo de um instrumento para consulta de enfermagem destinado a pacientes adultos e idosos submetidos à quimioterapia antineoplásica. Os estudos metodológicos têm como objetivo apurar os métodos de coleta e organização dos dados, contemplando desde o desenvolvimento e validação até a avaliação de instrumentos e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

Um instrumento é considerado válido quando este é construído de modo que permite medir com fidedignidade o que se propõe. Existem divergências entre os estudiosos quanto às classificações de validade. Estes estudos estão classificados como: de conteúdo; de critério; e de constructo. E dentro da validade de conteúdo existe um subtipo, denominado como validade de rosto ou aparência, que consiste no julgamento de juízes quanto à clareza, compreensão e legibilidade do conteúdo dos itens e apresentação do instrumento (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Por validade de conteúdo, compreende-se como a determinação da representatividade de itens que expressam um conteúdo, baseada no julgamento de especialistas em uma área específica (MARTINS, 2006).

A validade de critério pode ser entendida como a validade de um instrumento de medição, comparando-o a alguns critérios externos, e a validade de constructo, como a testagem das hipóteses, estando relacionada à teoria e conceitos que estão sendo medidos (POLIT; BECK, 2011). Ressalta-se que foram utilizadas na pesquisa a validação de aparência (rosto) e de conteúdo. Assim, as validações de constructo e de critério, poderão ser realizadas em outro momento.

6.2 REVISÃO DO “INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM A PACIENTE EM QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA”

O instrumento de coleta de dados para a consulta de enfermagem a paciente em quimioterapia antineoplásica (Anexo A) foi retirado de um capítulo do livro “Experiências de sistematização da assistência de enfermagem”. O seu uso, para fins de validação, foi concedido através da assinatura do documento de autorização pelas autoras (Anexo B). Verificou-se a necessidade do aprofundamento no modelo teórico e atualização dos termos do sistema de classificação de enfermagem escolhidos pelas autoras, os quais foram mantidos.

Perante a necessidade de conhecimento do instrumento a ser validado, foi realizada uma exploração teórica sobre a Teoria do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem, marco teórico utilizado na construção do instrumento, por considerá-la adequada e usual para o perfil dos pacientes em uso de quimioterapia ambulatorial. Esta teoria, como descrito anteriormente, define autocuidado como uma atividade apreendida e orientada por metas, direcionada para o próprio indivíduo manter a sua vida, saúde, desenvolvimento e bem-estar. Deste modo, observou-se a necessidade de aprofundamento do instrumento na teoria, uma vez que carecia de informações que contemplassem os conceitos definidos no modelo teórico, importantes para a não fragmentação do cuidado.

O presente estudo considerou como dimensões teóricas de revisão do instrumento os fatores condicionantes básicos, requisitos de autocuidado universais, desenvolvimentais e os de desvio de saúde conceituados pelo modelo teórico de Orem, por considerar que o tratamento quimioterápico antineoplásico na vida do paciente, exige mecanismos de prevenção e regulação das reações adversas da própria terapêutica, bem como cuidados prescritos para a sua prevenção e controle.

As dimensões e limites semânticos do instrumento foram dados dentro do contexto da Teoria de Autocuidado de Orem para torná-lo claro e preciso. Para tanto, as dimensões teóricas citadas anteriormente foram subdivididas em cinco tópicos que permitem a coleta e interpretação de dados da realidade prática do paciente a que se destina o cuidado.

Deste modo, o primeiro tópico do instrumento foi destinado aos dados de identificação. No segundo tópico, foram inseridas informações sobre as condições socioeconômicas em que vive o paciente e sua família. O terceiro tópico foi constituído de itens que permitem o levantamento de informações relativas ao problema de saúde instaurado, incluindo itens específicos inerentes à administração de quimioterapia. O quarto tópico aborda as características do funcionamento dos sistemas do corpo do indivíduo como um todo. E, por fim, o quinto tópico inclui itens sobre o estado psicológico, crenças, aspectos culturais, percepção de si mesmo e dos outros. Em seguida, a divisão nos cinco tópicos citados, os itens do instrumento foram realocados nas categorias apropriadas. Para revisão dos termos constantes no instrumento, foi empregada a NANDA-I, taxonomia II, versão 2015-2017, visto que, nesta fase do estudo, a versão 2018-2020 ainda não havia sido publicada.

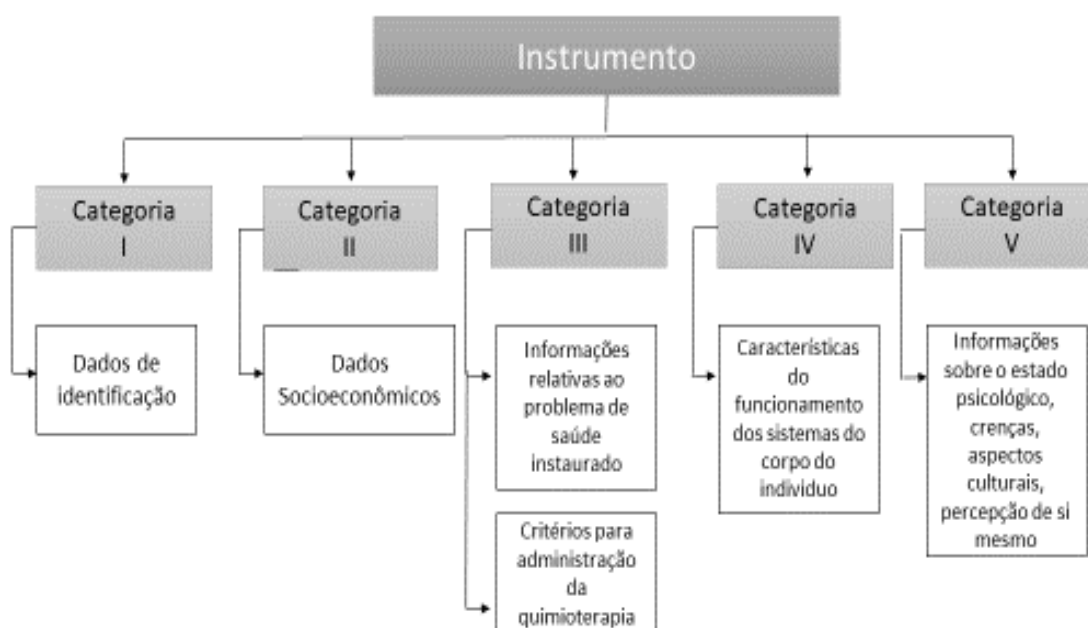


Figura 2- Diagrama do conteúdo do instrumento de coleta de dados para consulta de enfermagem ao adulto e idoso em quimioterapia antineoplásica
Fonte: Autoria própria, Aracaju, 2019

6.3 VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA E CONTEÚDO DO “INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM A PACIENTES EM QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA”: TÉCNICA DE DELPHI

Com o instrumento revisado, foi realizada a validação de aparência e conteúdo, utilizando o método de Delphi que “permite o acesso a informações altamente especializadas, com interação entre os participantes e o pesquisador, e o compartilhamento de ideias e opiniões” (SCARPARO *et al.*, 2012). Para tanto, foram seguidas as etapas ilustradas a figura 3.

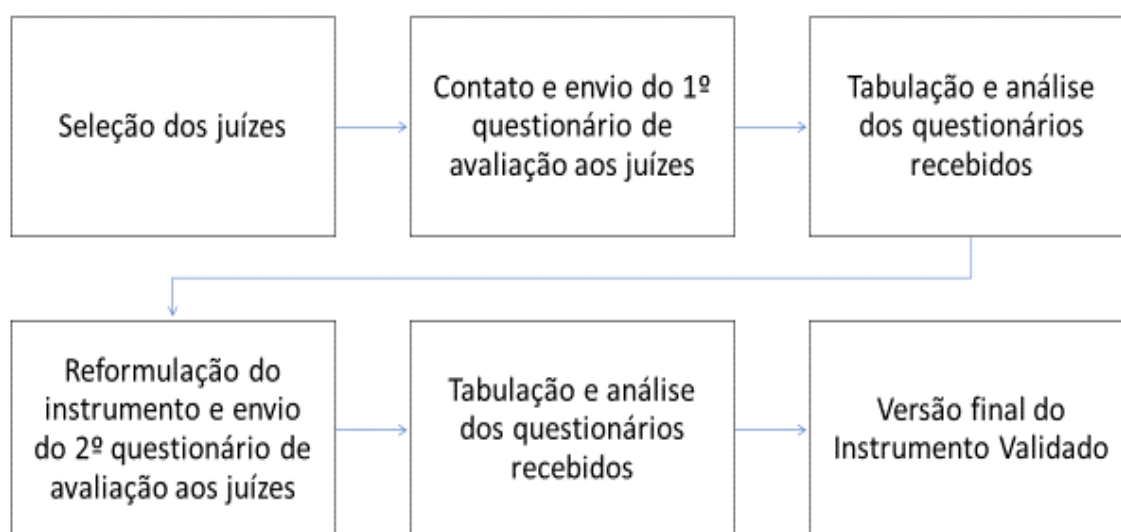


Figura 3- Etapas de execução da Técnica de Delphi para validação de aparência e conteúdo do instrumento de coleta de dados para consulta de enfermagem ao adulto e ao idoso em quimioterapia antineoplásica
Fonte: Autoria própria, Aracaju, 2019

6.3.1 Seleção dos juízes

Neste estudo, a seleção da amostra foi configurada como não aleatória e de conveniência, visto que se buscou selecionar *experts* na temática em estudo: enfermagem oncológica.

A seleção dos juízes ocorreu em duas fases: busca na Plataforma Lattes e aplicação da adaptação do sistema de classificação de especialista do Modelo de Validação de Fehring (1987) aos currículos selecionados. Na primeira fase, realizou-se uma busca na Plataforma Lattes, com o uso do unitermo “validação” e dos filtros: nacionalidade (Brasil); formação acadêmica (doutorado); atuação profissional (ciências da saúde/enfermagem); e idioma (português). Neste momento, foram identificados 181 currículos considerados aptos para a próxima fase da seleção.

Na segunda fase, com o intuito de garantir a qualificação profissional dos juízes, como preconiza a técnica de Delphi, foi aplicada, para a seleção destes, a adaptação do sistema de classificação de especialista do Modelo de Validação de Fehring (1987) em todos os currículos previamente selecionados (Quadro 3). De acordo com o referido sistema de seleção, para os especialistas se enquadrarem como juízes, necessitam atingir a contagem mínima de cinco pontos (FEHRING, 1987). A adaptação foi realizada para adequação do objeto da pesquisa.

Quadro 3 - Adaptação do sistema de classificação de especialista do Modelo de Validação de Fehring.

Critério Fehring (1987)	Pontos	Crítérios Adaptados	Pontos Adaptados
Ser mestre em enfermagem.	4	Ser mestre (Critério obrigatório).	0
Ser mestre em enfermagem, com dissertação na área de interesse diagnóstico.	1	Ser mestre, com dissertação sobre oncologia.	2
Ter pesquisa publicada sobre diagnóstico ou conteúdo relevante.	2	Ter pesquisa publicada sobre processo de enfermagem em oncologia.	2
Ter artigo publicado sobre diagnóstico em periódico indexado.	2	Ter artigo publicado sobre processo de enfermagem em oncologia em periódico indexado.	3
Ter doutorado em enfermagem, com tese na área de interesse de diagnóstico.	2	Ter doutorado com tese na área de processo de enfermagem em oncologia.	4
Ter prática clínica recente, de no mínimo, um ano na temática abordada.	1	Ter prática clínica recente, de no mínimo, um ano em processo de enfermagem em oncologia.	1

Ter capacitação (especialização) em área clínica relevante ao diagnóstico de enfermagem de interesse.	2	Ter capacitação (especialização) em oncologia.	2
Pontuação máxima	14	Pontuação máxima	14

Nesta fase, foram considerados juízes aptos para participar da pesquisa, os que atingiram a contagem mínima de cinco pontos, totalizando uma amostra de 23 juízes. Com a amostra definida, foi iniciada a busca, na própria Plataforma Lattes, pelo contato virtual (*e-mail*) para o início da coleta dos dados. Também, foi necessária a busca do contato virtual nas referências das produções científicas de alguns dos juízes selecionados, em virtude da ausência desta informação na referida plataforma. Não foram incluídos os participantes que não responderam aos contatos virtuais após os três envios realizados a cada quinze dias, prazo máximo estipulado pela pesquisadora.

6.3.2 Coleta de dados

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 82002118.6.0000.5546, o sob parecer: 2.524.833 (Anexo C), foi iniciada a coleta de dados que se deu em duas rodadas. Para tanto, e, conforme a técnica de Delphi, foi enviado aos vinte e três juízes selecionados um *e-mail* com a carta convite (Apêndice A) para participação na pesquisa, constando os objetivos do estudo, instruções de participação e o *link* de acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) e o questionário semiestruturado de coleta de dados elaborado pela autora através da ferramenta do Google Docs® (Apêndice C).

Ao acessar o *link*, o juiz é direcionado para a primeira seção do questionário, na qual consta o TCLE. Para o juiz que não aceita participar, é emitido o agradecimento e, neste momento, ocorre o fechamento do questionário. Vale ressaltar que, neste estudo, nenhum juiz se negou a participar através da formalização de não aceite prevista no questionário. Os juízes que firmaram o TCLE foram automaticamente direcionados para a segunda seção do questionário, que solicita informações sociodemográficas, acadêmicas e de atuação profissional dos participantes.

As próximas quatro seções do questionário foram direcionadas à avaliação do instrumento de coleta de dados para consulta de enfermagem ao adulto e ao idoso em quimioterapia antineoplásica. Cada seção corresponde a uma categoria do instrumento e

contempla questões referentes aos aspectos da validação de: adequação ao modelo proposto; conteúdo; aparência; clareza/compreensão; e objetividade. Para cada um destes aspectos, há a obrigatoriedade do preenchimento de uma escala do tipo *Likert*, que é uma técnica de classificação em que os juízes se posicionam com uma medida de concordância atribuída ao item e, de acordo com esta afirmação, infere-se a medida do constructo (SILVA JUNIOR; COSTA, 2014). Considerou-se uma pontuação de um a três, que, respectivamente, corresponde a: 1- Adequado; 2- Parcialmente adequado; e 3- Inadequado. Quando atribuído pelo juiz o escore 2 e/ou 3 ao item, solicitou-se descrição do motivo que justificou a escolha. Para cada seção, foi deixado um campo em aberto para que os juízes pudessem expor seus comentários e/ou sugestões.

A primeira rodada de coleta de dados ocorreu no período de 1º de maio a 8 de junho de 2018, no qual foi enviado *e-mail* aos vinte e três juízes da amostra inicial. Em virtude da adesão de poucos juízes, fez-se necessário o reenvio do questionário a cada quinze dias, tempo estipulado pela pesquisadora para devolução. Ao fim do referido período, foram considerados como participantes do estudo os nove juízes que acessaram o *link* indicado na carta convite e responderam ao questionário. Esta amostra foi considerada suficiente, pois para a técnica de Delphi não existe uma quantidade predefinida para composição do painel de participantes. O êxito da aplicação da técnica está vinculado à qualificação destes juízes (ALMEIDA *et al.*, 2009).

Após a coleta da primeira rodada, os dados foram tabulados e, para a análise, foi atribuído, um nível de consenso de 80% entre os juízes sobre cada item. Diante dos resultados, foram feitas as alterações cabíveis no instrumento em processo de validação. Em seguida, deu-se início a segunda rodada no período de 17 de agosto a 29 de outubro de 2018, com o envio do segundo questionário aos nove juízes que participaram da primeira.

Na segunda rodada, somente quatro juízes responderam ao questionário. Assim, os dados desta rodada foram tabulados e analisados conforme a primeira rodada e, diante dos resultados da avaliação desta última versão, o instrumento de coleta de dados para consulta de enfermagem ao adulto e ao idoso em quimioterapia antineoplásica foi considerado válido, considerando o alcance do nível de consenso entre os juízes estipulado para o estudo, bem como a premissa da técnica de Delphi de que o instrumento pode ser considerado válido a partir de duas rodadas, desde que tenha alcançado o consenso desejado, referente ao objetivo do estudo (SCARPARO *et al.*, 2012). Destaca-se que as desistências não comprometeram a qualidade e validade da pesquisa, pois desistências são previstas no uso desta técnica (PEREIRA; ALVIM,

2015), e houve um índice de concordância de 100% entre os juízes que participaram da rodada (POLIT; BECK, 2006)

6.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram tabulados e armazenados no banco de dados eletrônico no programa computacional *Microsoft Office Excel 2016*® e, *a posteriori*, foram transcritos para o software R, versão 3.5.0. Para a validação do instrumento, calculou-se a concordância dos juízes acerca de cada item com o I-CVI (Item-Level Content Validity Index); a proporção de itens que obteve concordância de cada juiz, com o S-CVI/ AVE (Scale-level Content Validity Index, Average Calculation Method); e a média do S-CVI/AVE, que consiste no S-CVI (Scale-level Content Validity Index). Também, aplicou-se teste binomial, com nível de significância de 5%, para verificar se a proporção de concordância foi estatisticamente igual ou superior a 0,8.

6.5 RISCOS E BENEFÍCIOS

Este estudo não apresenta riscos com relação a danos físicos ou morais aos participantes. A identidade destes foi preservada durante todo o estudo e publicação do trabalho.

O benefício deste estudo para a categoria foi a oferta do instrumento de coleta de dados para consulta de enfermagem a pacientes em quimioterapia antineoplásica validado. E para o paciente pois o uso desta ferramenta de apoio, promove a melhoria da assistência de enfermagem para estes pacientes.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A composição deste capítulo consta de um manuscrito elaborado durante o desenvolvimento da pesquisa, cujo objeto de pesquisa está diretamente vinculado à temática da dissertação, a saber:

Artigo - Consulta de enfermagem em quimioterapia antineoplásica: validação de instrumento de coleta de dados;

Visando publicações para a disseminação do conhecimento e atendendo às normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, o referido manuscrito foi organizado em formato de artigo científico, seguindo as normas do periódico Revista Gaúcha de Enfermagem (Qualis B1 internacional), o qual foi submetido (Anexo D);

Esta dissertação de mestrado proveu, ainda, como resultados preliminares, a apresentação de um trabalho científico em evento da área de enfermagem, sob a forma de apresentação oral, cujo resumo expandido foi publicado em anais, a saber:

- Apresentação de Trabalho em congresso
 1. SANTOS, Y. M. O.; LEITE, P. M. G.; GONCALVES, L. L. C.; ANDRADE, J. S. Diagnósticos de enfermagem em oncologia: revisão integrativa. In: I Congresso Internacional de Enfermagem, 2017, Aracaju.
- Resumo expandido publicado em anais de congresso (Anexo E)
 1. SANTOS, Y. M. O.; LEITE, P. M. G.; GONCALVES, L. L. C.; ANDRADE, J. S. Diagnósticos de enfermagem em oncologia: revisão integrativa. In: I Congresso Internacional de Enfermagem, 2017, Aracaju. Anais do I Congresso Internacional de Enfermagem, 2017.

7.1 ARTIGO

CONSULTA DE ENFERMAGEM EM QUIMIOTERAPIA

ANTINEOPLÁSICA: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

NURSING CONSULTATION IN ANTINEOPLASTIC CHEMOTHERAPY:

VALIDATION OF A DATA COLLECTION INSTRUMENT

CONSULTA DE ENFERMERÍA EN QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA:

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Yara Mercedes Oliveira Santos

Joseilze Santos de Andrade

José Rodrigo Santos Silva

Leila Luiza Conceição Gonçalves

RESUMO:

Objetivo: validar a aparência e o conteúdo e de um instrumento de coleta de dados para a primeira consulta de enfermagem a pacientes adultos e idosos submetidos à quimioterapia antineoplásica.

Método: estudo metodológico em duas etapas: revisão do instrumento de coleta de dados e validação deste, através da técnica de Delphi, que utilizou um questionário semiestruturado *on-line*. O nível de concordância foi de 80%, analisado mediante índice de validação de conteúdo e teste binomial.

Resultados: na primeira rodada, somente um tópico do instrumento obteve o índice de validade conteúdo inferior ao estipulado (78%) quanto à clareza/compreensão. O instrumento foi validado na segunda rodada, com concordância de 100%, Scale-level Content Validity Index, AVERAGE Calculation Method = 1 e Scale-level Content Validity Index da validação de conteúdo de 1 ($p < 0,00$). **Conclusão:** o instrumento foi considerado válido quanto à aparência e

ao conteúdo pelos juízes, e o seu uso poderá contribuir para a implementação da Consulta de Enfermagem e atender às necessidades dos pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica.

Palavras-chave: Processo de Enfermagem Consulta de Enfermagem, Coleta de Dados, Estudos de Validação e Enfermagem Oncológica.

ABSTRACT

Objective: *to validate the content and appearance of a data collection instrument for the first nursing visit to adult and elderly patients submitted to antineoplastic chemotherapy.*

Method: *a two-step methodological study: a review of the data collection instrument and its validation, using the Delphi technique, using an online semi-structured questionnaire. The level of agreement was 80%, analyzed by content validation index and binomial test.*

Results: *in the first round only one instrument topic obtained lower than stipulated content validity index (78%) for clarity/comprehension. The instrument was validated in the second round with 100% agreement, Scale-level Content Validity Index, Average Calculation Method = 1 and Scale-level Content Validity Index content validation of 1 ($p < 0.001$).*

Conclusion: *the instrument was considered valid regarding the appearance and content by the judges and its use could contribute to the implementation of the Nursing Consultation and meet needs of the patients submitted to antineoplastic chemotherapy.*

Keywords: *Nursing Consultation, Data Collection, Validation Studies, Oncology Nursing and Nursing Process.*

RESUMEN:

Objetivo: *validar el contenido y la apariencia de un instrumento de recolección de datos para la primera consulta de enfermería a pacientes adultos y ancianos sometidos a quimioterapia antineoplásica.*

Método: estudio metodológico en dos etapas: revisión del instrumento de recolección de datos y validación de éste, por medio de la técnica de Delphi, utilizando un cuestionario semiestructurado online. El nivel de concordancia de fue 80%, analizado mediante índice de validación de contenido y prueba binomial.

Resultados: primera ronda sólo un tópico del instrumento obtuvo el índice de validez de contenido inferior al estipulado (78%) en cuanto a claridad/compreensión. El instrumento fue validado en la segunda ronda con una concordancia del 100%, Scale-level Content Validity Index, Averange Calculation Method = 1 y Scale-level Content Validity Index de la validación de contenido de 1 ($p < 0,001$).

Conclusión: el instrumento fue considerado válido en cuanto a la apariencia y contenido por los jueces y su uso podrá contribuir a la implementación de la Consulta de Enfermería y atender las necesidades de los pacientes sometidos a quimioterapia antineoplásica.

Palabras clave: Consulta de Enfermería, Recolección de Datos, Estudios de Validación, Enfermería Oncológica y Proceso de Enfermería

INTRODUÇÃO

O câncer é um problema de saúde pública, sobretudo nos países em desenvolvimento. No Brasil, a estimativa de cerca de 417 mil novos casos em 2019 ⁽¹⁾. Dentre as modalidades de tratamento, a Quimioterapia Antineoplásica (QT) é uma das que possui maior incidência de cura e aumento de sobrevida. No entanto, a QT atua de forma sistêmica em células de divisão rápida, o que produz reações adversas que afetam o estado psíquico, físico e a qualidade de vida do indivíduo. Desta forma, é necessário o desenvolvimento de uma linha de cuidado integral e individualizada capaz de assistir o paciente e que considere a prevenção e o controle das reações adversas ⁽²⁾.

Deste modo, a atuação dos profissionais de enfermagem em oncologia demanda habilidades técnico-científica, afetiva e relacional, uma vez que estão em maior contato com a pessoa com câncer nas ações de cuidados específicos ⁽³⁾. Para desenvolver a assistência de enfermagem ambulatorial de forma sistematizada, é essencial a aplicação da consulta de enfermagem (CE), visto que esta ferramenta orienta o cuidado individualizado e gera resultados benéficos para o indivíduo e para os serviços de saúde. Ressalta-se que a CE está organizada em cinco etapas inter-relacionadas, as quais sejam, a coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem ⁽⁴⁾.

O presente estudo enfatiza a coleta de dados, visto que ela se destina à investigação das necessidades de saúde, de modo que a fidelidade, a validade e a significância dos dados coletados são decisivas para a precisão dos diagnósticos de enfermagem, bem como para o sucesso das demais etapas ⁽⁴⁾. Assim, faz-se importante o uso de instrumentos de coleta de dados direcionados às características dos pacientes oncológicos que atendam aos objetivos do serviço, estejam baseados em uma teoria de enfermagem e possibilitem a interação com sistemas de classificação de enfermagem utilizados nas etapas seguintes. Para este fim, torna-se relevante que os mesmos sejam submetidos a um processo de validação por meio de pesquisa científica ⁽⁵⁾.

Neste sentido, o estudo teve como inspiração um instrumento publicado ⁽⁶⁾ por enfermeiros de um serviço de oncologia, construído à luz da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, que define o autocuidado como o desempenho de atividades por parte do indivíduo, em benefício próprio, e coloca o enfermeiro como mediador no engajamento do paciente para este autocuidado em direção da melhoria da qualidade de vida, saúde e bem-estar ⁽⁷⁾.

Assim, diante da importância da CE e da escassez de instrumentos validados para uso em pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica ⁽⁸⁾, o estudo teve como objetivo validar,

quanto à aparência e ao conteúdo, um instrumento de coleta de dados para a primeira consulta de enfermagem a pacientes adultos e idosos submetidos à quimioterapia antineoplásica.

Espera-se que o uso deste instrumento validado contribua para a prática de enfermagem, por meio da implementação da Consulta de Enfermagem a pacientes adultos e idosos submetidos à quimioterapia antineoplásica, uma vez que a investigação possibilitará o atendimento às necessidades de saúde dessa clientela. Também, a aplicação do referido instrumento no ensino e na pesquisa poderá instrumentalizar alunos, docentes e pesquisadores na produção do conhecimento na temática do processo de enfermagem, sobretudo, na área de enfermagem oncológica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico de abordagem quantitativa, desenvolvido em duas etapas: revisão do instrumento de coleta de dados para a consulta de enfermagem ao adulto e ao idoso em quimioterapia antineoplásica, e validação desse instrumento revisado por meio da técnica Delphi.

O instrumento revisado e validado foi construído e publicado ⁽⁶⁾ por enfermeiros de um serviço de oncologia de Sergipe, cujo termo de autorização de uso foi assinado pelas autoras. No processo de revisão do instrumento, foram preservados a base teórica, Teoria do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem e o sistema de classificação de enfermagem, NANDA-I, utilizados na construção. Para tanto, foram considerados como dimensões teóricas os fatores condicionantes básicos e os requisitos de autocuidado universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde conceituados pelo modelo teórico. Para revisão dos termos constantes no instrumento, foi empregada a NANDA-I, taxonomia II, versão 2015-2017, visto que nesta fase do estudo, a versão 2018-2020 ainda não havia sido publicada.

Adotaram-se os conceitos da teoria escolhida na estrutura do instrumento, de forma que este ficou organizado em cinco tópicos, dos quais os dois primeiros relativos aos fatores condicionantes básicos e os demais contemplam os requisitos de autocuidado de Orem. Desse modo: o primeiro tópico é destinado aos dados de identificação; o segundo contém informações acerca dos aspectos socioeconômicos; o terceiro direciona para a investigação de informações relativas aos problemas de saúde instaurados, incluindo itens específicos inerentes à quimioterapia; o quarto tópico aborda as características do funcionamento dos sistemas do corpo do indivíduo como um todo; e o quinto inclui itens sobre o estado psicológico, crenças, aspectos culturais, percepção de si mesmo e dos outros.

Para a validação de aparência e conteúdo do instrumento revisado, foi utilizado o Método Delphi, uma técnica que busca a concordância de opiniões de especialistas a respeito de um problema ⁽⁹⁾. A seleção dos juízes foi realizada por meio da busca de currículos na Plataforma Lattes, sendo identificados 181 currículos. Aplicou-se uma versão adaptada do sistema de classificação de especialista do Modelo de Validação de Fehring ⁽¹⁰⁾, cujos critérios de inclusão foram: ser mestre; ser mestre com dissertação sobre oncologia; ter pesquisa publicada sobre processo de enfermagem em oncologia; ter artigo publicado sobre processo de enfermagem em oncologia em periódico indexado; ter doutorado com tese na área de processo de enfermagem em oncologia; ter capacitação (especialização) em oncologia; e ter prática clínica recente de, no mínimo, um ano em processo de enfermagem em oncologia. Foi considerado apto para validar a pesquisa, o especialista que apresentou, no mínimo, cinco e, no máximo, 14 pontos, sendo selecionados 23 juízes, os quais foram contatados por *e-mail*, informando os objetivos do estudo, instruções de participação, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, instrumento de coleta de dados para a primeira consulta de enfermagem ao adulto e ao idoso em quimioterapia antineoplásica e o questionário semiestruturado para validação de aparência e conteúdo, elaborado na ferramenta do Google Forms®. O questionário permite a

avaliação do instrumento de consulta de enfermagem quanto aos seguintes critérios: adequação ao modelo proposto; conteúdo; aparência; clareza/compreensão; e objetividade, por meio de uma escala do tipo *Likert* de três pontos: Adequado; Parcialmente adequado; e Inadequado. Para os itens avaliados como Parcialmente Adequado ou Inadequado, foram disponibilizados espaços para justificativas, comentários e/ou sugestões.

A coleta de dados, realizada no período de maio a outubro de 2018, consistiu em duas rodadas de Delphi. Na primeira rodada, desenvolvida de maio a junho, participaram nove juízes. Na segunda, ocorrida de agosto a outubro, responderam quatro dos nove juízes iniciais. Salienta-se que os questionários respondidos na primeira rodada foram analisados estatisticamente para determinar a validade. Foi estipulado um nível de consenso de 80% entre os juízes e, também, foram considerados, pelos autores, os comentários e sugestões emitidos pelos juízes para reformulação do instrumento, o qual foi enviado na segunda rodada.

Utilizou-se, para tabulação e análise estatística dos dados, o programa computacional Microsoft Office Excel 2016 ® e o software R, versão 3.5.0. Para a validação do instrumento, calculou-se a concordância dos juízes acerca de cada item, com o I-CVI (*Item-Level Content Validity Index*); a proporção de itens que obteve concordância de cada juiz, com o S-CVI/ AVE (*Scale-level Content Validity Index, Average Calculation Method*); e a média do S-CVI/AVE, que consiste no S-CVI (*Scale-level Content Validity Index*). Também, aplicou-se teste binomial, com nível de significância de 5%, para verificar se a proporção de concordância foi estatisticamente igual ou superior a 0,8.

Os juízes participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) através do *link* de aceite e foram observados os demais aspectos éticos da Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Pesquisa. O estudo foi aprovado em 5 de março de 2018 pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe segundo o parecer número 2.524.833.

RESULTADOS

O instrumento de coleta de dados para primeira consulta de enfermagem destinado à admissão do paciente no serviço de quimioterapia ambulatorial ficou estruturado, ao final do processo de validação, em cinco tópicos com os itens distribuídos de acordo com os conceitos da teoria de autocuidado, conforme apresenta o quadro 1.

Quadro 1- Itens do instrumento de coletada de dados para primeira consulta de enfermagem ao adulto/idoso em quimioterapia antineoplásica.

Tópicos	Itens
I. Dados de identificação:	Nome, número de prontuário, data de nascimento, idade, número de telefone, sexo, cidade e estado;
II. Dados socioeconômicos:	Escolaridade, estado civil, profissão, ocupação, número de filhos e condições de moradia;
III. Requisitos de autocuidado relacionados aos desvios de saúde:	Órgão de origem, antecedentes familiares e pessoais, patologias associadas, alergias, medicações em uso, cirurgias anteriores, história atual da doença oncológica, queixa atual, tratamento atual, critérios para aplicação da QT (Performance Status, peso, altura, índice de massa corporal, pressão arterial, temperatura, pulso, respiração, valores hematológicos: Hb; leucócitos; neutrófilos; plaquetas, dosagens séricas: ureia; creatinina, bilirrubina, ácido úrico, transferases);
IV. Requisitos de autocuidado universais:	Dor (local e escala de avaliação), manutenção do processo respiratório, tipo de dieta, aceitação alimentar, estado nutricional, ingesta hídrica, ingestão e digestão, pele, condição de higiene, mucosas conjuntivas, mucosa oral, condição da higiene oral, condição do abdome, alterações abdominais, eliminação intestinal, eliminação urinária, alteração vaginal/anal/uretral, condição da rede venosa, avaliação do acesso venoso, sono, sexualidade, motricidade, alterações eletrocardiográficas, manutenção do equilíbrio e percepção e cognição;
V. Requisitos de autocuidado desenvolvimentais:	Autopercepção, princípios da vida, enfrentamento e tolerância ao estresse (medo, ansiedade, inquietação, incerteza, irritabilidade) mudanças após ter conhecimento da doença.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019

Quanto à caracterização dos juízes, a maioria se declarou do sexo feminino (88,89%) e possuía doutorado (77,78%). Todos eram docentes, com idade média de 45,89 anos ($\pm 8,74$ anos) e tempo médio de formação de 21,78 anos, ($\pm 9,17$ anos).

Primeira rodada

Na validação de aparência e conteúdo, a maioria dos tópicos do instrumento obteve IVC superior ao estabelecido, variando entre 89% a 100%, conforme a tabela 1. Somente o tópico III- Requisitos de autocuidado relacionados aos desvios de saúde quanto à clareza/compreensão não foi validado (78%). Salienta-se que os juízes emitiram sugestões para adequação deste item, que foi reavaliado na segunda rodada.

Tabela 1 – Concordância dos juízes quanto à adequação ao modelo proposto, conteúdo, aparência, clareza/compreensão e objetividade do instrumento de coleta de dados para primeira consulta de enfermagem ao adulto/idoso em quimioterapia antineoplásica. Aracaju- Se, maio a junho de 2018.

Item	n (%)*	I-CVI**	p-valor***
Tópicos I e II			
Adequação ao modelo proposto	9 (100,0)	1,00	0,268
Conteúdo	9 (100,0)	1,00	0,268
Aparência	9 (100,0)	1,00	0,268
Clareza/Compreensão	8 (88,9)	0,89	0,872
Objetividade	9 (100,0)	1,00	0,268
Tópico III			
Adequação ao modelo proposto	9 (100,0)	1,00	0,268
Conteúdo	9 (100,0)	1,00	0,268
Aparência	8 (88,9)	0,89	0,872
Clareza/Compreensão	7 (77,8)	0,78	0,868
Objetividade	9 (100,0)	1,00	0,268
Tópico IV - Parte 1			
Adequação ao modelo proposto	9 (100,0)	1,00	0,268
Conteúdo	9 (100,0)	1,00	0,268
Aparência	9 (100,0)	1,00	0,268
Clareza/Compreensão	9 (100,0)	1,00	0,268
Objetividade	9 (100,0)	1,00	0,268
Tópico IV - parte 2			
Adequação ao modelo proposto	9 (100,0)	1,00	0,268
Conteúdo	8 (88,9)	0,89	0,872
Aparência	9 (100,0)	1,00	0,268
Clareza/Compreensão	9 (100,0)	1,00	0,268
Objetividade	9 (100,0)	1,00	0,268
Tópico V			
Adequação ao modelo	9 (100,0)	1,00	0,268
Conteúdo	9 (100,0)	1,00	0,268
Aparência	9 (100,0)	1,00	0,268
Clareza/Compreensão	9 (100,0)	1,00	0,268
Objetividade	9 (100,0)	1,00	0,268

Fonte: Dados da pesquisa, 2019

Notas: *Percentual de concordância; **Item-Level Content Validity Index; ***Teste binomial

Um total de 45 sugestões emitidas pelos juízes foram analisadas a partir de estudos recentes em oncologia e do referencial teórico adotado, prevalecendo o maior índice de concordância. Foram acatadas 66% das sugestões que, em sua maior parte, versavam sobre a organização lógica das informações para melhor entendimento e aplicação do instrumento. Houve, também, sugestões quanto às correções ortográficas e a inserção de itens relacionados à coleta de dados sobre aspectos clínicos.

Deste modo, atendendo à sugestão de três juízes, o título do instrumento foi alterado, tornando-o específico para o uso em adultos e idosos em conformidade com o conteúdo. Quanto aos tópicos I e II- dados de identificação e socioeconômicos, apesar de apresentarem IVC superior a 0,8, foi sugerido por três juízes a modificação e reordenação de alguns itens para a validação quanto à aparência e clareza/compreensão.

O tópico III - requisitos de autocuidado relacionados aos desvios de saúde, obteve no domínio aparência o IVC de 88,89% e no domínio clareza/compreensão o IVC foi de 77,78%. Neste, seis, dos nove juízes, fizeram sugestões quanto à reordenação, substituição e acréscimos de alguns itens. Aos registros dos antecedentes familiares, foi acrescentado espaço para a designação do grau de parentesco. Nos antecedentes pessoais, patologias associadas apresentadas na forma de siglas foram redigidas por extenso, a exemplo de IRC para insuficiência renal crônica. Na história atual da doença, o item estágio clínico foi acrescentado, e as especificações sobre mastectomia foram retiradas, uma vez que se trata de um instrumento voltado ao adulto/idoso com diagnóstico de qualquer tipo de câncer. Nos critérios para aplicação da quimioterapia, foram acrescentados os itens de registro do Índice de Massa Corporal (IMC), pulso e respiração.

O tópico IV- requisitos universais (partes 1 e 2) obteve o maior número de sugestões emitidas pelos juízes. Neste, a escala de avaliação da dor com números e faces foi substituída pela escala numérica. Em todas as categorias de investigação dos requisitos universais foram

acrescentadas as opções “sem alterações” e “outros”. Também, foi incluída a categoria de avaliação da condição da rede venosa. Quanto à avaliação do acesso venoso, acrescentou-se o item data e substituiu-se a palavra implantação por inserção no item de acessos venosos centrais de implantação periférica. Por fim, o item insônia, apresentado no tópico V- Requisitos desenvolvimentais, foi transferido para o tópico IV em alterações do sono.

Em relação à proporção de concordância da validação de aparência e conteúdo do instrumento, um juiz discordou de dois itens (concordância com 92% dos itens e S-CVI/AVE = 0,92), três juízes discordaram de um item (concordância de 96% e S-CVI/AVE = 0,96) e cinco juízes concordaram com todos os itens (SCVI-AVE = 1). Assim, o S-CVI da validação de conteúdo foi de 0,98 ($p < 0,001$).

Segunda rodada

Após adequação do instrumento de acordo com as sugestões dos juízes, deu-se continuidade à técnica de Delphi, foi enviado um *e-mail* para os nove juízes que participaram da primeira rodada contendo: carta com os agradecimentos pela participação e contribuições na primeira rodada; bem como explicações quanto às análises estáticas realizadas e decisões tomadas para reformulação do instrumento. Ainda, no *e-mail*, constavam as orientações para participação na segunda rodada, com o instrumento reformulado e o *link* de acesso ao questionário de avaliação.

Dos nove juízes, quatro responderam ao questionário. As desistências não comprometeram a qualidade e validade da pesquisa, pois desistências são previstas no uso dessa técnica ⁽⁹⁾. Na proporção de concordância da validação de aparência e conteúdo, não houve discordância em nenhum item entre os juízes, atingindo a concordância de 100% e S-CVI/AVE = 1. Assim, o S-CVI da validação de conteúdo foi de 1 ($p < 0,001$), conforme Tabela 2. No entanto, houve ainda duas sugestões: o acréscimo do item idade no tópico I e do item mucosite

oral no item avaliação da mucosa oral do tópico IV. Ressalta-se que ambas as sugestões foram acatadas para adequação do instrumento.

Tabela 2 – Concordância dos juízes quanto à adequação ao modelo proposto, conteúdo, aparência, clareza/compreensão e objetividade do instrumento de coleta de dados para primeira consulta de enfermagem ao adulto/idoso em quimioterapia antineoplásica. Aracaju- Se, agosto a outubro, 2018.

Item	n (%)*	I-CVI**	p-valor***
Tópicos I e II			
Adequação ao modelo proposto	4 (100,0)	1,00	0,819
Conteúdo	4 (100,0)	1,00	0,819
Aparência	4 (100,0)	1,00	0,819
Clareza/Compreensão	4 (100,0)	1,00	0,819
Objetividade	4 (100,0)	1,00	0,819
Tópico III			
Adequação ao modelo proposto	4 (100,0)	1,00	0,819
Conteúdo	4 (100,0)	1,00	0,819
Aparência	4 (100,0)	1,00	0,819
Clareza/Compreensão	4 (100,0)	1,00	0,819
Objetividade	4 (100,0)	1,00	0,819
Tópico IV			
Adequação ao modelo proposto	4 (100,0)	1,00	0,819
Conteúdo	4 (100,0)	1,00	0,819
Aparência	4 (100,0)	1,00	0,819
Clareza/Compreensão	4 (100,0)	1,00	0,819
Objetividade	4 (100,0)	1,00	0,819
Tópico V			
Adequação ao modelo	4 (100,0)	1,00	0,819
Conteúdo	4 (100,0)	1,00	0,819
Aparência	4 (100,0)	1,00	0,819
Clareza/Compreensão	4 (100,0)	1,00	0,819
Objetividade	4 (100,0)	1,00	0,819

Fonte: Dados da pesquisa, 2019

Notas: *Percentual de concordância; **Item-Level Content Validity Index; ***Teste binomial

Deste modo, com os resultados das duas rodadas, o instrumento de coleta de dados para consulta de enfermagem ao adulto e ao idoso em quimioterapia antineoplásica foi validado quanto à aparência e ao conteúdo.

Discussão

Considerou-se a multifatorialidade do câncer e a necessidade de assistir o paciente de forma integral ⁽⁷⁾, conforme a teoria de Orem, para adequação e validação do referido

instrumento de coleta de dados de consulta de enfermagem. Essa perspectiva foi relevante na organização e na abordagem dos diversos conteúdos apresentados no instrumento que, se aplicado adequadamente, possibilitará o controle das reações adversas, melhora da qualidade de vida e cuidado de enfermagem integral e singular.

Os tópicos I e II do instrumento possibilitam o levantamento de informações acerca da condição socioeconômica, antecedentes pessoais/familiares e a história atual da doença oncológica, que, sob a perspectiva de Orem, fazem parte de um conjunto de fatores condicionantes básicos que influenciam diretamente na capacidade da realização do autocuidado pelo indivíduo. Por meio da avaliação e análise dessas informações, o enfermeiro poderá conhecer o paciente, sua relação com o ambiente, a sociedade, a família e identificar as necessidades para assim planejar a assistência ⁽⁷⁾.

É preciso considerar a influência dos aspectos socioeconômicos e das reações adversas sobre a adesão aos tratamentos oncológicos e a situação financeira do paciente, respectivamente. Menor adesão à quimioterapia foi verificada na maioria dos pacientes oncológicos atendidos na farmácia central de quimioterapia de um hospital universitário, uma vez que aqueles com baixo nível socioeconômico tinham maior probabilidade de recusar ou abandonar o tratamento ⁽¹¹⁾. Logo, é importante a identificação e avaliação dos aspectos socioeconômicos para que, se necessário, seja viabilizado o acesso aos direitos sociais garantidos pela legislação brasileira, em virtude do agravo de saúde.

Além disso, destaca-se o levantamento de informações acerca dos antecedentes pessoais e familiares e patologias associadas, uma vez que hábitos como: tabagismo e agravos; diabetes; infecções sexualmente transmissíveis; infarto agudo do miocárdio e/ou hipertensão podem constituir fatores de risco para o câncer diagnosticado, assim como para a ocorrência de toxicidades graves durante a quimioterapia, além de interferir na ação de quimioterápicos ⁽¹²⁾.

Ainda, com os objetivos de prevenir, identificar e controlar as reações adversas, o enfermeiro deve verificar se o paciente atende aos critérios mínimos para a administração da quimioterapia, conforme as orientações dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Portanto, os termos validados do tópico III viabilizam a coleta destas informações, direcionando a consulta de enfermagem.

Aspetos referentes a *performance status*, ao peso, a altura e ao Índice de Massa Corporal (IMC) são essenciais para identificar o risco de complicação a que o paciente pode estar exposto, como a desnutrição, que é considerada fator predisponente para o aumento das taxas de mortalidade e a redução da resposta terapêutica. A influência da quimio e da radioterapia no estado nutricional foi observada em mulheres com câncer de colo uterino devido à ocorrência de toxicidades gastrointestinais em cerca de 80% da amostra, levando à redução expressiva no peso e ao aumento da frequência da desnutrição, com prejuízos significativos na capacidade funcional e na qualidade de vida destas mulheres ⁽¹³⁾.

Quanto às reações adversas resultantes da toxicidade hematológica, é preciso monitorá-las através da interpretação de exames laboratoriais, a fim de avaliar a predisposição do paciente a quadros de leucopenia, plaquetopenia, neutropenia e anemia. Mulheres com câncer ginecológico submetidas a protocolos de quimioterapia, que incluíram epirrubicina e ciclofosfamida, combinados ou não com fluorouracil ou cisplatina, apresentaram alterações na contagem de hemácias, hemoglobina e hematócrito, como leucopenia e trombocitopenia ⁽¹⁴⁾. Salienta-se que a neutropenia febril é considerada uma reação grave e uma emergência oncológica que ocorre entre 10% e 50% dos pacientes portadores de tumores sólidos e em mais de 80% dos hematológicos ⁽¹⁵⁾. É importante ressaltar que a ocorrência dessas reações adversas pode limitar ou até mesmo inviabilizar a continuidade do tratamento.

Os termos validados no tópico IV - requisitos universais, permitem identificar reações adversas nos sistemas que envolvem o funcionamento do corpo humano, como as toxicidades:

gastrointestinal; cardiológica; e neurológica. Estes termos também norteiam a avaliação da presença de dor e da condição venosa do paciente, essenciais para a condução da terapêutica.

A segunda toxicidade mais prevalente na quimioterapia é a gastrointestinal, tendo como principais manifestações a mucosite oral, vômitos, diarreia e constipação. A presença de sintomas gastrointestinais, quando não controlados, podem levar a situações que comprometem o seguimento do tratamento e a qualidade de vida do paciente. Em estudo realizado com pacientes portadores de linfoma, submetidos à quimioterapia ambulatorial, verificou-se que os sintomas gastrointestinais com maior incidência na amostra foram as náuseas (53,3%), a disgeusia (33,3%), a xerostomia (43,3%) e a obstipação (43,3%). Ainda foi observado que mais de 50% dos pacientes classificados com algum grau de desnutrição apresentaram estes sintomas ⁽¹⁶⁾. Deste modo, deve-se considerar o paciente oncológico como de risco nutricional e ações multidisciplinares devem ser executadas para reduzir as reações adversas e melhorar a qualidade de vida.

Outra toxicidade associada à quimioterapia que eleva o risco de mortalidade é a cardiotoxicidade. As antraciclinas são os principais quimioterápicos associados à cardiotoxicidade aguda ou crônica, principalmente, quando o uso é combinado com o trastuzumabe. Assim, medidas como a identificação do risco cardiovascular e alterações cardiovasculares e o uso de tratamento para reversão da alteração cardíaca se apresentam eficazes na redução do risco de mortalidade ⁽¹⁷⁾.

Em relação à neurotoxicidade, a fadiga é considerada uma das reações adversas mais prevalentes da quimioterapia, com impacto expressivo na qualidade de vida e na sobrevida do paciente oncológico. Entre pacientes adultos submetidos à quimioterapia para cânceres de hematológicos, os resultados da avaliação da saúde global foram pouco satisfatórios e, dentre as reações adversas, a fadiga foi a mais incidente (53,8%) ⁽¹⁸⁾.

Outra manifestação clínica que compromete as atividades da vida diárias e a qualidade de vida do paciente com câncer é a dor oncológica. Em mulheres portadoras de câncer de mama, identificou-se o aumento médio do nível de dor entre os ciclos com o uso do docetaxel e, por conseguinte, o aumento do uso de analgésico ⁽¹⁹⁾.

No que refere ao tópico V- requisitos desenvolvimentais, os termos validados possibilitam ao enfermeiro avaliação aspectos psicossociais dos pacientes diante da terapêutica e suas reações adversas. O câncer, muitas vezes, propicia, aos sujeitos e seus familiares em condições de fragilidade emocional, sentimentos como angústia, tristeza, medo, incertezas e ansiedade, o que pode refletir, também, na qualidade de vida ⁽¹⁸⁾. Desta forma, é importante a coleta de informações que subsidiem o planejamento da assistência, com ações que abrangem as referências socioculturais e ultrapassem a dimensão biológica e, assim, promover a melhora da qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias ⁽²⁰⁾.

CONCLUSÃO

O estudo revisou e validou um instrumento de coleta de dados para primeira consulta de enfermagem a adultos e idosos em quimioterapia antineoplásica, elaborado à luz da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, cujos termos utilizados estão contemplados na taxonomia NANDA-I. A versão final do instrumento possui duas laudas com 325 termos organizados em tópicos, conforme a teoria escolhida.

Durante a pesquisa, foram encontradas limitações quanto à inexistência de literatura específica sobre a consulta de enfermagem em oncologia, o que demandou busca por contribuições em estudos afins à temática, envolvendo o paciente oncológico e a quimioterapia, bem como a dificuldade de adesão dos juízes à pesquisa.

REFERÊNCIAS

- 1- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva- INCA. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2017.
- 2- Cruz FS, Rossato LG. Cuidados com o paciente oncológico em tratamento quimioterápico: o conhecimento dos enfermeiros da estratégia saúde da família. *Revista Brasileira de Cancerologia* [Internet]. 2015 [citado 2018 dez 04]; 61(4): 335-341. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_61/v04/pdf/04-artigo-cuidados-com-o-paciente-oncologico-em-tratamento-quimioterapico-o-conhecimento-dos-enfermeiros-da-estrategia-saude-da-familia.pdf.
- 3- Lins FG, Souza SR de. Formação dos enfermeiros para o cuidado em oncologia. *Rev. enferm. UFPE*. 2018; 12(1):66-74. doi: 10.5205/1981-8963-v12i01a22652p66-74-2018.
- 4- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 359/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. Brasília: COFEN; 2009.
- 5- Tavares FMM, Tavares WS. Elaboração do instrumento de sistematização da assistência de enfermagem: relato de experiência. *Rev. enferm. Cent-Oeste Min*. 2018; 8:e2015. doi: 10.19175/recom.v8i0.2015.
- 6- Santos APC, RPCD Céu, SY Kameo, VPCN Freire, MPA Campos, WR Lima *et al*. Processo de enfermagem aplicado ao paciente oncológico. In: *Experiências em Sistematização da Assistência de Enfermagem*. Aracaju: editora, 2016. p. 78-101.
- 7- Queirós PJP, Vidinha TSS, Filho AJA. Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Rev. Enf. Ref*. 2014. Série IV - n.º 3: 157-164. doi: 10.12707/RIV14081.
- 8- Tolentino GS, Bettencourt ARC, Fonseca SM. Construção e validação de instrumento para consulta de enfermagem em quimioterapia ambulatorial. *Rev. Bras. Enferm*. 2019; 72(2): 409-17. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0031.

- 9- Pereira RDDM, Alvim NAT. Delphi technique in dialogue with nurses on acupuncture as a proposed nursing intervention. *Esc. Anna Nery Rev. de Enferm.* 2015; v. 19, n. 1, p. 174–180. doi:10.5935/1414-8145.20150024.
- 10- Fehring, R. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart&Lung*, v. 16, n.6, p. 625-9, 1987.
- 11- Souza BF, Pires FH, Dewulf NLS, Inocenti A, Silva AEBC, Miaso AI. Pacientes em uso de quimioterápicos: depressão e adesão ao tratamento. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2013; 47(1):61-8. doi: 10.1590/S0080-62342013000100008.
- 12- Linhas ARD, Dias MCP, Barroso AMP. Cessação tabágica antes do início da quimioterapia no câncer de pulmão de células não pequenas metastático: influência sobre o prognóstico. *J. Bras. Pneumol.* 2018; v.44, p. 436-432. doi: 10.1590/S1806-37562017000000323.
- 13- Aredes MA, Garcez MR, Chaves GV. Influence of chemoradiotherapy on nutritional status, functional capacity, quality of life and toxicity of treatment for patients with cervical cancer. *BRASPEN J.* [Internet] 2017 [citado 2019 jun 02]; 32 (4): 325-34. Disponível em: <http://arquivos.braspen.org/journal/out-dez-2017/06-Influence-of.pdf>.
- 14- Ávila FF, Soares MBO, Silva SR. Hematological and biochemical serum profiles of patients undergoing antineoplastic chemotherapy. *REAS* 2013; 2(2 NEsp):32-45. doi: 10.18554/
- 15- Bergstrom C, Nagalla S, Gupta A. Management of patients with febrile neutropenia a teachable moment. *JAMA Intern Med.* [Internet] 2018 [citado 2019 mar 04]; 178(4): 558–9. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2672206>.
- 16- Laffitte AM, Farias CLA, Wszolek J. Sintomas que afetam a ingestão alimentar de pacientes com linfoma em quimioterapia ambulatorial. *O Mundo da Saúde* [Internet] 2015 [citado 2019 jun 02]; 39(3): 354-361. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/Sintomas_afetam_ingestao.pdf.
- 17- Errante PR. Cardiotoxicidade associada à terapia antitumoral: revisão de literatura. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa.* [Internet] 2017 [citado 2019 jun 20]; v.14, n. 37. Disponível em: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/download/938/u2017v14n37e938>.

- 18- Gomes RA, Coelho ACO, Moura DCA, Cruz JS, Santos KB. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com doença onco-hematológica em quimioterapia. Rev. enferm. UFPE [Internet] 2018 [citado 2019 mar 20]; 12(5):1200-5. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/231413/28860>.
- 19- Neris RR. Indução da dor pelo quimioterápico docetaxel em mulheres com câncer de mama. Acta Paul Enferm. 2016; 29(4):397-404. doi: 10.1590/1982-0194201600055.
- 20- Buetto LS, Zago MMF. Significados da qualidade de vida no contexto da quimioterapia pelo paciente com câncer colorretal. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 [citado 2019 maio 19]; 23(3):427-34 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-0455-2572.pdf

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ante a relevância da coleta de dados para a Consulta Enfermagem, os estudos de validação deste tipo de instrumento consolidam a prática do enfermeiro. O presente estudo contribui com a Enfermagem ao validar, em aparência e conteúdo, um instrumento de coleta de dados para consulta de enfermagem a adultos e idosos em quimioterapia antineoplásica, embasado em uma teoria e usando uma das taxonomias empregada pelos profissionais de enfermagem.

Para além da administração do quimioterápico, o cuidado em enfermagem em oncologia busca a prevenção e controle das reações adversas a terapêutica. Deste modo, o estudo mostra-se importante, pois norteia o enfermeiro para a execução de um cuidado integral de maneira sistemática ao paciente oncológico, considerando as particularidades do indivíduo, família e comunidade em que vive.

Outra contribuição do estudo, é ser útil para o ensino e pesquisa em enfermagem, na medida que permite a produção de conhecimento na temática do processo de enfermagem, sobretudo, na área de enfermagem oncológica.

Ressalta-se a cooperação de juízes qualificados de diferentes regiões brasileiras, os quais emitiram valorosas considerações para o aprimoramento do instrumento.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, D. C. *et al.* Cateter central de inserção periférica: contribuições para a enfermagem oncológica. **Rev. enferm. UFPE on-line**. Recife, v. 13, n. 3, p. 715-31, mar. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/236058/31568>. Acesso em: 06 abr. 2019.
- ALCANTARA, L. S. Interdisciplinaridade e Integralidade: a Abordagem do Assistente Social e do Enfermeiro no INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, p. 109-118, abr.-jun. 2014. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v02/pdf/04-artigo-interdisciplinaridade-e-integralidade-a-abordagem-do-assistente-social-e-do-enfermeiro-no-inca.pdf. Acesso em: 21 mar. 2019.
- ALMEIDA, M. H. M. *et al.* Técnica Delphi: validação de um instrumento para uso do terapeuta ocupacional em gerontologia. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v. 20, n. 1, p. 49-58, jan.-abr. 2009. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rto/article/download/14056/15874/>. Acesso em: 16 mar. 2019.
- ATUN, R. *et al.* Expanding global access to radiotherapy. **Lancet Oncol.** Amsterdã, v.16, p. 1153–86, set. 2015. Disponível em: https://ac.els-cdn.com/S1470204515002223/1-s2.0-S1470204515002223-main.pdf?_tid=7b93be8f-d5a4-45d3-9c1a-9b84d8a090f1&acdnat=1547263321_f4de3cbe9948fddb80ee7d2d034db213. Acesso em: 11 jan. 2018.
- BARBOSA, E. M. G. *et al.* Necessidades de Autocuidado no Período Pós-Parto identificadas em Grupos de Puérperas e Acompanhantes. **Rev. Enferm. Atenção Saúde**. Minas Gerais, v. 7, n.1, p. 166-179, jan.-jul. 2018. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1921/pdf>. Acesso em: 28 jan.2019.
- BARROS, A. L. B. *et al.* **Processo de enfermagem: guia para a prática** / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. São Paulo: COREN-SP, 2015. 113 p.
- BERGSTROM, C.; NAGALLA, S.; GUPTA, A. Management of patients with febrile neutropenia a teachable moment. **JAMA Intern. Med.** United States, v. 178, n. 4, p. 558–9, abr. 2018. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2672206>. Acesso em: 24 mar. 2019.
- BONASSA, E.M.A. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica**: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades Federadas, respeitadas as competências das três esferas [legislação na Internet]. Brasília; 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.html>. Acesso em: 18 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013.** Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Legislação na Internet]. Brasília; 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html 22/8. Acesso em: 18 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014.** Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Legislação na Internet]. Brasília, 2014a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html. Acesso em: 11 dez. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_oncologia.pdf. Acesso em: 19 ago. 2017.

BRAY, F. *et al.* Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **CA Cancer Journal for Clinicians.** New Jersey, United States, v. 68, p. 394–424, nov. 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.21492>. Acesso em: 11 dez. 2018.

BUB, M. B. *et al.* A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto & contexto enfermagem.** Florianópolis, v. 5, p. 152-157, jan. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea18.pdf>. Acesso em: 19 mar.2019.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 159/1993 – **Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem.** Brasília. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html. Acesso em: 06 ago.2017.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 210/1998a. **Dispõe sobre a atuação dos profissionais de Enfermagem que trabalham com quimioterápicos antineoplásicos.** Brasília: 1998. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2101998_4257.html. Acesso em:10 jul. 2017.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 211/ 1998b. **Dispõe sobre a atuação dos profissionais de Enfermagem que trabalham com radiação ionizante.** Brasília, 1998. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2111998_4258.html. Acesso em: 10 jul.2017.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 257/2001. **Acrescenta dispositivo ao Regulamento aprovado pela Resolução COFEN Nº 210/98, facultando ao enfermeiro o preparo de drogas quimioterápicas antineoplásicas.** Brasília,

2001. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2572001_4295.html. Acesso em: 10 jul. 2017.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 358/2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.** Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 10 jul. 2017.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 0544/2017. **Revoga a Resolução COFEN nº 159/1993 - Consulta de Enfermagem.** Brasília, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05442017_52029.html. Acesso em: 6 ago. 2017.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 569/2018. **Aprova o Regulamento Técnico da Atuação dos Profissionais de Enfermagem em Quimioterapia Antineoplásica.** Brasília, 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0569-2018_60766.html. Acesso em: 17 dez. 2018.

COSTA, V. B *et al.* Avaliação da qualidade de vida e capacidade funcional de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. **Cienc Cuid Saude.** Maringá, v.16, n. 3, p. 2-8, out. 2017. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/35663/20946>. Acesso em: 02 jan. 2019.

CRUZ, F. S.; ROSSATO L. G. Cuidados com o paciente oncológico em tratamento quimioterápico: o conhecimento dos enfermeiros da estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Cancerologia.** Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 335-341, set. 2015. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_61/v04/pdf/04-artigo-cuidados-com-o-paciente-oncologico-em-tratamento-quimioterapico-o-conhecimento-dos-enfermeiros-da-estrategia-saude-da-familia.pdf. Acesso em: 4 jul.2018.

CUNHA, G. H. *et al.* Diagnósticos de enfermagem segundo a teoria do autocuidado em pacientes com infarto do miocárdio. **Aquichan.** Colômbia, v. 18, n. 2, p. 222-233, abr. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v18n2/1657-5997-aqui-18-02-00222.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2019.

CUSTÓDIO, C. S. **Injúrias vasculares relacionadas a infusão periférica de quimioterapia em mulheres com câncer de mama: estudo longitudinal/** Carolina De Souza Custódio. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade de Brasília, 2016. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/23002/1/2016_CarolinadeSouzaCust%C3%B3dio.pdf. Acesso em: 2 jan. 2019.

DUARTE, B.G. *et al.* Avaliação perioperatória de indivíduos em quimioterapia com necessidade de intervenção cirúrgica odontológica. **Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa.** São Paulo, v. 63, n. 2, p. 105-9, mar.-abr. 2018. Disponível em: <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/viewFile/256/416>. Acesso em: 10 fev. 2019.

FEHRING, R. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart&Lung**, v. 16, n. 6, p. 625-9, 1987.

FERLAY J. *et al.* Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. **Int. J. Cancer**. New Jersey, United States, v. 144, n. 8, p. 1941-1953, out. 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ijc.31937>. Acesso em: 14 dez. 2018.

FERREIRA, J.N. *et al.* Managing febrile neutropenia in adult cancer patients: an integrative review of the literature. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 70, n. 6, p. 1301-8, nov-dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n6/pt_0034-7167-reben-70-06-1301.pdf. Acesso em: 24 mar. 2019.

FOSTER, P. C.; BENNETT, A. M. *Dorothea E. Orem*. In: GEORGE Julia B. e Col. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 83-1 p.

FREIRE, M. E. M. *et al.* Assistência espiritual e religiosa a pacientes com câncer no contexto hospitalar. **J. res.: fundam. care. On-line**. Rio de Janeiro, v. 9, p. 356-362, abr.-jun. 2017. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=30364&indexSearch=ID>. Acesso em: 20 mar. 2019.

FREITAS, K. **Estratégias para administração segura de antineoplásicos**/ Karina Fritas. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu, 2015. Disponível em <http://hdl.handle.net/11449/134240>. Acesso em: 2 jan. 2019.

FUNDAP. **Curso de especialização de nível técnico em enfermagem- livro do aluno: oncologia**/ coordenador técnica pedagógica Solange de Carvalho Oliveira, Solange Cezário Gomes Ribeiro Cruz, Tomok Matsui. São Paulo: FUNDAP, 2012. 272 p.

GARCIA, S. N. *et al.* Qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária em tratamento quimioterápico. **Rev. baiana enferm.** Salvador, v. 31, n. 2, p.174-89, jun. 2017. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17489/14531>. Acesso em: 6 abr. 2019.

GARCIA, R. C. L. *et al.* Neutropenia febril: abordagem diagnóstica e terapêutica. **Acta Médica**. Porto Alegre, v. 39, n. 2, p. 269-279, maio. 2018. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/acessolivre/periodicos/acta-medica/assets/edicoes/2018-2/arquivos/pdf/25.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2019.

GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Porto Alegre: Artmed, 2000. 355 p.

GEORGES, S. O; BRAGA, C. C; MARTINS, K. A. Variação ponderal e quimioterapia em mulheres com câncer de mama atendidas em serviço público. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 260-268, jun. 2014. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155565/A02.pdf. Acesso em: 24 mar. 2019.

GIACOMOLLI, C. *et al.* Prevalence and measures employed for the control of oral mucositis induced by used antineoplastic drugs in Bone Marrow Transplantation Center. **J Health Sci Inst.** São Paulo, v. 32, n. 1, p. 74-7, nov. 2014. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2014/01_jan-mar/V32_n1_2014_p74a77.pdf. Acesso em: 3 abr. 2019.

GOMES, R. A. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de pacientes com doença onco-hematológica em quimioterapia. **Rev. enferm. UFPE on-line.** Recife, v. 12, n. 5, p. 1200-5, maio. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/231413/28860>. Acesso em: 19 mar. 2019.

GONÇALVES, M, R. C. B. **A compreensão do processo de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros de um hospital universitário do interior de São Paulo.** Tese de doutorado - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu. 2013. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/105624/000742564.pdf?sequence=1>. Acesso em: 12 jul. 2017.

GRIPP, A. E. *et al.* Acurácia do Strain Longitudinal Global na Predição de Cardiotoxicidade em uma Coorte de Pacientes com Câncer de Mama em Tratamento com Antracíclicos e/ou Trastuzumab. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v.110, n. 2, p. 140-150, fev. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2018000200140&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 4 abr. 2019.

GUIMARÃES, R. C. R. *et al.* Ações de enfermagem frente às reações a quimioterápicos em pacientes oncológicos. **J. res.: fundam. care. On-line.** Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2440-2452, abr.-jun. 2015. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3589/pdf_1559. Acesso em: 12 dez. 2018.

HICKMAN, J. S. Introdução a teoria de enfermagem. **IN:** GEORGE, J. B. Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional. Porto Alegre: Artmed, 2000. 355 p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.** Ed. Rev. Atual. Ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008. 628 p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: 2017. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Curso de aperfeiçoamento nos moldes fellow em terapia nutricional em tumores hematológicos** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: Inca, 2018a. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/plano-de-curso-fellow-terapia-nutricional.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva;

organização Mario Jorge Sobreira da Silva. – 4. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: Inca, 2018b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf. Acesso em: 11 dez. 2018.

JEMAL, A.; VINEIS, P.; BRAY, F.; TORRE, L.; FORMAN, D. (Eds). **The Cancer Atlas**. Second Ed. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2014. Disponível em: <http://www.cancer.org/canceratlas.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2017.

KANG, Y. *et al.* Subclinical Anthracycline-Induced Cardiotoxicity in the Long-Term Follow-Up of Lymphoma Survivors: A Multi-Layer Speckle Tracking Analysis. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 110, n. 3, p. 219-228, mar. 2018. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29694546>. Acesso em: 5 mar. 2019.

KARKOW, M. C. *et al.* Experience of families facing the revelation of the cancer diagnosis in one of its integrants. **REME. Rev. Min. Enferm.** Minas Gerais, v. 19, n. 3, p. 747-746, jul.-set. 2015. Disponível em: http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1036/en_v19n3a16.pdf. Acesso em: 05 dez. 2019.

LAFFITTE, A. M.; FARIAS, C. L. A.; WSZOLEK, J. Sintomas que afetam a ingestão alimentar de pacientes com linfoma em quimioterapia ambulatorial. **O Mundo da Saúde.** São Paulo, v. 39, n. 3, p. 354-361, out. 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/Sintomas_afetam_ingestao.pdf. Acesso em: 9 jan. 2019.

LINHAS, A. R. D.; DIAS, M. C. P.; BARROSO, A. M. P. Cessação tabágica antes do início da quimioterapia no câncer de pulmão de células não pequenas metastático: influência sobre o prognóstico. **J. Bras. Pneumol.** Brasília, v. 44, n. 5, p. 436-432, set.-out. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132018000500436&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 1 abr. 2019.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** Tradução: Ivone Evangelista Cabral. 4ª edição. Guanabara Koogan, São Paulo: 2001. 330 p.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C.; CEOLIM, M. F. Fadiga em idosos em tratamento quimioterápico. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 67, n. 4, p. 663-669, jul.-ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0623.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2019.

MARQUES, J. B. V.; FREITAS, D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. **Pro-Posições.** Campinas, v. 29, n. 2, p. 389-415, maio-ago. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pp/v29n2/0103-7307-pp-29-2-0389.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2019.

MARTINS, G. A. Sobre Confiabilidade e validade. **Rev. Bras. Ges. Neg.** São Paulo, v. 8, n. 20, p. 1-12, jan.-abr. 2006. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/6471/sobre-confiabilidade-e-validade>. Acessado em: 12 jul. 2017.

MCEWEN M, WILLS E.M. Bases Teóricas para Enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2009. 576 p.

MEDEIROS, A. K.; WIEHE, M. Cardiotoxicidade induzida por quimioterapia. **Acta Médica**. Porto Alegre, v. 39, n. 20, p. 92-104, jul. 2018. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/acesolivre/periodicos/acta-medica/assets/edicoes/2018-2/arquivos/pdf/9.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2019.

MORAES, J. T. *et al.* Validação de um instrumento para consulta de enfermagem à pessoa com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra, Portugal, série IV, v. 19, p. 127-136, out./nov./dez. 2018. Disponível em: https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=1788&codigo=,. Acesso em: 13 mar. 2019.

MOSTERT, S. *et al.* Influence of socioeconomic status on childhood acute lymphoblastic leukemia treatment in Indonesia. **Pediatrics**. United States, v.118, n. 6, p. 1600-6, dez. 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17074838>. Acesso em: 20 mar. 2019.

NERIS, R. R. Indução da dor pelo quimioterápico docetaxel em mulheres com câncer de mama. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 29, n. 4, p. 397-404, ago. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000400397&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 24 mar. 2019.

NICOLUSSI, A. C. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em quimioterapia. **Rev. Rene**. Ceará, v.15, n. 132-40, jan.-fev. 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/282978806_qualidade_de_vida_relacionada_a_saude_de_pacientes_com_cancer_em_quimioterapia. Acesso em: 19 mar. 2019.

NOGUEIRA, R. T. E. *et al.* Difficult situation in cancer pain: breakthrough pain. **Rev. Dor**. São Paulo, v. 15, n. 1, p. 41-7, jan.-mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132014000100041&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 24 mar. 2019.

OLIVEIRA, M. M. *et al.* Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. Bras. Epidemiol**. São Paulo, v 18, n. 2, p. 146-157, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00146.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2018.

PEARCE, A. *et al.* Productivity losses due to premature mortality from cancer in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS): A population-based comparison. **Cancer Epidemiology**. Amsterdã, v. 53, p. 27-34, abri. 2018. Disponível em: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877782117302126. Acesso em: 14 dez. 2018.

PEREIRA, R. D. D. M.; ALVIM, N. A. T. Delphi technique in dialogue with nurses on acupuncture as a proposed nursing intervention. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 174-180, jan.-mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000100174&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 29 mar. 2019.

PETERS, S. H. **Avaliação da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) e o câncer de mama – dificuldade no acesso: do diagnóstico ao tratamento oncológico**. Pelotas: UCPEL, 2013. Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Pelotas, Mestrado em Política Social, Pelotas, BR-RS, 2013. Orientador: Sandro Schreiber de Oliveira. Disponível em: http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UCPe_6d6bdf5cbf125595719c19e32d41d86e. Acesso em: 12 nov. 2018.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Pesquisa em Enfermagem. A avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 456 p.

POLIT, D.F.; BECK C.T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Res Nurs Health [Internet]**. New Jersey, United States v. 29, p. 489-497, out. 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16977646>. Acesso em: 14 abr. 2019.

RAIMONDO, M. L. *et al.* Produção científica brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 65, n. 3, p. 529-34, maio-jun. 2012. Disponível em: <http://oaji.net/articles/2014/672-1403899555.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2019.

RANDY, A. *et al.* Outpatient Management of Fever and Neutropenia in Adults Treated for Malignancy: American Society for Clinical Oncology and Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Updated Guidelines. **Journal of Clinical Oncology**. United States, v. 36, n. 14, p. 1443-1453, may. 2018. Disponível em: www.idsociety.org/globalassets/idsa/practice-guidelines/outpatient-management-of-fever-and-neutropenia.pdf. Acesso em: 24 mar. 2019.

REIS, A. P. A. GRADIM, C. V. C. Alopecia in breast cancer. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.12, p. 447-55, fev. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/25097/27855>. Acesso em: 20 mar. 2019.

REVORÊDO, L. S. *et al.* The use of delphi's technique in health: an integrative review of brazilian studies. **Arquivos de Ciências da Saúde**. São Paulo, v. 22, n. 2, p. 16-21, jul. 2015. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/136>. Acesso em: 17 mar. 2019.

RIGACCI, L. *et al.* Feasibility and safety of a reduced duration of therapy of colony-stimulating factor in a dose-dense regimen. **Support Care Cancer**. Alemanha, v. 22, n. 9, p. 2557-2561, abr. 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4118033/pdf/520_2014_Article_2237.pdf. Acesso em: 20 mar. 2019

RODRIGUES, A. B.; OLIVEIRA, P. P. (coords.) **Oncologia para enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2016.

ROZADOS, H. B. F. O uso da técnica Delphi como alternativa metodológica para a área da Ciência da Informação. **Em Questão**, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 64-86, set.-dez. 2015. Disponível em:

<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/132592/000982197.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 17 mar. 2019.

SANTOS, A. P. C. *et al.* Processo de enfermagem aplicado ao paciente oncológico. In : **Experiências em Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Organizadoras Joseilze Santos de Andrade, Maria Cláudia Tavares de Mattos e Maria Jésia Vieira. Aracaju: editora, 2016.

SANTOS, M. *et al.* **Diretrizes oncológicas**. 1. ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. 628 p.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 64, n. 2, p. 355-8, mar.-abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a21v64n2.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2018.

SCARPARO, A. F. *et al.* Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Rev Rene**. Ceará, v. 13, n. 1, p. 242-51, fev. 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3803/3000>. Acesso em: 16 mar. 2019.

SILVA, C. O.; BERNARDES, S. Prevalência e gravidade da perda ponderal em pacientes com câncer. **RASBRAN - Revista da Associação Brasileira de Nutrição**. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 70-74, jan.-jun. 2017. Disponível em: <http://www.rasbran.com.br/rasbran/article/download/320/161>. Acesso em: 9 jan. 2019.

SILVA JUNIOR, D.S.; COSTA, F.J. Mensuração de escalas de verificação: uma análise comparativa das escalas de Likert e Phrose Completion. **Revista Brasileira de Pesquisa de Marketing, Opinião e Mídia**. São Paulo, v.15, p. 1-16, out. 2014. Disponível em: http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Volumes/15/1_pdf. Acesso em: 8 jul. 2017.

SILVA, L, A. S. R. Cirurgia oncológica: um grande desafio. (editorial) **Rev. Col. Bras. Cir**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p.139-140, maio-jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v43n3/pt_0100-6991-rcbc-43-03-00139.pdf. Acesso em: 15 dez. 2018.

SILVA, M. A. R. *et al.* Estudos de validação na enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Rene**. Ceará, v. 14, n. 1, p. 218-28, ago. 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/download/3359/2597>. Acesso em: 17 mar. 2019.

SILVA, M. J. *et al.* Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.18, n. 3, p. 527-532, jul.-set. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000300527&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 11 nov. 2018.

SILVA, M. J. S.; LIMA, F. L. T.; O'DWYER, G.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a Criação do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 63, n. 3, p. 177-187, out. 2017. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_63/v03/pdf/03-artigo-politica-de-atencao-ao-cancer-no-brasil-apos-a-criacao-do-sistema-unico-de-saude.pdf. Acesso em: 15 jan. 2019.

SILVA, N. R. F. *et al.* Teorias de Enfermagem Aplicadas no Cuidado a Pacientes oncológicos: contribuição para prática clínica do enfermeiro. **Rev. UNINGÁ**. Maringá, v. 55,

n. 2, p. 59-71, abr.-jun. 2018. Disponível em:
<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1385/1685>. Acesso em: 28 jan. 2019.

SOUZA, B. F. *et al.* Pacientes em uso de quimioterápicos: depressão e adesão ao tratamento. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 47, n. 1, p. 61-8, jan. 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a08v47n1.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2019.

SULLIVAN, R. *et al.* Global cancer surgery: delivering safe, affordable, and timely cancer surgery. **Lancet Oncol**. Amsterdã, v.16, n. 11, p. 1193-224, set. 2015. Disponível em:
[www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(15\)00223-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(15)00223-5/fulltext). Acesso em: 15 dez. 2018.

TAHA, A. *et al.* The association between infections and chemotherapy interruptions among cancer patients: Prospective cohort study. **Journal of Infection**. Amsterdã, v. 70, p. 223-29, out. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25444974>. Acesso em: 3 abr. 2019.

TAVARES, F. M. M.; TAVARES, W. S. Elaboração do instrumento de sistematização da assistência de enfermagem: relato de experiência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. Minas Gerais, v. 8, n. 1-8, maio. 2018. Disponível em:
<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2015/1949>. Acesso em: 4 jan. 2019.

TAYLOR, S. G.; RENPENNING, K. Self-Care Science, Nursing Theory, and Evidence-Based Practice. **Springer Publishing Company, LLC**. Nova York, p. 1-38, 2011. Disponível em: http://lghttp.48653.nexcesscdn.net/80223CF/springer-static/media/samplechapters/9780826107787/9780826107787_chapter.pdf. Acesso em: 13 jan. 2019.

TEIXEIRA, A. L.; FONSECA, C. O. **De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007, 172 p. Disponível em:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_desconhecida_saude_publica.pdf.html. Acesso em: 18 jun. 2017.

TOLENTINO, G.S.; BETTENCOURT, A.R.C.; FONSECA, S.M. Construção e validação de instrumento para consulta de enfermagem em quimioterapia ambulatorial. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 72, n. 2, p. 391-399, abr. 2019. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/reben/v72n2/pt_0034-7167-reben-72-02-0391.pdf. Acesso em: 5 jun. 2019.

VAZ, J. P. Diminuição da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) pelo uso do Trastuzumabe em pacientes com de câncer de mama HER2 positivo. **Rev Ciênc Méd Biol**. Salvador, v. 15, n. 2, p. 165-171, mai.-ago. 2016. Disponível em:
<https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/download/16866/12740>. Acesso em: 5 mar. 2019.

VIEIRA, C. S. **Oncologia básica para profissionais de saúde**. Teresina. EDUFPI, 2016. 172 p.

WAKIUCHI, J. *et al.* Esperança de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 28, n. 3, p. 202-8, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000300202&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 fev. 2019.

WILLS, E. M. Grandes teorias da enfermagem baseados nas necessidades humanas. **In: Bases teóricas de enfermagem/** Melaine McEwen, Evelyn M. Wills: tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Maria Augusta M. Soares, Valéria Giordani Araújo. – 4ª ed. – Porto Alegre: Artemed, 2016 p.133-161.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Cancer Report** / edited by Bernard W. Stewart and Christopher P. Wild, 2014.

WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. DELPHI - uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração.** São Paulo, v. 1, n. 1, p. 54-65, abr.-jun. 2000. Disponível em: https://bdpi.usp.br/single.php?_id=001173053. Acesso em: 20 mar. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A- CARTA CONVITE AOS JUÍZES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Pesquisa: Consulta de enfermagem em quimioterapia antineoplásica: validação de instrumento de coleta de dados

Autora: Yara Mercedes Oliveira Santos

Orientadora: Prof^a Dr.^a Leila Luiza Conceição Goncalves

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Joseilze Santos Andrade

CARTA CONVITE AOS JUÍZES

Prezado (a) Sr. (a):

Meu nome é Yara Mercedes Oliveira Santos, mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, e juntamente com as professoras: Dr.^a Leila Luíza Conceição Gonçalves e Dr^a. Joseilze Santos Andrade, gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa nomeada: “Consulta de enfermagem em quimioterapia antineoplásica: validação de instrumento de coleta de dados”. A pesquisa tem como objetivo validar um instrumento de coleta de dados para a consulta de enfermagem a pacientes submetidos a quimioterapia antineoplásica. A referida pesquisa teve sua aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe com a CAAE: 82002118600005546, sob parecer número 2.524.833.

Dessa forma, o instrumento necessita ser apreciado por profissionais especialistas na área. **E por isso, o convidamos para contribuir com a pesquisa.** A sua seleção para participar como juiz neste estudo foi realizada através de busca na Plataforma Lattes com o uso do unitermo Validação e como filtros na busca utilizou-se: formação acadêmica (doutorado); atuação profissional (ciências da saúde/enfermagem) e idioma (português). Após essa identificação, foi aplicada uma adaptação do sistema de classificação de especialista do Modelo de Validação de Fehring (1987). Além disso, foi considerada à sua atuação prática na área da docência em enfermagem e/ou sua experiência em enfermagem clínica.

Os **juízes** avaliarão cada subitem do instrumento a ser validado, a partir de uma escala do tipo Likert que vai de 1 a 3 pontos, revelando o quanto cada subitem é aplicável ao setor. E para tanto, solicitamos o acesso ao link: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd1aVW_deMipohoHGMMyfB5Tg_4W2A_7CHgFdwVjCfhWhMybDQ/viewform?usp=sf_link que lhe direcionará ao formulário do Google docs elaborado exclusivamente para este estudo. Nele, o senhor poderá optar por colaborar ou não com a pesquisa. Em caso de aceite, o formulário lhe apresentará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o instrumento a ser validado e o Questionário de análise dos juízes, bem como as instruções a serem seguidas. Segue anexo o instrumento a ser validado em PDF, caso o senhor julgue necessária a apreciação por este

formato. **Aguardamos sua resposta em até 15 (quinze) dias após o recebimento deste e-mail.**

A apresentação e discussão dos resultados da pesquisa vislumbrarão contribuições para a assistência de enfermagem no sentido de estimular a utilização do processo de enfermagem no cuidado a pacientes submetidos a quimioterapia a nível ambulatorial, a fim de melhorar a qualidade da assistência de enfermagem. Serão respeitadas a confidencialidade e a liberdade sem nenhum tipo de constrangimento e prejuízo pela não-aceitação ou desistência em qualquer momento da pesquisa. O Sr (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que achar necessário e em caso de dúvidas poderá entrar em contato com os pesquisadores ou orientador responsável.

Requestamos ainda a sua colaboração em nos indicar outros peritos especialistas que os senhores julguem. Este método é denominado como bola de neve, e é entendida como uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência.

Salientamos que a sua contribuição é de fundamental importância para o desenvolvimento desse estudo. Desde já agradecemos a sua colaboração.

Atenciosamente,

Yara Mercedes Oliveira Santos

Mestranda Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Universidade Federal de Sergipe

Email: yarapituca34@gmail.com

Tel. (79)9.9854-7346

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PERGUNTAS RESPOSTAS 9

Seção 1 de 10
<>

Consulta de Enfermagem em quimioterapia antineoplásica: validação de instrumento de coleta de dados

Descrição do formulário

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Enfermeiro(a) e/ou Pesquisador(a)

Este estudo faz parte de uma pesquisa vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, que objetiva validar um instrumento de coleta de dados para a consulta de enfermagem a pacientes submetidos a quimioterapia antineoplásica ambulatorial.

Para tanto, o instrumento necessita ser apreciado por profissionais especialistas na área. Por isso, e devido à sua atuação profissional, na docência e/ou na pesquisa em enfermagem oncológica e validação de instrumento, o SR. (a) foi escolhido(a) para participar dessa etapa do estudo.

O Sr. (a), sujeito da pesquisa, avaliará cada subitem do instrumento a ser validado, a partir de uma escala de Likert que vai de um a três pontos, revelando o quanto cada subitem é aplicável ao setor.

A partir dos resultados da pesquisa vislumbramos contribuir com a assistência de enfermagem no sentido de estimular a utilização do processo de enfermagem no cuidado a pacientes submetidos a quimioterapia ambulatorial. Sabe-se que é possível melhorar a qualidade da assistência de enfermagem por meio da aplicação adequada e eficaz do Processo de Enfermagem.

Serão respeitadas a confidencialidade e a liberdade sem nenhum tipo de constrangimento e prejuízo pela não-aceitação ou desistência em qualquer momento da pesquisa, conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012/[CONEP](#).

Este estudo apresenta riscos mínimos com relação a danos físicos ou morais aos participantes: intuição, especialistas e pacientes. A identidade dos mesmos se manterá preservada durante todo o estudo e publicação do trabalho. Será assegurada a assistência integral e imediata, de forma gratuita (pela pesquisadora), pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes da pesquisa.

Informamos também que não haverá remuneração por sua participação na pesquisa, porém todos os dados coletados serão de grande utilidade para oferecer as melhores informações de forma clara, objetiva, compreensível para o controle da doença e os mesmos ficarão assegurados com as pesquisadoras durante 5 anos após a conclusão da pesquisa.

Após a finalização da pesquisa, nos comprometemos a informar ao (a) Sr. (a) acerca dos resultados da mesma. Esses resultados serão publicados em revista científica para fomentar a discussão sobre a importância da validação de instrumento de consulta de enfermagem como uma ferramenta para a promoção da melhoria na qualidade do atendimento ao paciente oncológico. O Senhor (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que considerar necessário e em caso de dúvidas poderá entrar em contato com os pesquisadores ou orientador.

Telefone: (79) 99854-7346

A sua contribuição é valiosa para o aprimoramento científico da enfermagem. Contamos com a sua colaboração e agradecemos a atenção.

Nome completo *

Texto de resposta curta:

Deseja contribuir com sua opinião? *

☐ Sim, aceito

☐ Não, obrigada

APÊNDICE C- QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PERGUNTAS

RESPOSTAS

9

Seção 2 de 10



Consulta de Enfermagem em quimioterapia antineoplásica: validação de instrumento de coleta de dados

Prezado (a) Juiz (a)

Leia atentamente as instruções para seguir contribuindo com a pesquisa.

O instrumento será dividido em duas partes: a primeira diz respeito ao perfil dos juizes da pesquisa e a segunda se refere a validação do instrumento de coleta de dados para consulta de enfermagem a paciente em quimioterapia antineoplásica construído a luz da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.

Agradecemos a contribuição.

Seção 3 de 10



Consulta de Enfermagem em quimioterapia antineoplásica: validação de instrumento de coleta de dados

Parte Um - Perfil do Juiz

Nesta parte preencher com seus dados de identificação pessoal e profissional

Idade *

Texto de resposta curta

333

Sexo *

☐ Feminino

☐ Masculino

Tempo de formação *

Texto de resposta curta

Área de atuação *

☐ Atenção Básica de Saúde

☐ Ambulatório Especializado

☐ Atenção Hospitalar

☐ Docência - Nível Médio

☐ Docência - Nível Superior

☐ Outras...

Titulação *

☐ Especialização

☐ Mestrado

☐ Doutorado

☐ Pós-Doutorado

Consulta de Enfermagem em quimioterapia antineoplásica: validação de instrumento de coleta de dados

Parte Dois - Validação do instrumento de coleta de dados para consulta de enfermagem a paciente em quimioterapia antineoplásica construído a luz da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.

Parte II- Instruções

Prezado juiz, leia atentamente o instrumento de consulta de enfermagem voltado a paciente submetido a quimioterapia ambulatorial e em seguida analise e o avalie o marcando um dos números que estão localizados abaixo de cada item. De sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente o grau em cada critério abaixo:

Valoração:

1-Adequado 2- Parcialmente Adequado 3- Inadequado

Salienta-se que para as opções 2 e 3, descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado após o item. Vale ressaltar que não existem respostas corretas ou erradas, visto que o objetivo do questionário é conhecer sua opinião. Por gentileza, responda a todos os itens.

Consulta de Enfermagem em quimioterapia antineoplásica: validação de instrumento de coleta de dados

Entende-se por Fatores Condicionantes Básicos aspectos internos e externos que interferem nas capacidades e ações de autocuidado, bem como na intensidade do autocuidado a realizado.

Os tópicos I e II são compostos por aspectos sociodemográficos que correspondem aos fatores condicionantes básicos segundo a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM A PACIENTE EM QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO (ADMISSÃO)			
Nome:		Prontuário:	
Telefone: ()	Sexo: () F () M	Cidade:	Estado:
Data de nascimento: / /			
II - DADOS SOCIOECONÔMICOS			
Estado civil:		Convênio: () Não () Sim Qual?	
*Educação: ☐ Não alfabetizado ☐ Fundamental Incompleto ☐ Fundamental Completo ☐ Médio Incompleto ☐ Médio Completo ☐ Superior Incompleto ☐ Superior completo		**Condições de moradia: ☐ Zona urbana ☐ Zona rural ☐ Outra: _____ ☐ Própria ☐ Alugada ☐ Cediada ☐ Com saneamento ☐ Sem saneamento ☐ Reside com quantas pessoas? _____	
Profissão: ☐ Ativo ☐ Inativo ☐ Aposentado ☐ Exposição frequente ao sol ☐ Trabalha em contato com alguma substância		Nº de filhos:	

Adequação ao modelo proposto *

1 2 3

☐ ☐ ☐

Conteúdo *

1 2 3

☐ ☐ ☐

Aparência *

1 2 3

☐ ☐ ☐

Clareza/Compreensão *

1 2 3

☐ ☐ ☐

Objetividade *

1 2 3

☐ ☐ ☐

Sugestões / Observações *

Texto de resposta longa

Consulta de Enfermagem em quimioterapia antineoplásica: validação de instrumento de coleta de dados

Entende-se por Requisitos de Autocuidado relacionados aos desvios de saúde, os cuidados ou tomadas de decisão em relação ao problema de saúde identificado ou diagnosticado com o propósito de recuperação, reabilitação e controle.

III

O tópico III destina-se ao levantamento de informações relacionadas aos Requisitos de Autocuidado relacionados aos desvios de saúde segundo a Teoria de Dorothea Orem

III – REQUISITOS DE AUTOCUIDADO RELACIONADOS AOS DESVIOS DE SAÚDE (ADMISSÃO)									
Órgão de origem: () PSF Qual? _____ () Ambulatório Qual? _____ () Serviço privado Qual? _____ () CAISM									
Antecedentes Pessoais ☐ Tabagista Nº de cigarros ao dia: _____ Há _____ anos ☐ Tabagista passivo ☐ Etilista Há _____ anos Menarca: _____ anos Menopausa: _____ anos Gestações: _____ ☐ Uso de anticoncepcional ☐ Período reprodutivo ☐ Climatério					Patologias associadas: ☐ DM ☐ HAS ☐ Sobrepeso/Obesidade ☐ Cardiopatia ☐ IAM/AVC/IRC ☐ Dislipidemias ☐ IRA ☐ DPOC ☐ IST Qual: _____ ☐ Em tratamento Qual: _____				
ALERGIAS: () NÃO () SIM QUAIS? _____									
Medicamentos em uso Antecedentes familiares ☐ DM ☐ HAS ☐ Sobrepeso/Obesidade ☐ Cardiopatia ☐ IAM/AVC/IRC ☐ Dislipidemias ☐ DPOC ☐ Câncer de _____ Familiar: _____					Cirurgias anteriores: _____				
História atual da doença oncológica Diagnóstico médico: _____ Exames realizados: () PAAF () PAG () Biópsia () Nodulotomia () Outros _____ Quimioterapia proposta: () Neo Adjuvante () Adjuvante () Paliativa/Esquema prescrito: _____ Tratamento anterior: () Radioterapia () Cirurgia Qual? _____ () QT Qual? _____ SE MASTECTOMIA: () mastectomia radical, qual lado? _____ () quadrantectomia, qual lado? _____ () esvaziamento axilar, qual lado? _____ () outros _____ () sem alterações Data do início da QT: ____/____/____ Protocolo: _____ Ciclos: ____/____ Intervalos entre os ciclos: _____									
DADOS A CADA CONSULTA DATA: ____/____/____									
Queixa atual									
Critérios para aplicação da QT									
Performance Status: _____ Peso: _____ Altura: _____ SC (peso(kg) x altura (cm)/3600 (Fator)): _____ PA: _____ T: _____									
Valores Hematológicos realizado em: ____/____/____									
Hgb	Leuc	Plaquetas	Neutrófilos	Uréia	Creatinina	Bilirrubina Total	Acido Úrico	Transferases	
> 10 g/dl	> 3.000 a 4.000/mm ³	>150.000/mm ³	> 1.500 a 2.000/mm ³	< 50 mg/dl	< 1,5 mg/dl	< 3 mg/dl	< 5 mg/dl	< 50 U/L	
____ g/dl	____ mm ³	____ mm ³	____ mm ³	____ mg/dl	____ mg/dl	____ mg/dl	____ mg/dl	____ U/L	
☐ LEUCOPENIA ☐ PLAQUETOPENIA ☐ TROMBOCITOPEMIA ☐ ANEMIA									

Adequação ao modelo proposto *

1	2	3
☐	☐	☐

Conteúdo *

1	2	3
☐	☐	☐

Aparência *

1	2	3
☐	☐	☐

Clareza/Compreensão *

1	2	3
☐	☐	☐

Objetividade *

1	2	3
☐	☐	☐

Sugestões / Observações *

Texto de resposta longa

Consulta de Enfermagem em quimioterapia antineoplásica: validação de instrumento de coleta de dados

Entende-se por Requisitos Universais aqueles que estão relacionados com os processos de vida e com a manutenção da integridade da estrutura e dos funcionamento humano e são comuns a todos os seres humanos durante todos os estágios do ciclo de vida.

...

O tópico IV apresenta os itens relacionados aos requisitos de autocuidado universais segundo a Teoria de Dorothea Orem

IV REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS			
☐ DOR 			
Manutenção do Processo Respiratório ☐ Eupneico ☐ Dispneico ☐ Ortopneico Supporte ventilatório: ☐ Sim ☐ O2 nasal ☐ Não ☐ Traqueostomia			
Manutenção da ingestão suficiente e adequada de água e alimentos Aceitação alimentar: ☐ Boa ☐ Inapetente ☐ Intolerante ☐ Recusa em alimentar-se ☐ Anorexia ☐ Alteração no paladar Tipo de dieta: ☐ Demutrição ☐ Desidratação Ingesta hídrica: ☐ Adequada (+/- 08 copos/dia) ☐ Inadequada (-08 copos/dia) Ingestão e digestão: ☐ Fraqueza ☐ Sede ☐ Dor abdominal ☐ Odinofagia ☐ Dificuldade ao deglutir ☐ Azia ☐ Náusea ☐ Vômito ☐ Dor epigástrica ☐ Sem alteração			
Processos de Eliminação e Troca Eliminação Urinária: ☐ Disúria ☐ Oligúria ☐ Nictúria ☐ Hematúria ☐ Diminuição de jato ☐ Incontinência urinária ☐ Urgência urinária ☐ Retenção urinária ☐ Outros _____ ☐ Sem alteração Pele: ☐ Normocrada ☐ Hipocrada ☐ Hiperocrada ☐ Desidratada ☐ Ictérica ☐ Eritema ☐ Urticária ☐ Fotossensibilidade ☐ Alopecia Condição de higiene: ☐ Asseado ☐ Falta asseio Mucosas conjuntivas: ☐ Normocradas ☐ Hipocradas ☐ Ictéricas			
Mucosa oral: ☐ Palidez na mucosa oral ☐ Lesão oral ☐ Cianose peri-labial ☐ Cavidade bucal ferida ☐ Sangramento ☐ Edema oral ☐ Dor oral ☐ Estomatite ☐ Amigdalite aumentadas Condição de higiene oral: ☐ Adequada ☐ Inadequada		Condição do Abdômen: ☐ Plano ☐ Escravado ☐ Flácido ☐ Distendido ☐ Globoso ☐ Doloroso ☐ Ascítico ☐ Sem alteração ☐ Outros _____	
Eliminação Intestinal: ☐ Redução na frequência das fezes ☐ Redução no volume das fezes ☐ Mais que três evacuações de fezes líquidas em 24 horas ☐ Obstipação ☐ Diarreia ☐ Melena ☐ Hemorroidas ☐ Sem alterações Estomas: ☐ Colostomia ☐ Ileostomia ☐ Urostomia ☐ Cistostomia ☐ Nefrostomia ☐ Em uso de: () SVD ☐ () Outros _____		Alterações abdominais: ☐ Plenitude pós-prandial ☐ Massa palpável ☐ Dor a evacuação ☐ Flatulência ☐ Ruídos intestinais hiperativos Alteração Vaginal/anal/uretral ☐ Dispareunia ☐ Sangramento genital ☐ Prurido ☐ Corrimento vaginal ☐ Dismenorria ☐ Amenorria ☐ Corrimento uretral ☐ Corrimento anal Acompanhamento das feridas/curativos: ☐ Incisão cirúrgica ☐ Inserção de dreno ☐ Ulceração ☐ Inserção de cateter ☐ Deiscência ☐ Outros: _____	

Adequação ao modelo proposto *

1 2 3
○ ○ ○

Conteúdo *

1 2 3
○ ○ ○

Aparência *

1 2 3
○ ○ ○

Clareza/Compreensão *

1 2 3
○ ○ ○

Objetividade *

1 2 3
○ ○ ○

Sugestões / Observações *

Texto de resposta longa

Consulta de Enfermagem em quimioterapia antineoplásica: validação de instrumento de coleta de dados

Entende-se por Requisitos Universais aqueles que estão relacionados com os processos de vida e com a manutenção da integridade da estrutura e dos funcionamento humano e são comuns a todos os seres humanos durante todos os estágios do ciclo de vida.

Continuação do tópico IV que apresenta os itens relacionados aos requisitos de autocuidado universais segundo a Teoria de Dorothea Orem

Avaliação da rede venosa		
☐ Acesso periférico Local: _____ ☐ Flebite ☐ Urticária ☐ Vasoespasmos ☐ Dor ☐ Eritema ☐ Descoloração ☐ Hiperpigmentação ☐ Necrose tecidual	☐ Cateter central de implantação periférica Sítio de implantação: _____ ☐ Flebite ☐ Infecção	☐ Cateter central totalmente implantado Sítio de implantação: _____ ☐ Infecção ☐ Obstrução ☐ Deslocamento ☐ Trombose ☐ Extravasamento
Manutenção e equilíbrio de Atividade e Repouso		
Sono: ☐ Alteração no padrão do sono ☐ Dificuldade para iniciar o sono ☐ Dificuldade para manter o sono ☐ Insatisfação com o sono ☐ Sono induzido, moderação	Matricidade: ☐ Deambula ☐ Deambula com ajuda → ☐ Acamado ☐ Semi-acamado ☐ Paresia ☐ Paraplegia ☐ Hemiplegia ☐ Tremores de extremidades ☐ Amputações ☐ Sem alterações ☐ Outros _____	Atividade: ☐ Cansaço ☐ Fadiga Alterações eletrocardiográficas: ☐ Arritmias ☐ Anormalidades de condução ☐ Isquemia ☐ Outros _____ Capacidade prejudicada de: ☐ Alimentar-se de forma aceitável ☐ Lavar o corpo ☐ Para vestir-se
Manutenção do equilíbrio do estar só e a interação social		
☐ Desconforto em situações sociais ☐ Função social prejudicada ☐ Relato familiar de mudança na interação ☐ Insatisfação com o envolvimento social		
Percepção e Cognição		
☐ Desorientado o tempo/espaço ☐ Confusão ☐ Dificuldade de entendimento ☐ Esquecimento		
Prevenção de Segurança e Proteção		
☐ Imunossupressão ☐ Conhecimento insuficiente p/ evitar exposição a patógenos		
☐ Agente farmacológico ☐ Radioterapia ☐ Imunodeficiência		
☐ Exposição a alérgeno ☐ Fixação inadequada do cateter ☐ Circulação prejudicada		

Adequação ao modelo proposto *

1	2	3
☐	☐	☐

Conteúdo *

1	2	3
☐	☐	☐

Aparência *

1	2	3
☐	☐	☐

Clareza/Compreensão *

1	2	3
☐	☐	☐

Objetividade *

1	2	3
☐	☐	☐

Sugestões / Observações *

Texto de resposta longa

Consulta de Enfermagem em quimioterapia antineoplásica: validação de instrumento de coleta de dados

Entende-se por Requisitos de Autocuidado Desenvolvidos os eventos ou situações novas que ocorrem na vida humana, porém com o propósito de desenvolvimento e, para seu cumprimento, necessitam-se dos requisitos de autocuidado universais.

...

No tópico V estão elencados os itens relacionados aos requisitos de autocuidado desenvolvidos segundo a Teoria de Dorothea Orem

V- REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DESENVOLVIDOS	
Autopercepção ☐ Desesperança ☐ Sentimento de inutilidade ☐ Alteração na imagem corporal ☐ Mudança no papel social ☐ Verbalizações auto negativas ☐ Alteração na estrutura do corpo	
☐ Ausência de parte do corpo ☐ Modo da reação dos outros ☐ Relata desejo de aumentar a independência na saúde ☐ Relata o desejo de aumentar o autocuidado ☐ Relata o desejo de aumentar o conhecimento de estratégias de autocuidado	
Princípios da vida ☐ Expressa desejo de aumentar a aceitação ☐ Expressa desejo de aumentar o sentido da vida ☐ Expressa desejo de melhorar a interação com pessoa significativa ☐ Expressa desejo em melhorar a participação em atividades religiosas ☐ Expressa desejo de melhorar a capacidade de compreender todas as opções disponíveis de cuidados de saúde	
☐ Atraso na implementação da opção de cuidado de saúde escolhida ☐ Sofrimento ao escutar a opinião dos outros ☐ Angústia por separação de uma comunidade religiosa ☐ Desejo de reconectar-se com o padrão anterior de crença ☐ Questionamento do sentido do sofrimento ☐ Aceitação inadequada ☐ Desesperança	
Enfrentamento e Tolerância ao Estresse ☐ Tensão facial ☐ Ansiedade ☐ Insônia ☐ Medo ☐ Inquietação ☐ Irritabilidade ☐ Incerteza ☐ Preocupação ☐ Sensação de pânico ☐ Sensação de receio	
Mudanças após ter conhecimento da doença ☐ Está otimista com o tratamento ☐ Refere estar desanimado ☐ Não aceita o problema ☐ Não aceita a doença ☐ Não comparece ao seguimento do tratamento	
FATORES FACILITADORES PARA REALIZAÇÃO DO AUTOCUIDADO	
FATORES DIFICULTADORES PARA REALIZAÇÃO DO AUTOCUIDADO	

*ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2016- www.abep.org

**2010 IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: brasilensintese.ibge.gov.br/habitacao/condicao-da-ocupacao.html

Adequação ao modelo proposto *

1	2	3
☐	☐	☐

Conteúdo *

1	2	3
☐	☐	☐

Aparência *

1	2	3
☐	☐	☐

...

Clareza/Compreensão *

1	2	3
☐	☐	☐

Objetividade *

1	2	3
☐	☐	☐

Sugestões / Observações *

Texto de resposta longa

Consulta de Enfermagem em quimioterapia antineoplásica: validação de instrumento de coleta de dados

OBRIGADA PELA ATENÇÃO!!

APÊNDICE D- INSTRUMENTO VALIDADO

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM AO ADULTO E IDOSO EM QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO (ADMISSÃO)										
Nome: _____			Prontuário: _____		Data de nascimento: ____/____/____			Idade: _____		
Telefone: () _____			Sexo: () F () M		Cidade: _____			Estado: _____		
II – DADOS SOCIOECONÔMICOS										
*Escolaridade: ☐ Não alfabetizado ☐ Fundamental Incompleto ☐ Fundamental Completo ☐ Médio Incompleto ☐ Médio Completo ☐ Superior Incompleto ☐ Superior completo			**Estado civil: ☐ Casado ☐ Desquitado ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐ Solteiro Nº de filhos: _____		Profissão: **Posição na ocupação: ☐ Ativo ☐ Inativo ☐ Aposentado ☐ Exposição frequente ao sol ☐ Trabalha em contato com alguma substância		**Condições de moradia: ☐ Zona urbana ☐ Zona rural ☐ Outra: _____ ☐ Própria ☐ Cedida ☐ Com saneamento ☐ Sem saneamento ☐ Reside com quantas pessoas? _____			
III – REQUISITOS DE AUTOCUIDADO RELACIONADOS AOS DESVIOS DE SAÚDE (ADMISSÃO)										
Órgão de origem: _____										
Antecedentes familiares Familiar: ☐ DM ☐ HAS ☐ Sobrepeso/Obesidade ☐ Cardiopatia ☐ IAM ☐ AVC ☐ Insuficiência Renal Crônica ☐ Dislipidemias ☐ DPOC ☐ Câncer de _____			Antecedentes Pessoais ☐ Tabagista Nº de cigarros ao dia: _____ Há ____ anos ☐ Tabagista passivo ☐ Etilista Há ____ anos ☐ Menarca: ____ anos ☐ Menopausa: ____ anos Gestações: _____ ☐ Uso de anticoncepcional ☐ Período reprodutivo ☐ Climatério		Patologias associadas: ☐ DM ☐ HAS ☐ Sobrepeso/Obesidade ☐ Cardiopatia ☐ IAM ☐ AVC ☐ Ins. Renal Crônica ☐ Dislipidemias ☐ Ins. Respiratória Aguda ☐ DPOC ☐ IST Qual: _____ ☐ Em tratamento Qual: _____		ALERGIAS: () NÃO () SIM QUAIS? Medicamentos em uso: Cirurgias anteriores: 		HISTÓRIA ATUAL DA DOENÇA ONCOLÓGICA Diagnóstico médico: _____ Estado Clínico: _____ Tratamento anterior: () Radioterapia () Cirurgia, Qual? _____ () QT, Qual? _____	
DADOS A CADA CONSULTA DATA: ____/____/____ Ciclo: ____/____										
Tratamento atual					Queixa atual					
Quimioterapia proposta: () Neoadjuvante () Adjuvante () Paliativa Data do início da QT: ____/____/____ Protocolo: _____ Nº de Ciclos: _____ Intervalos entre os ciclos em dias: _____										
***Critérios para aplicação da QT		Valores Hematológicos			Realizado em: ____/____/____		Dosagens Séricas			
Performance Status: ____ Peso: ____ Altura: ____ IMC: ____ SC(peso(Kg) x altura (cm) /3600 (Fator)): _____ PA: _____ T: _____ P: _____ R: _____		Hgb	Leucócitos	Neutrófilos	Plaquetas	Uréia	Creatinina	Billirrubina Total	Ácido Úrico	Transferrinas
		> 10 g/dl	> 3.000 a 4.000/mm3	> 1.500 a 2.000/mm3	>150.000/mm3	< 50 mg/dl	< 1,5 mg/dl	< 3 mg/dl	< 5 mg/dl	< 50 UI/l
		____ g/dl	____ mm3	____ m3	____ mm3	____ mg/dl	____ mg/dl	____ mg/dl	____ mg/dl	____ UI/l
☐ LEUCOPENIA ☐ PLAQUETOPENIA ☐ NEUTROPENIA ☐ ANEMIA										

IV REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS							
****Dor Local: _____			Manutenção do Processo Respiratório				
0 ☐ _____ 5 ☐ _____ 10 ☐ _____ ☺ Ausência de dor ☺ Dor moderada ☺ Dor intensa			☐ Eupneico ☐ Taquipnéia ☐ Dispneico ☐ Bradpnéia ☐ Ortopneico ☐ Tosse produtiva ou seca		Suporte ventilatório: ☐ Sim >>> ☐ O2 Nasal ☐ Traqueostomia ☐ Não		
Manutenção da ingestã suficiente e adequada de água e alimentos							
Tipo de dieta: _____ Aceitação alimentar: ☐ Boa ☐ Inapetente ☐ Intolerante ☐ Recusa em alimentar-se ☐ Alteração no paladar ☐ Gastrostomia ☐ Jejunostomia Outros: _____		Estado Nutricional: ☐ Eutrofilo ☐ Desnutrição ☐ Desidratação ☐ Sobrepeso ☐ Obesidade Outros: _____		Ingesta hídrica: ☐ Adequada (+/- 08 copos /dia) ☐ Inadequada (-08 copos/dia)		Ingestão e digestão ☐ Sem alteração ☐ Fraqueza ☐ Sede ☐ Dor abdominal ☐ Odinofagia ☐ Azia ☐ Dificuldade ao deglutir ☐ Náusea ☐ Vômito ☐ inapetência ☐ Hêmatemese ☐ Dor epigástrica ☐ Anorexia Outros: _____	
Processos de Eliminação e Troca							
Pele: ☐ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ictérica ☐ Eritema ☐ Urticária ☐ Fotossensibilidade ☐ Alopecia		Condição de higiene: ☐ Asseado ☐ Falta asseio Mucosas conjuntivas: ☐ Normocoradas ☐ Hipocoradas ☐ (1+/4+) pouco descorado ☐ (4+/4+) muito descorado ☐ Ictérica		Mucosa oral: ☐ Sem alteração ☐ Palidez da mucosa oral ☐ Lesão oral ☐ Mucosite oral ☐ Cianose peri-labial ☐ Cavidade bucal ferida ☐ Sangramento		☐ Edema oral ☐ Dor oral ☐ Estomatite ☐ Amígdalas aumentadas Condição de higiene oral: ☐ Adequada ☐ Inadequada	
Eliminação intestinal: ☐ Sem alteração ☐ Redução na frequência das fezes ☐ Redução no volume das fezes ☐ Mais que três evacuações de fezes líquidas em 24 horas ☐ Obstipação ☐ Diarreia ☐ Melenas ☐ Hemorroidas Outros: _____		Eliminação Urinária: ☐ Sem alteração ☐ Urostomia ☐ Cistostomia ☐ Nefrostomia ☐ SVD		☐ Disúria ☐ Oligúria ☐ Nictúria ☐ Hematúria ☐ Diminuição de jato ☐ Incontinência urinária ☐ Urgência urinária ☐ Retenção urinária Outros: _____		Alteração Vaginal/anal/uretral ☐ Sem alteração ☐ Dispareunia ☐ Sangramento genital ☐ Prurido ☐ Corrimento vaginal ☐ Dismenorreia ☐ Amenorreia ☐ Corrimento uretral ☐ Corrimento anal Outros: _____	
Presença de feridas/curativos: ☐ Incisão cirúrgica ☐ inserção de dreno ☐ Deiscência ☐ Outros: _____							
Condição da Rede Venosa: () CALIBROSA () FINA () PALPAVEL () IMPALPAVEL () FRÁGIL							

Avaliação do Acesso Venoso				
☐ Acesso Periférico Local: _____ Data: _____ ☐ Sem Alteração ☐ Flebite ☐ Urticária ☐ Vasoespasmo ☐ Dor ☐ Eritema ☐ Descoloração ☐ Hiperpigmentação ☐ Necrose tecidual Outros: _____		☐ Cateter central de implantação periférica Sítio de implantação: _____ Data: _____ ☐ Sem Alteração ☐ Flebite ☐ Infecção Outros: _____		☐ Cateter central totalmente implantado Sítio de implantação: _____ Data: _____ ☐ Sem alteração ☐ Infecção ☐ Obstrução ☐ Deslocamento ☐ Trombose ☐ Extravasamento Outros: _____
Manutenção e equilíbrio de Atividade e Repouso			Manutenção do equilíbrio do estar só e a interação social	
Sono: ☐ Sem alteração ☐ Insônia ☐ Alteração no padrão do sono ☐ Dificuldade para iniciar o sono ☐ Dificuldade para manter o sono ☐ Insatisfação com o sono ☐ Sono induzido, medicação Outros: _____		Motricidade: ☐ Sem alteração ☐ Deambula ☐ Deambula com ajuda de: () Muleta () Andador () Cadeira com rodas ☐ Acamado ☐ Semi-acamado ☐ Parestesia ☐ Plegia ☐ Hemiplegia ☐ Tremores de extremidades ☐ Amputações Outros: _____	Atividade: ☐ Sem alteração ☐ Fadiga Alterações eletrocardiográficas ☐ Sem alteração ☐ Marca Passo ☐ Arritmias ☐ Anormalidades de condução ☐ Isquemia Outros: _____ Capacidade prejudicada de: ☐ Alimentar-se de forma aceitável ☐ Lavar o corpo para vestir-se	☐ Desconforto em situações sociais ☐ Função social prejudicada ☐ Relato familiar de mudança na interação ☐ Insatisfação com o envolvimento social
Sexualidade ☐ Sem alterações ☐ Alteração na atividade sexual ☐ Alteração na excitação sexual ☐ Redução do desejo sexual ☐ Alteração na estrutura do corpo ☐ Dificuldade na atividade sexual Outros: _____		Percepção e Cognição ☐ Desorientado o tempo e no espaço ☐ Confusão ☐ Dificuldade de entendimento ☐ Esquecimento ☐ Conhecimento insuficiente ☐ Seguimento inadequado de instruções ☐ Incapacidade de recordar eventos ☐ Incapacidade recordar informações reais		
Prevenção, Segurança e Proteção				
☐ Imunossupressão ☐ Conhecimento insuficiente p/ evitar exposição a patógenos		☐ Agente farmacológico ☐ Radioterapia		☐ Exposição a alérgeno ☐ Fixação inadequada do cateter ☐ Circulação prejudicada
V REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DESENVOLVIMENTAIS				
Autopercepção				
☐ Desesperança ☐ Sentimento de inutilidade ☐ Alteração na imagem corporal		☐ Mudança no papel social ☐ Verbalizações auto negativas ☐ Alteração na estrutura do corpo		☐ Ausência de parte do corpo ☐ Medo da reação dos outros ☐ Relata desejo de aumentar a independência na saúde ☐ Relata o desejo de aumentar o autocuidado
☐ Relata o desejo de aumentar o conhecimento de estratégias de autocuidado				
Princípios da vida				
☐ Expressa desejo de aumentar a aceitação ☐ Expressa desejo de aumentar o sentido da vida ☐ Expressa desejo de melhorar a interação com pessoa significativa ☐ Expressa desejo em melhorar a participação em atividades religiosas ☐ Expressa desejo de melhorar a capacidade de compreender todas as opções disponíveis de cuidados de saúde ☐ Atraso na implementação da opção de cuidado de saúde escolhida			☐ Sofrimento ao escutar a opinião dos outros ☐ Angustia por separação de uma comunidade religiosa ☐ Desejo de reconectar-se com o padrão anterior de crença ☐ Questionamento do sentido do sofrimento ☐ Aceitação inadequada	

ANEXOS

ANEXO A - INSTRUMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM A PACIENTES SUBMETIDOS A QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL A SER VALIDADO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
NOME: _____	IDADE _____	PRONTUÁRIO _____	ESTADO CIVIL _____ Nº DE FILHOS _____
PROFISSÃO: _____ () ATIVO () INATIVO () APOSENTADO () TRABALHA EM CONTATO COM ALGUMA SUBSTÂNCIA _____ () EXPOSIÇÃO FREQUENTE AO SOL	TELEFONE _____	CIDADE _____ ESTADO _____	RELIGIÃO _____
CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA: () URBANO () ZONA RURAL () CASA PRÓPRIA () CASA ALUGADA () OUTRA _____ () COM SANEAMENTO BÁSICO () SEM SANEAMENTO BÁSICO	CONVÊNIO: () SIM () NÃO QUAL? _____	ESCOLARIDADE: () NÃO ESCOLARIZADO () ENSINO FUNDAMENTAL () ENSINO MÉDIO () ENSINO SUPERIOR	RESIDE COM QUANTAS PESSOAS? _____ FAMILIAR RESPONSÁVEL _____
REQUISITOS DE AUTO CUIDADO RELACIONADOS AOS DESVIOS DE SAÚDE			
2) HISTÓRIA DA DOENÇA PREGRESSA, ATUAL E ONCOLÓGICA: ORIGEM DO PACIENTE: () PSF Qual? () CAISM () AMBULATORIO Qual? () SERVIÇO PRIVADO Qual? ANTECEDENTES PESSOAIS: () TABAGISTA Nº _____ HÁ _____ ANOS () () TABAGISTA PASSIVO () () ETILISTA, HÁ _____ ANOS PATOLOGIA ASSOCIADA: () DM () HAS () OBESO () CARDIOPATIA (IAM/AVC/IRC) () DISLIPIDEMIAS () DPOC () IRA ALERGIAS: () NÃO () SIM, QUAIS? _____	HISTÓRIA PATOLÓGICA ANTERIOR/ DOENÇAS CRÔNICAS: MEDICAMENTO EM USO: _____ ANTECEDENTES FAMILIARES: _____ CIRURGIAS ANTERIORES: _____ REALIZOU: () PAAF () BIÓPSIA () NODULECTOMIA () CIRURGIA () OUTROS: _____	3) DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____ PERFORMANCE STATUS: _____ TRATAMENTO PROPOSTO: () NEO ADJUVANTE () ADJUVANTE () PALIATIVO METÁSTASE _____ TRATAMENTO ANTERIOR: () NÃO () SIM () RADIOTERAPIA () QT QUAL? _____ () CIRURGIA QUAL? _____ DATA DO INÍCIO DA QT: ____/____/____ PROTOCOLO _____ CICLOS: ____/____ INTERVALO ENTRE OS CICLOS: _____	
HISTÓRICO	QUEIXA ATUAL	CONDIÇÃO DE REDE VENOSA: () BOA () RUIM () FINA () CALIBROSA () PALPÁVEL () IMPALPÁVEL ACESSO VENOSO: () PERIFÉRICO () CVC-TI () OUTROS _____	

REQUISITOS UNIVERSAIS

NUTRIÇÃO () desnutrição () desidratação () fraqueza () edema () mucosite, grau: _____ () sialorréia () boca seca () dor epigástrica () dificuldade para deglutir () odinofagia () pirose () outros: _____ () sem alteração	ELIMINAÇÃO E TROCA () náusea () vômito () hematêmese () hérnia () fistula () plenitude pós prandial () dor abdominal () abdome distendido () massa abdominal palpável () dor a evacuação () flatulência Eliminação intestinal () obstipação () diarreia, com presença de muco? _____ () melena () presença de sangue nas fezes () hemorroidas () outros: _____ () sem alteração Eliminação urinário () disúria () oligúria () hematuria () diminuição do jato () incontinência urinária () nictúria () urgência urinária () retenção urinária () outros: _____ () sem alteração	ATIVIDADE E REPOUSO Sono e repouso () dorme menos que o habitual () dificuldade para dormir () não consegue dormir () acorda as vezes () sonolência durante o dia () insatisfação com o sono () mudança no padrão do sono () sono induzido, medicação: _____ () cansaço/ fadiga () agitação () irritabilidade/ inquietação () ansiedade () apatia () concentração comprometida () outros: _____ () sem alteração Mobilidade MMSS e MMII () parestesia () plegia () hemiplegia () tremores de extremidade () amputações () edema () linfedema, onde? _____ () outros: _____ () sem alteração Locomoção: () deambula () deambula com ajuda 1. muleta 2. andador 3. cad. de rodas () mudanças na marcha () acamado () semi-acamado () outros: _____ () sem alteração	PERCEPÇÃO E COGNIÇÃO Nível de consciência: () acordado () sonolento () lúcido () confuso () com falhas de memória () letargia () alucinações () convulsão () cognição prejudicada () mudança de nível de consciência () outros: _____ () sem alteração Nível de orientação: () orientado () desorientado no tempo/ espaço Distúrbios: () gagueira () dificuldade para falar () dificuldade de entendimento () outros: _____ () sem alteração Percepção dos órgãos dos sentidos Acuidade visual: () preservada () diminuída parcial/ total () estrabismo () prótese ocular Acuidade auditiva: () preservada () diminuída parcial/ total () prótese auditiva Gustatória: () preservada () diminuída Olfatória: () preservada () diminuída
AUTOPERCEPÇÃO () demasiadamente conformado () relato de sentimento de culpa/ de vergonha () falta de afeto () comportamento indeciso () comportamento destrutivo () verbalizações autonegativas () tomada de decisão adiada () outros: _____	PAPÉIS E RELACIONAMENTOS () dificuldade para concluir as tarefas necessárias () preocupação com a rotina de cuidados () dependência (química, de nicotina) () dificuldade de se divertir () recusa em obter ajuda () isolamento social () negação de problemas () negação da família () problemas conjugais	SEXUALIDADE () desempenho sexual satisfatório () desempenho sexual não satisfatório () não tem atividade sexual () falta de desejo sexual () outros: _____	ENFRENTAMENTO E TOLERÂNCIA AO ESTRESSE Estado emocional: () tranquilo () ansioso () desesperado () choroso () inquietação () irritabilidade () triste () agressivo () medo do sofrimento/ da dor/ da morte () depressão

	☐ problemas econômicos ☐ problemas familiares ☐ sinais físicos de angústia ☐ sinais físicos de tensão ☐ dificuldade em aderir a crenças religiosas ☐ mudanças nas práticas religiosas		☐ baixa auto-estima ☐ psicossomatização Mudança após ter conhecimento da sua doença: ☐ está otimista com o tratamento ☐ refere estar desanimado ☐ não aceita o problema ☐ não sabe da doença ☐ falta de seguimento do tratamento
REQUISITOS DESENVOLVIMENTAIS			
Regulação Cardiovascular ☐ sem alteração ☐ arritmias ☐ supro ☐ outros: _____ Regulação Imunológica Temperatura axilar: _____ °C. Linfonodo superficial palpável: ☐ não ☐ sim local: _____ Escala de Dor: _____ Medicação: _____ Oxigenação Função Respiratória: ☐ eupneico ☐ dispneico ☐ ortopneico Suporte Ventilatório: ☐ não ☐ sim ☐ O ₂ nasal ☐ traqueostomia Mama: ☐ mastectomia radical, qual lado? _____ ☐ quadrantectomia, qual lado? _____ ☐ esvaziamento axilar qual lado? _____ ☐ outros: _____ ☐ sem alteração Uso de anticoncepcional? _____ Uso de terapia de reposição hormonal (trh)? _____ Integridade cutâneo mucosa Mucosas conjuntivais: ☐ normocoradas ☐ hipocoradas ☐ ictericas Mucosa oral: ☐ normocorada ☐ hipocorada ☐ cianose per-labial ☐ sangramento ☐ edemaciada Condição de higiene: ☐ asseado ☐ falta asseio Condição da higiene oral: ☐ adequada ☐ inadequada Pele: ☐ normocorada ☐ hipocorada ☐ hidratada ☐ desidratada ☐ icterica ☐ cianótica ☐ urticária ☐ outros: _____ Acompanhamento das feridas/ curativos ☐ incisão cirúrgica ☐ inserção de dreno ☐ ulceração ☐ inserção cateter ☐ deiscência ☐ outro: _____ Evolução: _____ Prescrição: _____		Nutrição e hidratação Aceitação alimentar: ☐ boa ☐ inapetente ☐ intolerante ☐ recusa em alimentar-se Em uso de: ☐ gastrostomia ☐ esofagostomia ☐ jejunostomia ☐ SNE ☐ SNG Tipo de dieta: Ingesta hídrica: ☐ adequada (+8 copos/dia) ☐ inadequada (-8 copos/dia) Eliminação Abdomen: ☐ plano ☐ escavado ☐ flácido ☐ distendido ☐ globoso ☐ doloroso ☐ ausculto ☐ sem alteração ☐ outros: _____ Eliminação intestinal: ☐ preservada ☐ ausente: _____ dias Estomas: ☐ colostomia ☐ ileostomia Eliminação urinário: Estomas: ☐ ureostomia ☐ cistostomia ☐ nefrostomia Em uso de: ☐ SVD ☐ outros: _____ Órgãos genitais/reprodutivo: ☐ dispárenia ☐ sangramento genital ☐ plúrio ☐ corrimento vaginal ☐ sem alteração ☐ outros: _____ Menarca _____ anos Gestações: _____ ☐ fase fértil ☐ menopausa ☐ dismenorréia ☐ amenorréia ☐ outros: _____ Necessita de cuidador: ☐ sim ☐ não	
FATORES FACILITADORES OU DIFICULTADORES PARA A REALIZAÇÃO DO AUTOCUIDADO			

ANEXO B- TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DO INSTRUMENTO

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

AUTORIZAÇÃO

Eu Pablaine Matias Lordelo Marinho, RG: 5.685.935-02 SSP/Ba autora do capítulo 03 intitulado: Processo de Enfermagem Aplicado ao Paciente Oncológico do livro *Experiências em Sistematização da Assistência de Enfermagem* publicado pela editora Aracaju no ano de 2016, **autorizo** a utilização o instrumento de coleta de dados para consulta de enfermagem em pacientes oncológicos nele contido, pela Mestranda em Enfermagem *Enf.ª Yara Mercedes Oliveira Santos* da Universidade Federal de Sergipe para fins de validação do referido instrumento e futura publicação dos resultados.

Aracaju, 08 de março de 2017

Pablaine Matias Lordelo Marinho

Assinatura do autor



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

AUTORIZAÇÃO

Eu MARIA PONTES DE A. CAMPOS
RG: 1.332.572 /SSP/ SE autora do capítulo 03 intitulado: Processo de Enfermagem
Aplicado ao Paciente Oncológico do livro *Experiências em Sistematização da Assistência de
Enfermagem* publicado pela editora Aracaju no ano de 2016, *autorizo* a utilização o instrumento
de coleta de dados para consulta de enfermagem em pacientes oncológicos nele contido, pela
Mestranda em Enfermagem Enf.^a Yara Mercedes Oliveira Santos da Universidade Federal de
Sergipe para fins de validação do referido instrumento e futura publicação dos resultados.

Aracaju, 07 de março de 2017

Maria Pontes de A. Campos

Assinatura do autor



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

AUTORIZAÇÃO

Eu Simone Yuriiko Kameo, RG: 3449437 /SSP/Se autora do capítulo 03 intitulado: Processo de Enfermagem Aplicado ao Paciente Oncológico do livro *Experiências em Sistematização da Assistência de Enfermagem* publicado pela editora Aracaju no ano de 2016, *autorizo* a utilização o instrumento de coleta de dados para consulta de enfermagem em pacientes oncológicos nele contido, pela Mestranda em Enfermagem *Enf.ª Yara Mercedes Oliveira Santos* da Universidade Federal de Sergipe para fins de validação do referido instrumento e futura publicação dos resultados.

Aracaju, 08 de março de 2017

Assinatura do autor



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

AUTORIZAÇÃO

Eu Aline Patricia Costa Santos, RG: 3.013.287-8 /SSP/SE autora do capítulo 03 intitulado: Processo de Enfermagem Aplicado ao Paciente Oncológico do livro *Experiências em Sistematização da Assistência de Enfermagem* publicado pela editora Aracaju no ano de 2016, *autorizo* a utilização o instrumento de coleta de dados para consulta de enfermagem em pacientes oncológicos nele contido, pela Mestranda em Enfermagem *Enf.^a Yara Mercedes Oliveira Santos* da Universidade Federal de Sergipe para fins de validação do referido instrumento e futura publicação dos resultados.

Aracaju, 30 de novembro de 2017

Aline Patricia Costa Santos

Assinatura do autor



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

AUTORIZAÇÃO

Eu Wilson Resende Barros
RG: 149462 /SSP/SE autor do capítulo 03 intitulado: Processo de Enfermagem Aplicado ao Paciente Oncológico do livro *Experiências em Sistematização da Assistência de Enfermagem* publicado pela editora Aracaju no ano de 2016, *autoriza* a utilização o instrumento de coleta de dados para consulta de enfermagem em pacientes oncológicos nele contido, pela Mestranda em Enfermagem Enf.^a Yara Mercedes Oliveira Santos da Universidade Federal de Sergipe para fins de validação do referido instrumento e futura publicação dos resultados.

Aracaju 10 de março de 2017

Wilson Resende Barros

Assinatura do autor

ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO

UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE

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

Título da Pesquisa: CONSULTA DE ENFERMAGEM EM QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA:
VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Pesquisador: LEILA LUIZA CONCEIÇÃO GONÇALVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 82002118.6.0000.5546

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.524.833

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo do tipo metodológico com abordagem quantitativa para a validação de aparência e conteúdo de um instrumento para consulta de enfermagem, voltado a pacientes submetidos a quimioterapia antineoplásica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Validar um instrumento de coleta de dados para a consulta de enfermagem a pacientes submetidos a quimioterapia antineoplásica.

Objetivo Secundário:

1- Atualizar os termos utilizados nos itens do instrumento de coleta de dados para consulta de enfermagem oncológica à NANDA-I, taxonomia II, versão 2018-2020; 2- Avaliar a validade de aparência e conteúdo do instrumento de coleta de dados construído;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este estudo apresenta riscos mínimos com relação a danos físicos ou morais aos participantes: instituição e especialistas. A identidade dos mesmos se manterá preservada durante todo o estudo e publicação do trabalho. Será assegurado ao participante a assistência integral e imediata, de forma gratuita (pela pesquisadora), pelo tempo que for necessário em caso de danos

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

CEP: 49.060-110

E-mail: cephu@ufs.br

**UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE**



Continuação do Parecer: 2.524.833

decorrentes da pesquisa.

Benefícios:

Ao sistematizar, organizar e padronizar a primeira etapa da consulta de enfermagem (CE), este trabalho beneficia a intuição, colaborando com a implementação e aplicação da CE nos serviços estudados. Além de proporcionar aos pesquisadores conhecimento aprofundado e crescimento profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Para a identificação dos peritos especialistas será realizada uma busca na Plataforma Lattes com a seguinte combinação de unitermos: Oncologia, Processos de Enfermagem, Validação. Na escolha dos juízes será utilizada uma adaptação do sistema de pontuação de Fehring (Quadro 1). De acordo com o referido sistema de seleção, para os especialistas se enquadrarem como peritos necessitam atingir a contagem mínima de cinco pontos (Fehring, 1987). A adaptação foi realizada para adequação do objeto da pesquisa. Para cada item do questionário será calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) que consiste no percentual de pessoas que julgou que o item é adequado ou totalmente adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplicam.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1044665.pdf	02/01/2018 11:29:11		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEP.pdf	02/01/2018 11:24:56	YARA MERCEDES OLIVEIRA SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/01/2018 11:22:42	YARA MERCEDES OLIVEIRA SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoo.pdf	02/01/2018 11:16:54	YARA MERCEDES OLIVEIRA SANTOS	Aceito

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br

UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 2.524.833

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 05 de Março de 2018

Assinado por:

Anita Hermínia Oliveira Souza
(Coordenador)

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br

ANEXO D – NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM

Diretrizes para autores

1 SOBRE A REVISTA

A Revista Gaúcha de Enfermagem (RGE) foi criada em 1976, pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com o objetivo de proporcionar aos enfermeiros do sul do país um veículo para divulgação de seus trabalhos. Quarta publicação mais antiga no país e primeira da área no estado do Rio Grande do Sul, a RGE surgiu após a Revista Brasileira de Enfermagem, Enfermagem em Novas Dimensões (não mais em circulação) e Revista da Escola de Enfermagem da USP.

1.1 Missão

Contribuir para a divulgação do conhecimento na área da saúde, publicando a produção científica de interesse para a Enfermagem.

1.2 Publicação

A RGE, publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro, é editada em duas versões: impressa (ISSN 0102-6933) e eletrônica (E-ISSN 1983-1447). A publicação em meio eletrônico teve início em maio de 2008, com o uso da plataforma SEER (Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas), onde encontram-se disponibilizados *online* os resumos dos artigos publicados desde 1983 e textos completos desde 1998. A partir de 2010 a RGE passou a integrar a biblioteca eletrônica SciELO.

A versão impressa é disponibilizada por meio de assinaturas ou por permutas.

A versão *online* tem acesso gratuito.

A abreviatura de seu título é **Rev Gaúcha Enferm**, que deve ser utilizada em bibliografias, notas de rodapé, referências e notas bibliográficas.

1.3 Política Editorial

A Revista publica as seguintes seções:

- **Editorial:** é texto de responsabilidade da Comissão Editorial (CED) da Revista, que poderá convidar autoridades para redigi-lo. O editorial deverá obedecer ao limite de 500 palavras;
- **Artigos originais:** são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita. Devem obedecer à seguinte estrutura: a **introdução** deve apresentar a questão norteadora, justificativa, revisão da literatura (pertinente, relevante e atualizada) e objeti-

vos. Os **métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Os **resultados** devem ser descritos em sequência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. A **discussão**, que pode ser redigida junto com os resultados nos estudos de abordagem qualitativa, deve desenvolver a argumentação crítica dos resultados, com o apoio na literatura, e a interpretação dos autores. As **conclusões ou considerações finais** devem destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para novas pesquisas. Devem obedecer ao limite de **20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e conter 20 referências, no máximo)**;

- **Artigos de revisão sistemática:** são contribuições cujo método de pesquisa é conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais quantitativos que têm por objetivo responder a uma questão específica e de relevância para a enfermagem ou para a saúde. Os procedimentos metodológicos deverão ser descritos detalhadamente em todas as suas etapas no que se refere à busca dos estudos originais, critérios de inclusão e exclusão, testes preliminares e de níveis de evidência, segundo o referencial teórico metodológico adotado. A revisão sistemática poderá se caracterizar em meta-análise e ou metassíntese dependendo do tipo de abordagem metodológica do manuscrito e do objetivo do estudo. Os procedimentos metodológicos deverão ser detalhados em todas as etapas preconizadas pelo referencial primário adotado (p.ex. <http://www.prisma-statement.org/statement.htm>). **Devem obedecer ao limite de 20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e não possui limite de referências)**;
- **Artigos de revisão integrativa:** são contribuições cujo método de pesquisa é conduzido por meio da síntese e comparação de resultados de estudos quantitativos, qualitativos originais e reflexões teóricas criticamente sustentadas. Seu objetivo é responder questões norteadoras específicas, que expressem o estado da arte e ou as lacunas do conhecimento em relação a fenômenos relevantes para a enfermagem e ou saúde. Os procedimentos metodológicos deverão ser detalhados em todas as etapas preconizadas pelo referencial primário adotado por ex.: Cooper, Ganong, Whittemore e Knafl, Broome, dentre outros). **Não se trata de artigo de revisão da literatura.** Devem obedecer

■ Diretrizes para autores

ao limite de **20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e não possui limite de referências);**

- **Artigos de reflexão:** são formulações discursivas, de efeito teorizante, com fundamentação teórica filosófica sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo ou potencialmente investigativo. Devem obedecer ao limite de **10 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e conter 15 referências no máximo);**
- **Relatos de caso:** são contribuições descritivas e contextualizadas, complementada por análise crítica fundamentada, a partir de um caso, situação, procedimento, experiência ou inovação, podendo ser na área do cuidado, do ensino ou de pesquisa. Devem conter título; resumo; descritores; introdução, objetivo, estratégia de busca na literatura; exposição do caso, técnica ou situação; discussão fundamentada na literatura; conclusão e referências. Faculta-se a inclusão de figuras, tabelas, gráficos e ilustrações. Tratando-se de relato de caso clínico, é obrigatório enviar o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos como documento suplementar. Devem obedecer ao limite de **10 páginas no total do artigo, incluindo as referências (15 no máximo).**

A extensão dos artigos originais, revisões sistemáticas e revisões integrativas deve ser de no máximo 20 páginas, enquanto as reflexões teóricas e relatos de caso devem ter, no máximo, 10 páginas.

1.4 Indexação

A RGE está indexada em bases de dados nacionais e internacionais, e em catálogos coletivos e diretórios (cf. verso da folha de rosto), o que assegura ampla visibilidade aos seus artigos.

1.5 Classificação Qualis-Periódicos

Na área de Enfermagem, a RGE está classificada, desde 2009, no estrato B1 Internacional do Qualis-Periódicos, conjunto de procedimentos criado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) para estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação.

■ 2 INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES

2.1 Orientações gerais

Para submeter o manuscrito não é preciso ser assinante da Revista.

A submissão dos artigos deverá ser feita, exclusivamente, online pelo site: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem>.

Na RGE podem ser publicados artigos escritos por especialistas em outras áreas, desde que o tema seja de interesse para a área de Enfermagem. A RGE aceita manuscritos nos idiomas português, espanhol ou inglês.

Os artigos devem ser enviados exclusivamente à Revista Gaúcha de Enfermagem (RGE), sendo permitida sua reprodução em outras publicações mediante autorização do Conselho Editorial, devendo, neste caso, constar a citação da publicação original.

No momento da submissão, o nome completo de cada autor, instituição de origem, país, e-mail e resumo da biografia (afiliação completa e credenciais) devem ser informados apenas nos metadados.

Os autores dos trabalhos submetidos às RGE deverão anexar como documento suplementar uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, elaborada conforme modelo da Revista (<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/about/editorialPolicies#custom-1>), assinada por todos os autores e indicando o tipo de participação de cada um na pesquisa.

A Revista cobra taxas de submissão e de publicação (<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/about/editorialPolicies#custom-1>).

A taxa de submissão é paga no momento da submissão do artigo. Esta taxa não será ressarcida aos autores diante do arquivamento ou recusa do manuscrito.

A taxa de publicação será paga após o aceite do manuscrito para publicação, mediante o recebimento da carta de aceite da CED.

Os documentos de depósito bancário deverão ser digitalizados e anexados como documentos suplementares no sistema SEER.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores tenham interesses que, mesmo não sendo completamente aparentes, possam influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. Podem ser de ordem pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Quando os autores submetem um manuscrito, são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar ou ter influenciado o conteúdo do trabalho submetido à RGE.

2.2 Apresentações dos originais

A redação deve ser clara e concisa, com a exposição precisa dos objetivos. A argumentação deve estar fundamentada em evidências.

Para o preparo do manuscrito, recomenda-se a busca e citação de artigos pertinentes ao tema, previamente publicados na literatura científica nacional e internacional, facilitando a contextualização, coerência e continuidade para os leitores.

A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, o direito de decidir quanto a alterações e correções.

Os trabalhos devem ser encaminhados em *Word for Windows*, fonte *Times New Roman* 12, espaçamento duplo

(inclusive os resumos), com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm. Artigos redigidos em português devem respeitar o Acordo Ortográfico de 1990, promulgado em 29 de dezembro de 2008.

Os títulos das seções textuais devem ser destacados graficamente, sem numeração. O título do artigo e o resumo devem ser em caixa-alta e em negrito (ex.: **TÍTULO; RESUMO**); *abstract e resumen*, em caixa-alta, negrito e itálico (ex.: **ABSTRACT; RESUMEN**); seção primária, em caixa-alta e negrito (ex.: **INTRODUÇÃO**); e seção secundária, em caixa-baixa e negrito (ex.: **Histórico**). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto (ex.: -, *, etc.) e alíneas [a), b), c)...).

Os manuscritos devem conter:

Título: coerente com os objetivos do estudo e que identifique o conteúdo, em até 15 palavras.

Título em outros idiomas: indicar o título nas versões em inglês e em espanhol, logo após o título em português.

Resumo: o primeiro resumo deve ser apresentado no idioma do manuscrito, conter até 150 palavras, e ser acompanhado de sua versão para o inglês (*Abstract*) e para o espanhol (*Resumen*).

Deve ser elaborado obedecendo ao formato de **resumo estruturado**, com os seguintes itens:

Objetivo: (objetivo geral)

Métodos: (tipo de estudo, amostra, período e local da pesquisa, coleta de dados, análise dos dados)

Resultados: (principais achados com dados estatísticos, se apropriados)

Conclusões: (respostas aos objetivos baseadas nos resultados)

No caso de artigos de reflexão teórica, a descrição da metodologia poderá ser suprimida.

Palavras-chave: ao final do Resumo, indicar de 3 a 6 palavras que permitam identificar o assunto do manuscrito, em português; e suas respectivas versões para o inglês (*Keywords*) e espanhol (*Palabras clave*), conforme os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS (<http://decs.bvs.br>), podendo a RGE modificá-los, se julgar necessário.

Introdução: deve apresentar o problema de pesquisa, a justificativa, a revisão da literatura (pertinente, relevante e atualizada), a questão norteadora da pesquisa e os objetivos coerentes com a proposta do estudo.

Metodologia ou Métodos ou Materiais e Métodos: deve apresentar o método empregado: tipo de estudo; referencial teórico do estudo e o utilizado para análise dos dados, inclusive os testes estatísticos quando apropriados; amostra e amostragem, critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos/participantes; período do estudo; local do estudo; considerações éticas (número e data de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos); uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Consentimento para Uso de Dados, quando apropriado.

Nos manuscritos resultantes de estudos que envolvem seres humanos, os autores deverão indicar os procedimen-

tos adotados para atender o que determina a Resolução Nº466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (ou a Resolução 196/96 para estudos anteriores a junho de 2013), bem como o número e data do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa no corpo do texto. Uma cópia do protocolo deverá ser encaminhada à RGE como documento suplementar.

A RGE também apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde – OMS: <http://who.int/ictrp/en/>, do *International Committee on Medical Journal Editors* – ICMJE: <http://www.wame.org/wamestrmt.htm#trialreg> e http://www.icmje.org/clin_trialup.htm, e do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos: www.estudosclinicos.gov.br, reconhecendo a importância dessas iniciativas.

Resultados: devem ser descritos em sequência lógica. Quando forem apresentados em tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas.

Discussão: deve conter a comparação dos resultados com a literatura representativa, atualizada, e a interpretação dos autores apontando o avanço do conhecimento atual. A discussão poderá ser apresentada juntamente com os resultados quando se tratar de artigos originais resultantes de estudos com abordagens qualitativas.

Conclusões ou Considerações Finais: devem destacar os achados mais importantes na perspectiva dos objetivos do estudo, comentar as limitações e as implicações para novas pesquisas e para o corpo de conhecimento na área de Enfermagem e da Saúde, considerando o ensino, pesquisa, assistência e gestão.

Referências: devem ser apresentadas no máximo 20 referências para os artigos originais e 15 para os artigos de reflexão. Não há limite de referências para as revisões sistemáticas e as revisões integrativas. As referências, de abrangência nacional e internacional, devem ser atualizadas (últimos três a cinco anos), sendo aceitáveis fora desse período no caso de constituírem referencial primário ou clássico sobre um determinado assunto. No caso de teses e dissertações, recomenda-se que sejam citados, preferencialmente, os artigos oriundos das mesmas.

Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples. Utiliza-se nessa seção o título "Referências". A lista de referências deve ser composta por todas as obras citadas, numeradas de acordo com sua ocorrência no corpo do texto. Deve-se utilizar o estilo de referências *Vancouver*, do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), atualizado em 2016, disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html, adaptado pela RGE (cf. exemplos de referências). Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o *NLM Catalog: Journals referenced in the NCBI Databases*, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>. Para os periódicos que não se encontram neste site, poderão ser utilizadas as abreviaturas do Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br> e do Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas (CCN), do IBICT, disponível em: <http://ccn.ibict.br/busca.jsf>.

■ Diretrizes para autores

Citações: devem ser apresentadas no texto de acordo com o sistema numérico, com os números correspondentes entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre a palavra e o número da citação e precedendo o ponto final. Nas citações não deve ser mencionado o nome dos autores, excluindo-se expressões como: “segundo...”, “de acordo com...”. Quando se tratar de citação sequencial, os números devem ser separados por hífen e, quando intercaladas, devem ser separados por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafos com palavras do autor (citação direta), devem-se utilizar aspas iniciais e finais na sequência do texto. Recomenda-se a utilização criteriosa desse recurso, de acordo com a norma da ABNT NBR 10520/2002 (Informação e Documentação – Citações em documentos – Apresentação).

Exemplos:

Pesquisas apontam que...⁽¹⁻⁴⁾.

Alguns autores acreditam que...^(1,4-5).

“[...] e nos anos seguintes o mesmo se repetiu”⁽⁷⁾.

Os manuscritos ainda podem conter:

Depoimentos: frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos/participantes da pesquisa. Não utilizar aspas, e observar a seguinte estrutura: recuo do parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, em itálico, espaçamento simples, com sua identificação entre parênteses, codificadas a critério do(s) autor(es), e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes “[...]”, e as intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

Ilustrações: no máximo de **cinco** (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco, conforme as especificações a seguir:

- **Gráficos e quadros:** apresentados conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação);
- **Tabelas:** devem ser apresentadas conforme IBGE – Normas de Apresentação Tabular, disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>;
- **Demais ilustrações:** apresentadas conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação).
- **Símbolos, abreviaturas e siglas:** conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação).

Utilizar **negrito** para destaque e *itálico* para palavras estrangeiras.

Deve ser evitada a apresentação de apêndices (elaborados pelos autores) e **anexos** (elaborados a partir de materiais publicados por outros autores).

Agradecimentos por ajuda financeira, assistência técnica e outros auxílios para a execução do trabalho não deverão ser mencionados no momento da submissão. Somente

após o aceite do trabalho estas informações serão inseridas após as Referências.

2.3 Exemplos de Referências

Artigos de periódicos

Artigo padrão

- Até seis (6) autores, indicar todos; sete (7) autores ou mais, indicar os 6 primeiros e acrescentar et al.

Araújo VE, Witt RR. O ensino de enfermagem como espaço para o desenvolvimento de tecnologias de educação em saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2006;27(1):117-23.

Griffiths C, Kaur G, Gantley M, Feder G, Hillier S, Goddard J, et al. Influences on hospital admission for asthma in south Asian and white adults: qualitative interview study. *BMJ.* 2001 Dec;323(7319):962-6.

Instituição como autor

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension.* 2002;40(5):679-86.

Sem indicação de autoria

Signal-averaged electrocardiography. *J Am Coll Cardiol.* 1996;27(1):238-49.

Volume com suplemento

Wiltfang J, Lewczuk P, Riederer P, Grünblatt E, Hock C, Scheltens P, et al. Trabalho de consenso de força-tarefa da WFSBP# sobre marcadores biológicos das demências: contribuição da análise do LCR e do sangue para o diagnóstico precoce e diferencial das demências. *Rev Psiquiatr Clin.* 2009;36 Supl. 1:1-16.

Hofman M, Ryan JL, Figueroa-Moseley CD, Jean-Pierre P, Morrow GR. Cancer-related fatigue: the scale of the problem. *Oncologist.* 2007;12 Suppl. 1:4-10.

Fascículo com suplemento

Dimeo FC. Effects of exercises on cancer-related fatigue. *Cancer.* 2001;92(6 Suppl.):1689-93.

Fascículo com número especial

Cunha MLC. Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. *Rev Gaúcha Enferm.* 2000;21 (no esp.):70-83.

Volume com parte

Ahrar K, Madoff DC, Gupta S, Wallace MJ, Price RE, Wright KC. Development of a large animal model for lung tumors. *J Vasc Interv Radiol*. 2002;13(9 Pt 1):923-8.

Fascículo sem número

Letourneau MA, MacGregor DL, Dick PT, McCabe EJ, Allen AJ, Chan VW, et al. Use of a telephone nursing line in a pediatric neurology clinic: one approach to the shortage of subspecialists. *Pediatrics*. 2003 Nov;112:1083-7.

Fascículo sem volume

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop*. 2002;(401):230-8.

Nenhum volume ou número de fascículo

Silva RC. Indivíduos HIV-positivos em atendimento. *JAMA*. 2002;1-6.

Paginação em algarismos romanos

Chadwick R, Schüklenk U. A política de consenso ético. *Bioética*. 2002;16(2):iii-v.

Indicação do tipo de artigo (se necessário)

Silveira DT. As tecnologias da informação e comunicação e sua aplicação no campo de atuação da enfermagem [editorial]. *Rev Gaúcha Enferm*. 2007;28(4):453-4.

Livros e outras monografias**Indivíduo como autor**

Bonassa EM, Santana TR. Enfermagem em terapêutica oncológica. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005.

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Organizador, editor, compilador como autor

Guimarães JLM, Rosa DD, organizadores. Rotinas em oncologia. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Instituição como autor e publicador

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [da]

República Federativa do Brasil. 2013 Jun 13;150(112 Seção 1):59-62.

Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Guia de bolso da saúde do viajante. Brasília (DF); 2005.

Capítulo de livro

Pizzichini E, Pizzichini M. Concepções sobre asma brônquica. In: Silva LCC, organizador. *Condutas em pneumologia*. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 263-5.

Livro com indicação de série

Braunstein F, Pépin JF. O lugar do corpo na cultura ocidental. Lisboa: Instituto Piaget; 1999. (Epistemologia e sociedade; 162)

Kleinman A. Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980. (Comparative studies of health systems and medical care; 3).

Trabalho apresentado em evento

Menezes GMS, Aquino EML. Trabalho noturno na enfermagem. In: *Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem: cuidar-ação terapêutica da enfermagem*; 1998 set 20-25; Salvador, Brasil. Salvador: ABEn/BA; 1999. p. 309-21.

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: *Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming*; 2002 Apr. 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

Dissertação e Tese

Schimith MD. Acolhimento e vínculo no Programa de Saúde da Família: realidade ou desejo [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

Artigo de jornal

Quinalia E. Para aprender nas férias. *Metro*. 2012 dez 12;6(1446):20 (Educação)

Documento jurídico

Ministério da Saúde (BR). Decreto Nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Ofi-

■ Diretrizes para autores

cial da União [da] República Federativa do Brasil. 1996 jul 3;134(128 Seção 1):12277-9.

Verbetes de dicionário

Ferreira ABH. Aurélio, século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999. Colono; p. 504.

Material em fase de publicação

Kirschbaum DIR. História da enfermagem psiquiátrica no Rio Grande do Sul: parte I. Rev Gaúcha Enferm. No prelo; 2003.

Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Significance of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci USA. Forthcoming 2002.

Material eletrônico

- As expressões "disponível em" e "citado", em Espanhol são "disponible en" e "citado", e em Inglês, "available from" e "cited".

Artigo de periódico em formato eletrônico

Pedron CD, Bonilha ALL. Práticas de atendimento ao neonato na implantação de uma unidade neonatal em hospital universitário. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2008 [citado 2009 fev 15];29(4):612-8. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGaucha-deEnfermagem/article/view/7633/4688>.

Artigo com Digital Object Identifier (DOI):

Zhang M, Holman CD, Preço SD, Sanfilippo FM, Preen DB, Bulsara MK. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study. BMJ. 2009 Jan 07; 338: a2752. doi: 10.1136/bmj.a2752.

Monografia em formato eletrônico

Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. O diagnóstico do câncer [Internet]. Rio de Janeiro; 1999 [citado 2008 jun 23]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=31.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

Trabalho disponível em anais em meio eletrônico

Stuchi RAG, Carvalho EC. Control de presión arterial e ingesta de sal: creencias de portadores de enfer-

midades coronarias. In: Anales del 9º Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería, 1º Coloquio Internacional de Investigación en Enfermería; 2000 mayo 29-jun 3; Habana, Cuba [CD-ROM]. Habana: Cubana; 2000. p. 60.

DVD e CD-ROM

Ministério da Saúde (BR). Dez passos da alimentação saudável para crianças menores de dois anos [DVD]. Brasília (DF); 2012.

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Homepage / Web site

Universidade Federal do Rio Grande do Sul [Internet]. Porto Alegre: UFRGS; 2000- [atualizado 2012 dez 12, citado 2012 dez 13]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/>.

Parte de uma área homepage / Web

Universidade Federal do Rio Grande do Sul [Internet]. Porto Alegre: UFRGS; 2000- [atualizado 2012 dez 12, citado 2012 dez 13]. Histórico; [aprox. 6 telas]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/ufrgs/a-ufrgs/historico>

Banco de dados na Internet

Banco de dados aberto

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília (DF): IBGE; c2000- [citado 2001 mar 08]. Disponível em: <http://serieestatisticas.ibge.gov.br/>

Banco de dados fechado

Estatísticas sociais [Internet]. Brasília (DF): IBGE; c2000 [atualizado 2001 dez 12; citado 2012 dez 13]. Disponível em: <http://serieestatisticas.ibge.gov.br/>

Blogs

Blog da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2000- [citado 2009 fev 13]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/>

Contribuição para um blog

Mantone J. Head trauma haunts many, researchers say. 2008 Jan 09 [cited 2009 Feb 13]. In: Wall Street Journal. Health Blog [Internet]. New York: Dow Jones & Company, Inc. c2008- . [about 1 screen]. Available

from: <http://blogs.wsj.com/health/2008/01/29/head-traumahaunts-many-researchers-say/>.

■ 3 PROCESSO DE AVALIAÇÃO

A Revista Gaúcha de Enfermagem adota o sistema de avaliação por pares (*peer-review*), omitindo-se os nomes dos autores e consultores, para avaliação do conteúdo e adequação técnico-científica do manuscrito. No entanto, a decisão final quanto à publicação compete à Comissão Editorial. No caso dos manuscritos aceitos para publicação, os direitos autorais são transferidos para a Revista Gaúcha de Enfermagem.

A Comissão Editorial (CED) é formada por docentes da Escola de Enfermagem da UFRGS, com as funções de Editor-Chefe, Editor-assistente e Editores de Área, com o apoio de servidores técnico-administrativos (secretário e bibliotecária) e alunos de pós-graduação. Para a avaliação dos manuscritos, a Revista conta com a colaboração de pareceristas de instituições assistenciais, de ensino e de pesquisa nacionais e internacionais.

A Revista apoia os princípios da Declaração de Helsinque, e exige que os autores dos manuscritos submetidos tenham obtido aprovação ética e seguido as exigências legais para pesquisas envolvendo seres humanos, incluindo o consentimento informado, de acordo com procedimentos de sua instituição e de seu país. Em conformidade com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, as pesquisas que envolvem seres humanos devem ser aprovadas por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos: <http://www.bioetica.ufrgs.br/diraber.htm>.

A Revista recomenda enfaticamente a não fragmentação de relatórios de uma mesma pesquisa em múltiplos manuscritos.

Os artigos que apresentarem semelhanças com outros já publicados não serão aceitos para publicação.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição da Comissão Editorial da RGE.

O processo de avaliação de um artigo na RGE compreende as seguintes etapas: pré-avaliação, encaminhamento e monitoramento da avaliação, avaliação pelos pareceristas, reformulações do manuscrito pelos autores, avaliação da CED e comunicação da decisão aos autores, parecer bibliotecnômico, tradução e editoração do artigo, definição da publicação e publicação *online*.

3.1 Pré-avaliação

O manuscrito, após submissão à RGE via *online*, passa por processo de pré-avaliação coordenado pelo Editor Assistente, que avalia o atendimento às normas de publicação, relevância do artigo, bem como aspectos básicos do método e redação científica. Nesta etapa, poderão

ser solicitadas adequações, com o envio de um *check list*. Após o retorno dos autores, tendo atendido as solicitações, o manuscrito será encaminhado ao Editor de Seção. Caso não atenda, será recusado sem emissão de parecer consubstanciado.

Caso os autores não se manifestem em até cinco dias após o envio do *check list*, o Editor Assistente enviará um segundo aviso, e não havendo resposta também em até cinco dias, arquivará esta submissão. O processo de submissão deverá ser reiniciado.

3.2 Encaminhamento e monitoramento da avaliação

O Editor de Seção selecionará dois pareceristas *ad hoc*, especialistas na temática e no método do artigo em avaliação, e encaminhará o manuscrito para avaliação por meio de formulário específico. Caberá, ainda, ao Editor de Seção o monitoramento e encaminhamento do processo de avaliação. Ao receber o retorno dos pareceristas fará o encaminhamento à CED.

3.3 Avaliação pelos pareceristas

A identidade do(s) autor(es) e de sua(s) instituição(ões) de origem será mantida em sigilo para os dois consultores *ad hoc*, bem como vice-versa, e a avaliação se dará de forma independente.

Os artigos que cumprem as normas da Revista serão avaliados pelos dois consultores no que se refere ao mérito, originalidade, pertinência de seu conteúdo, qualidade acadêmica, conveniência de publicação e relevância para a Enfermagem e áreas afins.

Os pareceres dos consultores serão apreciados pelo Editor de Seção, que os encaminha aos autores, quando os pareceres sugerem reformulações, ou à CED, quando os pareceres sugerem recusa do manuscrito.

3.4 Reformulações do manuscrito pelos autores

O manuscrito, com as primeiras reformulações solicitadas pelos pareceristas *ad hoc*, acompanhado por carta explicitando as alterações realizadas, deve retornar ao Editor de Seção por e-mail no prazo máximo de sete (7) dias consecutivos. Fora desse prazo será considerada nova submissão. O Editor de Seção encaminhará o manuscrito reformulado para avaliação da CED.

3.5 Avaliação da CED e comunicação da decisão aos autores

A CED, com base nos pareceres dos pareceristas *ad hoc*, avaliará o manuscrito e decidirá pelo aceite, encaminhamento aos autores para novas reformulações ou pela recusa de publicação. A CED é o fórum que decide pela publicação ou não do manuscrito. Os manuscritos serão,

■ Diretrizes para autores

portanto, aceitos, reformulados ou recusados. Em qualquer uma das possibilidades o autor é comunicado.

3.6 Parecer biblioteconômico

O manuscrito aprovado pela CED para publicação é encaminhado para parecer biblioteconômico. Nesta etapa, o manuscrito ainda poderá ser encaminhado aos autores com fins de reformulações no que tange a adequações às normas da RGE.

Os autores podem acompanhar o processo de avaliação do seu manuscrito pelo sistema SEER. As decisões são comunicadas aos autores por e-mail.

3.7 Tradução e editoração do artigo

Juntamente com a carta de aceite da publicação, solicitar-se-á ao(s) autor(es) a tradução do manuscrito para o idioma inglês, a ser realizado por uma das empresas recomendadas pela RGE.

Cabe exclusivamente ao(s) autor(es) a escolha e o contato com esta empresa.

Os autores devem, então, encaminhar à RGE a tradução, acompanhada do certificado de tradução enviado pela empresa que traduziu o texto.

Após este processo, o manuscrito será encaminhado para editoração (diagramação e publicação).

3.8 Definição da publicação

A CED definirá o volume e o número da RGE em que o artigo será publicado.

A prova tipográfica será realizada pelo Editor Chefe.

3.9 Publicação online

Após a diagramação e avaliação da prova tipográfica serão publicadas as versões impressa e *online* em *pdf* (plataforma SEER) e em *html, pdf e e-pdf* (biblioteca SciELO) do volume/número da RGE. O autor, identificando a necessidade de solicitar uma **errata**, deverá enviá-la à Revista no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo, e ficará a critério da Revista a decisão sobre sua relevância e possível distribuição.

■ 4 DIREITOS AUTORAIS

Direitos Autorais dos artigos publicados nesta Revista são do autor, com direitos de primeira publicação para a Revista.

A declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais (disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/Revista-GauchadeEnfermagem/about/editorialPolicies#custom-2>) deverá ser assinada por todos os autores e encaminhada como documento suplementar no sistema, no momento da submissão.

Em virtude da Revista ser de acesso público, os artigos são de uso gratuito, com atribuições próprias, em aplicações educacionais e não-comerciais, estando licenciados sob uma Licença Creative Commons tipo (CC) BY-NC.

■ 5 POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os nomes e endereços informados na Revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

ANEXO E – PUBLICAÇÃO DE RESUMO EXPANDIDO EM ANAIS DE EVENTO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM



I CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM
Tema: Boas práticas e representações de enfermagem
na construção da sociedade
09 a 12 de Maio/2017

Diagnósticos de Enfermagem em Oncologia: uma revisão integrativa

Paula Mara Gomes Leite (Enfermeira Especialista em Saúde Pública), e-mail: paulaenfa91@gmail.com

Yara Mercedes Oliveira Santos (Enfermeira Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe), e-mail: yarapituca34@gmail.com;

Manuella Silva Leite Pimentel (Enfermeira Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe), email: enfamanuellasleite@gmail.com

Joseilze Santos de Andrade (coorientadora: Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe), e-mail: joseilzesa@gmail.com.

Leila Luiza Conceição Gonçalves (Orientadora: Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe), e-mail: leilaluiza@globo.com

Linha Assistencial 03 – Modelos e impactos do cuidado de enfermagem nas condições de saúde da população.

Sublinha de pesquisa: Práticas avançadas de cuidado de enfermagem direcionados aos 4 grupos humanos: criança, adolescente, adulto (homem e mulher) e idoso

INTRODUÇÃO

O câncer é um processo patológico onde ocorre alterações da célula normal quando uma célula normal através da mutação genética do DNA celular, onde forma um clone e este começa a proliferar de maneira anormal. As características desta célula alterada geneticamente se tornam invasivas e disseminam para tecidos vizinhos (SMELTZER; BARE, 2009). Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), mostram que atualmente, 8,2 milhões de pessoas morrem por ano acometidas pelo câncer. No Brasil, foram registradas 189.454 mortes no ano de 2013. Ainda segundo o Instituto, a estimativa para o Brasil, no biênio 2016-2017, aponta a ocorrência de cerca de 600mil casos novos de câncer (INCA, 2015).

O câncer ainda é entendido pelas pessoas, em geral, como sinônimo de dor,

morte e sofrimento. Nesta perspectiva, cabe a enfermagem identificar suas próprias concepções relativas ao câncer e estabelecer estratégias de enfrentamento, embasadas nas resoluções do COFEN 358/2009, 210/1998 e 211/1998 que os ampara, visando assim uma assistência adequada, humanizada e eficaz que possibilite minimizar o sofrimento de todos os envolvidos (MINEO, 2013).

OBJETIVO

Caracterizar a produção do conhecimento nacional sobre os diagnósticos de enfermagem em oncologia

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo utilizou o método de revisão integrativa da literatura, a qual tem

como finalidade reunir e resumir o conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado, ou seja, permite buscar, avaliar e sintetizar as evidências disponíveis para contribuir com o desenvolvimento do conhecimento na temática (ROMAN, e FRIEDLANDER, 1998)

Para a elaboração da presente revisão integrativa as seguintes etapas foram percorridas: definição da questão norteadora (problema) e objetivos da pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão das publicações (seleção da amostra); busca na literatura; análise e categorização dos estudos, apresentação e discussão dos resultados (MENDES, 2008, p.14).

Desta forma, para nortear a pesquisa, formulou-se a seguinte questão: qual a produção do conhecimento nacional sobre os diagnósticos de enfermagem em oncologia, disponíveis na literatura online?

A pesquisa foi realizada no mês de março 2017 com publicações indexadas nas seguintes bases de dados: Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de Dados em Enfermagem: Bibliografia Brasileira (BDENF). Foi utilizado o cruzamento entre os descritores: "oncologia", "processos de enfermagem" e "diagnósticos de enfermagem". Destaca-se que foi utilizado "and" entre os descritores como operador booleano e não foi estabelecido um período temporal.

Como critérios de inclusão foram estabelecidos: pesquisas publicadas em português, e em formato de artigos disponíveis na íntegra. Já como critérios de exclusão: trabalho que não apresentassem resumos nas bases de dados. Vale ressaltar que a busca foi realizada de forma ordenada, respectivamente, LILACS e BDENF.

Os títulos e resumos foram avaliados. As publicações que se encontravam indexadas em mais de uma, foram excluídos considerando-os em um indexador somente. As produções que

atendiam aos critérios previamente estabelecidos, foram selecionados para este estudo, e avaliados na íntegra. Utilizou-se o instrumento de coleta de dados de URSI (2006) adaptado a fim de responder a questão norteadora desta revisão, composto pelos seguintes itens: título, autores, método, periódico, objetivo do estudo, público alvo, indexador e principais resultados. Os dados foram descritos, utilizando-se a frequência absoluta (n) e percentual (%).

Logo após a leitura dos textos selecionados na íntegra, foi dado andamento a análise e organização das temáticas, descritas a seguir: diagnósticos de abrangência biofisiológica e os diagnósticos da esfera psicossocial.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados dezenove artigos, dos quais cinco apresentaram-se repetidos em mais de um local assim, das quatorze publicações elencadas, oito abordavam o tema proposto, os quais compuseram a amostra da revisão integrativa.

Tabela 1. Distribuição das publicações segundo base de dados e biblioteca eletrônica, 2017

Base de Dados	Oncologia/ Processos de Enfermagem e Diagnósticos de Enfermagem;	Publicações Selecionadas	
		(n)	(%)
BDENF	06	02	33,33%
LILACS	13	06	66,66%
Total	19	08	100,00

fonte: Dados da pesquisa, 2017

Quanto a indexação, dois encontram-se no BDENF e seis no LILACS. No que tange ao público alvo dos estudos, 100% correspondeu a pacientes adultos e, destes, 62,5% em atendimento hospitalar.

Outro achado diz respeito ao delineamento da pesquisa, no qual 50% das publicações caracterizou-se como estudo retrospectivo descritivo com coleta de dados em prontuários. Os outros tipos de pesquisa (pesquisa social, exploratório e estudo de caso) ocorreram com menor frequência contemplando os 50% restante da amostra. Apesar de não ter sido feito um recorte temporal durante a busca, os estudos selecionados foram publicados no período entre 2007 a 2015. Os diagnósticos de enfermagem levantados nas publicações tiveram como bases conceituais e a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), correspondendo a 62,8% da amostra, e a Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE), com 37,8% das publicações.

Tal observação mostra que a NANDA ainda é mais utilizada pelos profissionais visto que os dados das pesquisas, em sua grande maioria foi retrospectiva com base nas anotações realizadas por profissionais em prontuários. As publicações que utilizaram a NANDA, 60% foram realizadas em ambiente ambulatorial e 40% em ambiente hospitalar. Os diagnósticos prevaleceram nos domínios de Segurança e proteção, seguidos pelos diagnósticos de Domínio Enfrentamento e Tolerância ao Estress. No que tange a CIPE, o ambiente mais pesquisado foi o ambulatorial, representando 66,6% da amostra.

No total, foram identificados noventa e um diagnósticos de enfermagem descritos pelos autores dos estudos analisados, os quais encontram-se em duas categorias temáticas: diagnósticos de enfermagem de abrangência biofisiológica e os diagnósticos de enfermagem da esfera psicossocial. Dentre eles foram selecionados, neste estudo, como os prevalentes os diagnósticos que tiveram acima de 70% de frequência, como ilustra a tabela a seguir.

Tabela 2. Diagnósticos de enfermagem prevalentes de acordo com a categoria de abrangência:

Abrangência biofisiológica	(%)	Abrangência psicossocial	(%)
Dor	100	Risco de baixa estima situacional	70
Fadiga	70	Ansiedade	100
Integridade da pele prejudicada	70	Medo	100
Nutrição desequilibrada	80	Pesar	70
Risco de sangramento	70	Angustia espiritual	70
Risco de infecção	90	Auto imagem	70
Proteção ineficaz	80	-	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017

Dentro da categoria dos diagnósticos de enfermagem de abrangência biofisiológica, merecem destaque o diagnóstico de dor pois este esteve presente em 100% das publicações estudadas.

A dor é considerada um dos grandes problemas a ser enfrentado pelos sistemas de saúde e está diretamente relacionada com a capacitação dos profissionais, em especial os da enfermagem que cuidam de pacientes oncológicos. Neste sentido, torna-se importante a atuação do enfermeiro, oferecendo uma assistência eficaz através de um processo de avaliação da dor completo incluindo também os aspectos psicossociais, espirituais e familiares relacionados ao paciente (CARVALHO, 2015).

Já na categoria dos diagnósticos de enfermagem de esfera psicossocial a ansiedade e o medo foram identificados em 100% das publicações. A ansiedade e o medo muitas vezes, sentimentos alimentados pelo conhecimento precário que o paciente apresenta acerca do ambiente hospitalar, com suas rotinas e normas. (SANTOS, 2007). Fato que necessita de uma abordagem mais criteriosa por parte do enfermeiro.

A busca e a organização dos conhecimentos para a proposição de ações independentes da (o) enfermeira (o) ficam prejudicadas quando não se tem uma terminologia que expresse o julgamento que se faz acerca dos problemas dos clientes. (SMELTZER; BARE, 2009). O diagnóstico abre possibilidades para o desenvolvimento da enfermagem porque cria uma linguagem própria para descrever os problemas do cliente que a (o) enfermeira (o) tem competência para resolver. E o uso destes, contribui para a melhor definição da prática clínica dentro da enfermagem oncológica, por se tratar de uma especialidade complexa.

CONCLUSÕES

Após a realização deste estudo é possível concluir que as pesquisas em diagnósticos de enfermagem em oncologia ainda predominam a nível hospitalar, que os profissionais utilizam com maior frequência a Taxonomia NANDA, em comparação com o uso da CIPE, apesar desta última ter sido considerada como de fácil entendimento. Neste sentido, o estudo ratificou a necessidade do uso de uma linguagem própria de enfermagem para contribuir na melhoria na qualidade no atendimento voltado a pacientes oncológicos, além de efetivar a comunicação entre as (os) enfermeiras (os).

Contudo, vale ressaltar que o ato de cuidar não compreende apenas o tratamento da doença mediante a uma intervenção técnica, mas envolve principalmente a interação e trocas entre o cliente e a equipe de saúde, especialmente em assistência voltada ao paciente oncológico, exigindo um preparo especial e constante da equipe de enfermagem, sobre tudo do enfermeiro. Deste modo, espera-se que os conhecimentos revelados por este estudo possam ampliar as possibilidades de uma assistência de saúde mais qualificada.

Palavras-chave: oncologia; processos de enfermagem; diagnósticos de enfermagem;

REFERÊNCIAS

- BORDALLO, F. R. et al. Cliente submetida a mastectomia radical e aplicação da CIPE em uma unidade de cirurgia oncológica: Estudo de caso. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online** 2013. dez., 5(5):182-89. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/articled/view/1758/pdf_1028 Acesso: 20 de março de 2017
- CARVALHO, M.W.A. Diagnósticos de enfermagem para pacientes com dor oncológica baseados na CIPE.: **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 9(supl. 1):253-60, jan., 2015. Disponível em: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../1127 Acesso em 28 de abril de 2017
- INCA. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro., 2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf> Acesso: 20 de abril de 2017
- LOPES, M.H.B.M.; ET. AL. Diagnósticos de Enfermagem no pós-operatório de mastectomia. **Esc Anna Nery (impr.)**, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200021>. Acesso: 20 de março de 2017
- MENDES, K.D.D; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto enferm [periódico na internet]** 2008; [acesso em 2017 março 16]; 17(4): 758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso: 20 de março de 2017
- MINEO, F. L. V. et al. Assistência de enfermagem no tratamento do câncer de mama. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** Vol.04, Nº. 02, Ano 2013 p.2238-2260. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/viewFile/22951/16474> Aceso: 20 de abril de 2017
- OLIVEIRA, S. K. P. et al. Sistematização da assistência de enfermagem às mulheres Mastectomizadas. **Cogitare Enferm.** 2010 Abr/Jun; 15(2):319-26. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17869>. Acessado: 20 de março de 2017.



I CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM
Tema: Boas práticas e representações de enfermagem
na construção da sociedade
09 a 12 de Maio/2017

PRIMO, C.C.; ET.AL. Uso da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem na assistência a mulheres mastectomizadas. **Revista Acta Paul Enferm**, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000600014> Acesso: 20 de março de 2017.

RAIMUNDO, D.D.; ET. AL. Assistência de enfermagem a clientes com câncer na cabeça e no pescoço com ênfase nos tumores de cavidade oral no estado do Rio de Janeiro. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, 2014. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2088/pdf_979 Acesso: 20 de março de 2017

ROMAN, A. R. FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enferm., Curitiba**, v.3, n.2, p.109-112, jul./dez. 1998. Disponível em: <file:///C:/Users/yara.santos/Downloads/44358-167535-1-PB.pdf> Acesso em: 22 de abril de 2017.

RIBEIRO J.P. et al. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnósticos e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psicoespirituais. **Rev Fund Care Online**. 2016 out/nov/dez; 8(4):5136-5142. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5136-5142> Acesso: 20 de abril de 2017.

SANTOS, R.R. PICCOLI, M. CARVALHO, A.R.S. Diagnósticos de enfermagem emocionais identificados na visita Pré-operatória em pacientes de cirurgia oncológica. **Cogitare Enferm** 2007 jan/mar; 12(1):52-61. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/8264/6794> Acesso: 20 de março de 2017

SMELTZER S.C. BARE B.G. Histórico e tratamento de pacientes com distúrbios da mama. In: Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 1202-38.

SOUSA, R.M. SANTO, F.H.E. SANTANA R.F. LOPES, M.V.O. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes onco-hematológicos: mapeamento cruzado. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** 19(1) Jan-Mar 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150008> Acesso em: 20 de março de 2017.

URSI, E.S. GAVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev Latino-am Enfermagem** 2006 janeiro-fevereiro; 14(1):124-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17.pdf> Acesso em: 15 de março de 2017.