

Construção e validação de instrumento para consulta de enfermagem em quimioterapia ambulatorial

Construction and validation of an instrument for nursing consultation in outpatient chemotherapy
Construcción y validación de instrumento para consulta de enfermería en quimioterapia ambulatoria

Giselia Santos Tolentino¹

ORCID: 0000-0002-1161-5356

Ana Rita de Cássia Bettencourt¹

ORCID: 0000-0002-4346-6586

Selma Montosa da Fonseca¹

ORCID: 0000-0002-1117-0959

¹Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem. São Paulo-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Tolentino GS, Bettencourt ARC, Fonseca SM.
Construction and validation of an instrument for
nursing consultation in outpatient chemotherapy.
Rev Bras Enferm. 2019;72(2):391-9.
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0031>

Autor Correspondente:

Giselia Santos Tolentino
E-mail: ggissellia@hotmail.com



Submissão: 04-02-2018 **Aprovação:** 17-07-2018

RESUMO

Objetivo: Construir e validar conteúdo de instrumento para consulta de enfermagem em ambulatório de quimioterapia de adultos. **Método:** Estudo metodológico composto por duas etapas: Elaboração do instrumento e validação de conteúdo. Foi realizada revisão literária das dimensões do cuidado da clientela, à luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, culminando em dois instrumentos: Um para consulta de admissão e outro de seguimento. O conteúdo foi validado pela avaliação de *experts* listados com base no Modelo de Validação de Fehring adaptado. **Resultados:** Na primeira rodada, dois itens do instrumento de admissão e três de seguimento necessitaram de reformulação. Na segunda rodada, houve aumento da taxa de concordância: 11% no instrumento de admissão e 10% de seguimento. **Considerações Finais:** O instrumento representa um norteador do Processo de Enfermagem e de futuras pesquisas, mas não pode ser visto como um substituto do conhecimento e do raciocínio clínico do enfermeiro.

Descritores: Enfermagem Oncológica; Processo de Enfermagem; Enfermagem no Consultório; Estudos de Validação; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: Construct and validate instrument content for nursing consultation in an adult chemotherapy outpatient clinic. **Method:** Methodological study composed of two stages: elaboration of the instrument and validation of content. A literary review of the dimensions of customer care was carried out in the light of Theory of Basic Human Needs Theory, culminating in two instruments: one for admission consultation and other for follow-up. The content was validated by the evaluation of listed experts based on the adapted Fehring's Validation Model. **Results:** In the first round, two items of the admission instrument and three items of follow-up required reformulation. In the second round, there was an increase in agreement rate: 11% in the instrument of admission and 10% in follow-up. **Final Consideration:** The instrument represents a guideline for the Nursing Process and future research, but it cannot be seen as a substitute for nurses' knowledge and clinical reasoning.

Descriptors: Oncology Nursing; Nursing Process; Office Nursing; Validation Studies; Nursing Care.

RESUMEN

Objetivo: Construir y validar contenido de instrumento para consulta de enfermería en ambulatorio de quimioterapia de adultos. **Método:** Estudio metodológico compuesto por dos etapas: elaboración del instrumento y validación de contenido. Se realizó una revisión literaria de las dimensiones del cuidado de la clientela, a la luz de la Teoría de las Necesidades Humanas Básicas, culminando en dos instrumentos: uno para consulta de admisión y otro de seguimiento. El contenido fue validado por la evaluación de expertos listados con base en el Modelo de Validación de Fehring adaptado. **Resultados:** En la primera ronda, dos ítems del instrumento de admisión y tres de seguimiento necesitaban reformulación. En la segunda ronda, hubo aumento de la tasa de concordancia: 11% en el instrumento de admisión y 10% de seguimiento. **Consideraciones Finales:** El instrumento representa un orientador del proceso de enfermería y de futuras investigaciones, pero no puede ser visto como un sustituto del conocimiento y del raciocinio clínico del enfermero.

Descriptores: Enfermería Oncológica; Proceso de Enfermería; Enfermería de Consulta; Estudios de Validación; Atención de Enfermería.

INTRODUÇÃO

O câncer é a doença crônico-degenerativa mais temida pela sociedade, por ser estigmatizada socialmente, complexa, de longa duração e por comprometer, de forma significativa, a vida dos pacientes. Considerado um problema de saúde pública mundial, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou a ocorrência de aproximadamente 600 mil casos novos para o Brasil no biênio de 2016-2017⁽¹⁾.

Dentre as modalidades terapêuticas existentes para tratar o câncer, a quimioterapia é a mais utilizada, por consistir em um tratamento sistêmico, que permite tratar precocemente metástases não detectáveis de tumores sólidos e doenças onco-hematológicas. As drogas atuam em nível celular, interferindo nos processos de crescimento e divisão das células, ocasionando a morte, tanto das células neoplásicas quanto das sadias. Esta falta de especificidade promove eventos adversos e, conseqüentemente, requer do enfermeiro o conhecimento para identificá-los, com o intuito de preveni-los ou amenizar seu impacto, por meio do manejo adequado.

Para promover a integração entre enfermeiro-paciente e enfermeiro-família/comunidade, bem como a qualidade da assistência prestada, a legislação determina algumas atribuições ao profissional, como a realização de consulta fundamentada no Processo de Enfermagem (PE), e o registro de informações e dados estatísticos pertinentes à assistência de enfermagem. No entanto, observa-se, na prática, que os instrumentos, em sua maioria, restringem-se ao levantamento de dados sociodemográficos, exame físico de forma generalizada, Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem (que não são evoluídos), sendo fundamentados no modelo biomédico⁽²⁻³⁾.

Estes fatores dificultam o atendimento de todas as peculiaridades do paciente oncológico no que se refere às alterações clínicas e psicológicas advindas do tratamento, além de despenderem mais tempo da Enfermagem, sem resolução do problema de forma efetiva e nem contribuição para a formação de registros que possibilitem o levantamento de dados estatísticos e subsidiem a construção ou consolidação do conhecimento científico nesta área.

Tendo em vista que a qualidade em saúde tornou-se um imperativo e requer a sistematização de todas suas práticas e processos, há uma preocupação em obter instrumentos de coleta de dados com variações de forma e de conteúdo, visando à obtenção de dados – os mais completos possíveis –, tanto do ponto de vista da quantidade como da qualidade, de acordo com a clientela assistida⁽⁴⁾. Diante desta realidade, é possível desenvolver um instrumento com embasamento científico para consulta de enfermagem em ambulatório de quimioterapia de adultos?

OBJETIVO

Construir e validar conteúdo de instrumento para consulta de enfermagem em ambulatório de quimioterapia de adultos.

MÉTODO

Aspectos éticos

Trabalho aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo.

Desenho e período

Trata-se de um estudo metodológico composto por duas etapas: elaboração do instrumento e validação do conteúdo, realizado no período de 2016 a 2017.

Procedimentos metodológicos

Para a construção do instrumento, a seguinte pergunta norteou a revisão de literatura: Quais são as características que refletem as dimensões física, funcional, emocional, social e espiritual do paciente oncológico, considerando-as à luz da Teoria de Necessidades Humanas Básicas (NHB), de Wanda Horta⁽⁵⁾?

A busca ocorreu nas seguintes bases de dados/bibliotecas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *National Library of Medicine* (PUBMED), *Cochrane Library*, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Os descritores utilizados, em diferentes combinações, foram: "cuidados de enfermagem" ("*nursing care*"), "Processo de Enfermagem" ("*Nursing Process*"), "quimioterapia" ("*chemotherapy*"), "enfermagem oncológica" ("*oncology nursing*"), "oncologia" ("*oncology*"), bem como termos não controlados, como "dimensão do cuidado" ("*care dimension*") e "instrumentos" ("*instruments*") – este último para tentar localizar outros modelos que pudessem auxiliar. Foram incluídos artigos e dissertações/teses publicados em português, inglês e espanhol, sem delimitação temporal, tendo sido excluídos artigos em outros idiomas, opinião de especialistas e carta ao editor.

Partiu-se do pressuposto de que a primeira consulta de enfermagem deve ser ampla, para garantir o planejamento de uma assistência efetiva capaz de promover o autocuidado nas demandas de pós-quimioterapia, diferindo da consulta de seguimento, cujo propósito deve ser a identificação dos resultados alcançados ou não, das intervenções implementadas. Optou-se, então, pela construção de dois instrumentos distintos: um de admissão do paciente e outro para os atendimentos subsequentes, sendo ambos compostos por dez itens.

Os instrumentos elaborados foram submetidos a um pré-teste com enfermeiras especialistas em Oncologia e com experiência em Quimioterapia Ambulatorial, para avaliar pertinência, compreensão e consistência interna dos instrumentos e a dinâmica adotada (meio eletrônico).

Na segunda etapa, objetivou-se garantir a acurácia dos instrumentos, por intermédio da avaliação de *experts* listados com base no Modelo de Validação de Fehring⁽⁶⁾ adaptado para a temática, cuja pontuação mínima para inclusão foi 5 pontos (Quadro 1). Em relação ao tamanho da amostra, foi adotado como referencial Pasquali, que estabelece o mínimo de seis peritos⁽⁷⁾.

A seleção dos *experts* foi feita, primeiramente, a partir de uma busca na Plataforma Lattes do *website* do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio dos critérios assunto (Quimioterapia e Oncologia) e atualização do currículo nos últimos 24 meses. Aos peritos que concordaram em participar do estudo, após envio de carta convite, por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi solicitado que recomendassem outros profissionais, sempre com base nos critérios estabelecidos.

Quadro 1 - Critérios estabelecidos para identificação dos peritos do estudo, São Paulo, Brasil, 2017

Critérios	Pontuação
Titulação de Mestre em Enfermagem	4
Titulação de Mestre em Enfermagem com dissertação direcionada ao conteúdo relevante ao estudo	1
Pesquisa publicada sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem direcionada ao paciente oncológico em periódicos de referência	2
Artigo publicado sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem direcionada ao paciente oncológico e com conteúdo relevante à área de foco (quimioterapia)	2
Doutorado versando sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem ou quimioterapia	2
Experiência clínica recente de pelo menos 1 ano na área temática abordada	1
Capacitação (especialização) em Oncologia	2

Fonte: adaptado de Fehring⁽⁶⁾, p. 59.

Coleta e organização dos dados

Os instrumentos elaborados foram transpostos em formulário *on-line*, que possibilitava simultaneamente acesso e avaliação, os quais foram encaminhados aos *experts* via correio eletrônico, com recomendação de devolução, após análise e parecer, no prazo de 30 dias.

Para avaliação do instrumento, realizou-se um roteiro com os seguintes critérios de apreciação dos itens: objetividade, simplicidade, clareza, relevância, precisão, linguagem, amplitude e equilíbrio. Os juízes consideraram as variáveis: “contempla fortemente” (valor 4), “contempla em partes” (valor 3), “indefinido” (valor 2), “não contempla” (valor 1) para cada critério estabelecido. Ao final da avaliação de cada item do instrumento, havia um espaço aberto para observações e/ou sugestões⁽⁷⁾.

Análise dos dados

Os roteiros foram lidos um a um, com atenção aos comentários. Os pareceres foram distribuídos em uma tabela no programa *Microsoft Excel 2010*, de acordo com os pesos atribuídos às respostas

da escala de Likert predeterminada, e procedeu-se ao cálculo da média ponderada de cada característica, classificando-a conforme o Índice de Validade de Conteúdo (IVC)⁽⁷⁻⁸⁾.

Para avaliar cada item individualmente, foi considerada a fórmula $IVC = \text{número de respostas "3" e "4"} / \text{número total de respostas}$. Para avaliar o instrumento como um todo, foi considerada a divisão do número total de itens considerados como relevantes (respostas 3 e 4) pelos juízes pelo número total de itens⁽⁷⁾. Já a concordância foi julgada de acordo com a proporção de juízes que avaliaram o item como válido para permanecer no protocolo dividido pelo total de juízes.

As características com escore $\geq 0,80$ foram classificadas como adequadas, aquelas com escore $< 0,80$ e $> 0,61$ foram reavaliadas de acordo com as observações feitas e as com escore $\leq 0,60$ foram excluídas⁽⁷⁾.

RESULTADOS

Foram localizados quatro estudos que nortearam a construção das dimensões do cuidado desejado⁽⁹⁻¹²⁾ e outras seis investigações efetuadas⁽¹³⁻¹⁸⁾ permitiram extrair fatores complementares do cuidado do paciente oncológico submetido à quimioterapia.

Estes dados foram analisados sob a ótica da teoria NHB para a construção dos instrumentos. Os modelos de históricos de enfermagem I e II de Horta foram utilizados como guias para a organização das informações em itens. Porém as categorias de NHB psicobiológicas, psicoespirituais e psicossociais não seguiram uma sequência de classificação.

No instrumento de consulta de enfermagem de admissão, as informações foram organizadas, conforme Quadro 2. E adicionou-se: cabeçalho com espaço para o logotipo institucional, título e subtítulo do instrumento, e data do atendimento; e, ao final do instrumento, como preconizado pela legislação, campo para assinatura e carimbo do enfermeiro responsável pelo atendimento.

O instrumento de consulta de seguimento foi pensado para avaliar os resultados das ações definidas na consulta anterior, além de inibir o registro duplicado de informações no prontuário (vide Quadro 3). Conservaram-se os aspectos do cabeçalho e a finalização do instrumento de admissão.

Quadro 2 – Itens do instrumento de consulta de enfermagem de admissão, São Paulo, Brasil, 2017

Item	Subitens
1. Identificação	Nome, registro hospitalar, data de nascimento, idade, gênero, nacionalidade, naturalidade, procedência, grau de instrução, ocupação, etnia, estado civil, se tem filhos (quantos e a idade deles), com quem reside, número do telefone e nome do responsável pelo relato dos dados coletados
2. Informações sobre a doença e o tratamento	Diagnóstico médico, protocolo de quimioterapia; ciclo, dia e intervalo da quimioterapia; finalidade do tratamento (cura, palição, concomitante com radioterapia); queixas; conhecimento sobre doença/tratamento; realização de tratamento prévio da doença e reações adversas, bem como medidas e efetividade das condutas adotadas; antecedentes familiares de câncer; antecedentes pessoais que representam risco para complicações ao longo do tratamento; antecedentes cirúrgicos; e medicamentos de uso habitual (prescritos por equipe médica ou automedicação)
3. Hábitos de saúde	Antecedentes sociais (tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas) e alérgicos, controle de saúde (periodicidade dos exames de rotina, avaliação odontológica, cuidado corporal e higienização das mãos) e hábitos relacionados às necessidades psicobiológicas e psicossociais (alimentação, hidratação, eliminação urinária e intestinal, função sexual e reprodutiva, locomoção e mobilidade, padrão de sono, atividade física, recreação, e lazer e habitação)
4. Exame físico	Peso, altura, Índice de Massa Corporal, superfície corporal, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, saturação de oxigênio, temperatura, acessos vasculares, presença de dispositivos, avaliação da cavidade oral, integridade cutânea, dor, <i>status performance</i> , risco para queda e úlcera por pressão e campo para a descrição de outras alterações observadas no decorrer do exame físico

Continua

Continuação do Quadro 2

Item	Subitens
5. Aspectos psicossociais	Comunicação, atividade laboral, mantenedor, suporte familiar/amigos, religião/crença, como a pessoa se percebe diante da doença e do tratamento, autoestima, mudanças nas Atividades de Vida Diária, expectativa quanto ao tratamento e à consulta de enfermagem, interesse em participar do tratamento
6. Exames laboratoriais e de imagem	Hemoglobina, hematócrito, leucócitos, neutrófilos, plaquetas, função renal (creatinina e ureia), enzimas hepáticas, ecocardiograma prévio, avaliação da função pulmonar e campo aberto para o registro de exames não relacionados e pertinentes, conforme protocolo de quimioterapia
7. Diagnósticos de Enfermagem	Campo aberto para a descrição pelo profissional, de acordo com os problemas levantados
8. Intervenções de Enfermagem	Campo aberto para a descrição pelo profissional, de acordo com as evidências existentes na literatura ou protocolos institucionais
9. Encaminhamentos	Constituído por algumas áreas (Fisioterapia, Psicologia, Nutrição, Fonoaudiologia, Serviço Social e Estomaterapia) em formato de <i>checklist</i> e uma opção denominada "outro" com espaço para especificação de outras especialidades, além de contemplar um campo para a descrição da justificativa (motivo) da solicitação
10. Extravasamento	Local da punção, material utilizado no procedimento, medicamento extravasado, horário da instalação e do extravasamento, sinais e sintomas apresentados, ações tomadas, encaminhamento para o cirurgião vascular, avaliação do extravasamento tendo como base a escala de <i>Common Terminology Criteria for Adverse Events</i> , versão 4.0

Quadro 3 – Composição do instrumento de consulta de enfermagem de seguimento, São Paulo, Brasil, 2017

Item	Subitens
1. Identificação	Nome, RH, idade e identificação do responsável pelas informações concedidas na avaliação (paciente e/ou acompanhante)
2. Informações sobre a doença e o tratamento	Diagnóstico médico, protocolo de quimioterapia, finalidade do tratamento (pois pode ser alterado), avaliação de adesão ao quimioterápico oral (se aplicável ao contexto) e as reações adversas, com base na referência <i>Common Terminology Criteria for Adverse Events</i> , versão 4.0 ⁽¹⁴⁾
3. Exame físico	Idem ao instrumento de admissão, com o acréscimo das escalas de avaliação de flebite e infiltração como possíveis complicações da terapia intravenosa
4. Aspectos psicossociais	Mantida a avaliação da comunicação, da percepção diante da doença e do tratamento, da autoestima e da manutenção das Atividades de Vida Diária
5. Exames laboratoriais e de imagem	Preservado o padrão do instrumento de admissão
6. Diagnósticos de Enfermagem	Adotada as siglas I (incluído), M (mantido), P (pioorado), Me (melhorado) e E (excluído), com a inserção de colunas à direita do campo de descrição dos diagnósticos com cabeçalho para identificação da data de avaliação. O objetivo, deste modo, era otimizar o tempo de consulta e torná-la menos cansativa para o paciente, quando o protocolo de quimioterapia prevê mais de 1 dia consecutivo de aplicação (exemplo protocolos com D1-D3 ou D1-D5)
7. Intervenções de Enfermagem	Preservado o padrão do instrumento de admissão
8. Evolução de Enfermagem	Campo para preenchimento livre atendendo à legislação brasileira
9. Encaminhamentos	Preservado o padrão do instrumento de admissão
10. Extravasamento	Preservado o padrão do instrumento de admissão

No pré-teste, foram contatadas nove enfermeiras, mas somente seis aceitaram o convite e, destas, quatro entregaram o questionário. O tempo médio de atuação das profissionais era de 4 anos e 75% delas possuíam pesquisa ou publicações relacionadas à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na temática do estudo.

Os instrumentos foram avaliados separadamente, e observou-se um índice de concordância em praticamente todos os critérios e itens do instrumento, salvo o item 7 (Diagnósticos de Enfermagem) do instrumento de admissão, cujo IVC, nos critérios de precisão e de linguagem, foi de 0,75, mas sem justificativa da enfermeira avaliadora, que, no mesmo item do instrumento de seguimento (item 6, Diagnósticos de Enfermagem) sinalizou os critérios simplicidade e linguagem como indefinidos. Perante a divergência e a ausência de sugestão, considerou-se o IVC do item como um todo de 0,92, e optou-se pela permanência do formato apresentado para submissão aos *experts*.

Quanto ao grupo de *experts*, foram selecionados 32 candidatos na Plataforma Lattes e ocorreram 15 indicações, mas quatro das indicações não preenchiam os critérios. Quatorze aceitaram participar, porém somente 12 peritos entregaram o questionário. O tempo de atuação deles variou de 5 a 25 anos, com tempo médio de 13,25 anos. Todos eram do sexo feminino e contavam com experiência clínica em quimioterapia. Quanto à titulação, 54% eram Mestres; 27% possuíam pós-doutorado; 18% doutorado e 9% eram especialistas em Oncologia. Da amostra, 81% possuíam pesquisas/publicações na temática SAE relacionadas ao paciente oncológico.

Na primeira rodada de avaliação pelos *experts*, o instrumento de consulta de enfermagem de admissão apresentou IVC significativo (superior a 0,80) em quase todos os itens e critérios, exceto nos itens 7 e 8, cujos critérios, quando avaliados separadamente, obtiveram escores entre 0,58 e 0,75 e, quando avaliados de forma integral, alcançaram entre 0,64 e 0,75, exigindo reformulação

norteada pelas considerações dos peritos. No tocante à avaliação do instrumento como um todo, o IVC foi de 0,92 para os critérios de amplitude e equilíbrio, e a taxa de concordância foi de 0,89.

Todas as sugestões foram lidas e analisadas com base no referencial teórico adotado, prevalecendo o maior índice de concordância. Mesmo os itens que alcançaram um IVC significativo foram reformulados conforme recomendações dos *experts*. No item 1, foram acrescidos os subitens *campo de telefone* e *grau de instrução do cuidador* (perito D). No item 2, adotou-se as sugestões: inserção de uma coluna ao lado de cada medicação para identificação de medicamentos prescritos pela equipe médica e automedicação (peritos E, F e K); TNM (peritos B, D e K); período, dose e tipo de radioterapia realizada previamente (peritos D, E e K); excluído o item 'dia' do protocolo de quimioterapia (peritos A e J) e desmembrado o subitem "conhecimento sobre doença/tratamento" (peritos E e J); alterada a descrição "quando", no subitem *história progressa de quimioterapia*, para "data" e o subitem "queixas", para "queixas atuais" (perito G); incluídas as opções pré e pós-transplante de medula óssea na finalidade de tratamento (perito B). As recomendações de alteração do subitem "queixas" para "relato das condições de saúde" (perito C) e "conhecimento sobre a doença e tratamento" para "capacidade de autogerenciamento dos efeitos da doença e do tratamento" (perito B) foram colocadas em forma de pergunta aberta para votação na fase seguinte.

No item 3, foram adotados: número de episódios das eliminações vesicointestinais, e incluídos os subitens ressecamento vaginal e frequência semanal do consumo dos alimentos (peritos C, E, J, K, L). A perito G questionou a viabilidade do item em um ambulatório.

No item 4, ampliou-se o campo de avaliação da condição venosa periférica (perito J) e alterou-se o subitem "heparinização" para "manutenção" (perito G). No item 5, foram inseridos renda familiar e meio de transporte utilizado até o centro de tratamento (peritos B e F), e excluídos os subitens expectativa do tratamento e da consulta de enfermagem (peritos F e L); o perito G opinou que todas as questões do item deviam ser trabalhadas pela psicóloga.

Quanto ao item 6, foi incluído o subitem data do exame (perito F). No item 7, 67% dos peritos solicitaram adoção dos principais diagnósticos em forma de *checklist*, culminando na realização de uma revisão de literatura nacional^(14-16,19), que resultou no levantamento de 45 diagnósticos, dos quais 23 foram selecionados para compor o *checklist*, e 11 campos foram deixados para descrição livre.

Este posicionamento foi adotado também no item 8, em que os peritos A, B, C, E, G, J e K solicitaram adesão de *checklist*, e o perito H sugeriu campo livre para descrição pelo profissional. Recorreu-se à literatura para relacionar os diagnósticos arrolados às intervenções com Nível de Evidência I, II e III⁽²⁰⁻²³⁾, e optou-se por também deixar espaço livre para a redação de intervenções não relacionadas pelo enfermeiro assistencial.

No item 9, foi submetida à votação a sugestão do perito C para trocar o título do item para "solicitação de avaliação". O perito G considerou desnecessário o item e justificou que psicóloga e nutricionista devem fazer parte da equipe fixa de um ambulatório de quimioterapia.

No item 10, foram acrescidos: estimativa do volume extravasado, tipo de infusão, calibre do dispositivo de punção, característica da droga, data de retorno para avaliação e a versão da escala *Common Terminology Criteria for Adverse Events*⁽¹⁴⁾ (peritos A, B, C e F).

No tocante ao instrumento de consulta de seguimento, o IVC foi satisfatório – exceto os itens 7 e 8, cujo IVC foi 0,75. Na avaliação do instrumento como um todo, o IVC foi 0,83, e a taxa de concordância foi de 0,88. Quanto às considerações dos itens, alguns apontamentos foram desconsiderados, porque já constavam no instrumento, como o item 1, em que o perito C solicitou a inclusão da data da consulta. Porém, no item 8, foi adicionada uma coluna para data, conforme sugestão do perito J. Não foram feitas outras sugestões, mas somente os questionamentos dos peritos B, F e J sobre como registrar a evolução do paciente em um dia de atendimento. Optou-se por esclarecer a intenção do item quando de sua concepção e aguardar o posicionamento dos peritos. Em *Encaminhamentos*, no item 9, o perito K solicitou que fosse adicionado o desfecho da solicitação.

Os resultados demonstraram um bom índice de concordância, mas constataram-se diferenças significativas na avaliação de itens presentes em ambos os instrumentos, como verificado na Tabela 1. Isto diverge do parecer do próprio avaliador, como verificado nos itens Intervenções de Enfermagem e Extravasamento.

Tabela 1 - Comparação do Índice de Validade do Conteúdo dos itens que compuseram ambos os instrumentos na fase inicial, São Paulo, Brasil, 2017

Itens	Índice de Validade do Conteúdo	
	Admissão	Seguimento
Exame físico (4;3)*	1,0	1,0
Exames laboratoriais e de imagem (6;5)*	1,0	1,0
Diagnósticos de Enfermagem (7;6)*	0,64	0,55
Intervenções de Enfermagem (8;7)*	0,71	0,75
Encaminhamentos (9;9)*	0,92	0,92
Extravasamento (10;10)*	0,83	0,92

Nota: *Número correspondente do item no instrumento de consulta de enfermagem de admissão e de seguimento, respectivamente.

Após a análise, os instrumentos foram reformulados e reenviados, juntamente ao parecer, aos peritos, para nova rodada de validação. Dos 12 peritos que participaram da primeira etapa, somente sete entregaram o questionário na segunda rodada.

No instrumento de consulta de admissão, observou-se um aumento do IVC nos itens 3, 4 e 9 de 0,08 e, nos itens 7, 8 e 10, de 0,36, 0,29 e 0,17, respectivamente. Na avaliação do instrumento como um todo, o IVC foi 1,0 (média ponderal 3,71), bem como a taxa de concordância.

Em relação à sugestão, no item 2, de alterar o título do subitem de "queixas atuais" para "relato das condições de saúde", 71% dos peritos se posicionaram contra e 57% deles discordaram em alterar o título do subitem "conhecimento sobre a doença e o tratamento". Enquanto no item 9, a apreciação sobre o título do item resultou na alteração para "Solicitação de Avaliação" por 71% dos pareceres.

No item 7, foi solicitada a inclusão dos diagnósticos "Risco de resposta alérgica" (perito C), "Risco de sangramento", "Temperatura corporal central elevada" e "Risco de quedas" (perito D). Este último já estava contemplado no instrumento, "Risco de sangramento" foi incluso, e os demais não foram inseridos, por não constarem na atual taxonomia da *North American Nursing Diagnoses Association* (NANDA)⁽¹⁹⁾. No item 10, foi acolhida a sugestão de incluir acompanhamento por registro fotográfico (sim ou não) (peritos D e J).

Já no instrumento de consulta de seguimento, foi possível observar um aumento do IVC nos itens 4, 6, 7, 9 e 10. O item 8, apesar do IVC total de 0,83, observou-se que os peritos C e F não fizeram um apontamento que norteasse modificações, mas revelaram dúvidas sobre como registrar a evolução e manifestaram falta de confiança no registro do profissional assistencial. A avaliação do item como um todo resultou em um IVC de 1,0 e taxa de concordância de 0,98. Considerando as observações e os valores, findou-se o processo de validação dos instrumentos após as reformulações mencionadas.

DISCUSSÃO

Constatou-se quantidade significativa de estudos relacionados à temática do cuidado do paciente em tratamento quimioterápico, porém eles não traziam, de forma explícita ou compactada, os fatores que permeiam cada dimensão do cuidado. Restringiam-se, na maioria deles, a citar que a assistência deve contemplar os aspectos físicos, funcionais, emocionais, sociais e espirituais. Esta dificuldade foi relatada também no estudo desenvolvido por Lancker et al.⁽¹⁰⁾, ao tentarem fazer o mesmo levantamento para a construção de um instrumento.

Quanto à escolha do referencial teórico, observam-se, na literatura, outros instrumentos construídos a partir da teoria de NHB, e existe uma semelhança no contexto de aplicação das vertentes do referencial utilizado e validado pelos peritos, divergindo somente na especificidade dos cuidados relacionados ao público de interesse⁽²⁴⁻²⁵⁾. A construção e a utilização de um instrumento embasado pelas contribuições de Wanda Horta podem contribuir para o resgate dos princípios de NHB, colaborando para uma assistência de fato holística⁽²⁶⁾.

A escolha e a quantidade de *experts* tendem a ser preocupações, quando se deseja validar um instrumento, pois a literatura desvela a dificuldade de obtê-los, tanto no quesito de aceitação, quanto pela permanência até a conclusão do estudo, porque a cada rodada realizada, há a possibilidade de perda de participantes – mas sem implicações na análise dos dados da pesquisa⁽²⁷⁾. Assim, a redução de 12 peritos para sete não comprometeu a qualidade e nem o resultado do estudo.

Verificou-se a preocupação dos peritos em contemplar todos os cuidados específicos, mas é válido dizer que cada tipo de neoplasia traz consigo algumas implicações particulares, assim como o paciente tem suas singularidades. Cabe ao enfermeiro, portanto, ter conhecimento para identificá-las e contemplá-las, viabilizando a individualidade do cuidado⁽²⁸⁾.

A solicitação para alterar títulos de itens e subitens demonstra que os enfermeiros buscam a inovação do cuidado. Embora o subtítulo “capacidade de autogerenciamento dos efeitos da doença e do tratamento” não tenha sido acolhido, é possível identificar a compreensão da necessidade de apurar o conhecimento e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelo paciente no momento do tratamento, pois elas determinam como ele vê o autocuidado⁽²⁹⁾.

A inserção de dados do familiar/cuidador do paciente no instrumento colabora para a interação profissional-paciente-familiar/cuidador e os transforma em agentes ativos no tratamento. Esta ação promove suporte, entendimento e enfrentamento eficaz do processo de adoecimento, desmistificando e/ou fortalecendo crenças e valores culturais. Porém deve-se prestar atenção em comportamentos familiares que, ao invés de auxiliar, podem dificultar as ações da equipe de saúde⁽³⁰⁾.

A manifestação do perito de incompreensão da presença de um item para solicitar avaliação de outros membros da equipe de saúde pode remeter à vivência de uma realidade, na qual a multidisciplinaridade da assistência não é observada no uso comum de instrumentos, e a presença de outras categorias profissionais fixas no serviço, cujos aspectos não são contemplados por ela.

No contexto do cuidar oncológico, a toxicidade do tratamento afeta sobremaneira a qualidade de vida dos pacientes. Apesar de ser alvo de inúmeros estudos, na prática ela ainda é negligenciada ou mal avaliada, fundamentando a preocupação das *experts* em se ter um material de apoio para orientar a ação e o registro do profissional, e padronizar o método de avaliação. Um estudo revelou que 61,1% dos enfermeiros quase sempre não provêm cuidados da mucosa oral⁽³¹⁾. Outro registro mostrou que somente 25% das mulheres com câncer realizavam a higiene bucal após cada refeição. Vale a ressalva de que, com base na literatura, 40% dos pacientes em tratamento quimioterápico desenvolvem mucosite em grau variável⁽³²⁾.

Observam-se falhas na adoção de ações capazes de prevenir outras toxicidades, principalmente dermatológicas e renais, porque requerem mudança de comportamento e poder aquisitivo, por parte das pacientes. Isto contribuiu para a percepção dos peritos da necessidade de identificar questões de aspecto social e econômico na coleta de dados, pois estes fatores podem interferir de forma negativa na adesão ao tratamento⁽³²⁾.

Para garantir mudanças de comportamento, é fundamental entender a necessidade de empoderar o paciente com câncer e de incluí-lo, de fato, no processo do cuidado, valorizando suas ideias. Tais ações possibilitam a redução de ansiedade, aquisição de confiança e melhor adesão às/a_o orientações/tratamento⁽²⁴⁾. Mesmo diante dos benefícios da educação em saúde, estudos revelam deficiência do papel educativo da equipe de enfermagem, comprometendo o autocuidado^(28,32).

Em contrapartida, Møller et al.⁽³³⁾ demonstraram que a ação educativa sistemática, individualizada e supervisionada é capaz de reduzir as infecções relacionadas ao cateter, porém é preciso respeitar as decisões e os limites do paciente e familiar no processo educacional.

Outros questionamentos pertinentes emergiram perante algumas contribuições. Dentre elas, o despreparo de alguns profissionais em lidar com as necessidades emocionais, sociais e espirituais. Papastavrou et al.⁽³¹⁾ constataram que 32,5% dos profissionais frequentemente não oferecem suporte emocional para o paciente/familiar. Tal dado contrapõe-se ao posicionamento de um perito, que considerou irrelevante a avaliação dos aspectos emocionais do paciente, cabendo a tarefa unicamente ao psicólogo. Pode-se inferir, nesta situação, a inabilidade do profissional para prestar suporte emocional ao paciente, e lidar com suas próprias emoções diante do sofrimento do outro, além de sua sobrecarga de trabalho ou a ausência de conhecimento⁽²⁸⁾. Há Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem que abrangem esta dimensão do cuidado, tanto quanto a dimensão espiritual, uma vez que a religiosidade, em alguns casos, é utilizada como pilar de sustentação e serenidade.

No tocante à qualidade dos registros, justifica-se a preocupação dos peritos, porque estudos revelam baixa qualidade ou ausência de informações. A baixa frequência na identificação de determinados diagnósticos pode ser subestimada, como demonstrado em estudo retrospectivo que analisou prontuários para verificar a ausência de dados ou fazer um aprofundamento

em determinadas questões⁽²⁴⁾. Esta conduta preocupa, visto que ocasiona imperfeições em todo o processo assistencial e dificulta a realização de estudos avaliativos.

Os registros em todas as instâncias do PE são fundamentais, e é indispensável a elaboração de instrumentos que facilitem o registro e a recuperação de dados, propiciando assistência de enfermagem autônoma, específica, capacitada e de qualidade⁽²⁴⁾. A qualidade do registro é reflexo da qualidade da assistência, contribui na construção de práticas assistenciais e colabora com ações que visem a melhorias dos resultados operacionais. Logo, os registros devem ser, simultaneamente, sucintos e completos. Neste contexto, Virgínio e Nóbrega⁽²⁹⁾ confirmam a praticidade do sistema de checagem, lembrando ao profissional das prioridades a serem avaliadas, ainda que este sistema limite a expressão do enfermeiro sobre achados tidos como relevantes no cuidado. Isto explica a solicitação dos peritos de apresentar os principais Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem em formato de *checklist*, mas com boa aceitação da permanência de campos para descrição livre.

Apesar da aprovação, o item evolução permaneceu como ponto não esclarecido por parte de alguns peritos. O registro da evolução consiste na anotação de dados que propiciem analisar o plano de assistência traçado: “melhora, piora ou manutenção do quadro anterior, adesão às recomendações prescritas e o aparecimento de novos problemas”⁽²⁴⁾.

Tendo em vista que, em nosso país, o câncer é a segunda causa de mortalidade, faz-se imprescindível repensar estratégias e prioridades na formação dos enfermeiros pelas instituições de ensino, até mesmo nos cursos de especialização em Oncologia, pois estudos revelam práticas ainda mecanicistas e despreparo para lidar com aspectos emocionais dos pacientes oncológicos^(24,34).

Compete ao enfermeiro a responsabilidade de se manter atualizado, principalmente na área da Oncologia, em que as descobertas ocorrem a todo o momento. Porém, é também competência das instituições investir em seus colaboradores e garantir uma equipe de Educação Permanente.

Implantar e implementar um PE bem estruturado (profissionais, estruturas físicas e materiais, organização institucional) representa uma forma de organização do conhecimento da profissão. No entanto, o PE não pode estar dissociado de outras condições assistenciais, pois ele, sozinho, não garante a assistência qualificada, integral e humanizada – e, principalmente, individualizada.

As discussões e os resultados aqui apresentados demonstram que, apesar de serem do conhecimento dos profissionais de enfermagem, “ainda fazem-se necessárias pesquisas e discussões para manutenção permanente do lógico”⁽³⁵⁾. Transformar as práticas discursivas da Enfermagem Oncológica em práticas concretas torna-se imperativo.

Limitações do estudo

A ausência de estudos sobre as dimensões do cuidado do paciente oncológico de forma objetiva e de teste dos instrumentos na prática foi uma limitação deste estudo.

Contribuições para a área de Enfermagem Oncológica

O presente estudo contribui com os preceitos legais do registro da consulta de enfermagem, e a formação de registros que possibilitem o levantamento de dados estatísticos e subsidiem a construção ou consolidação do conhecimento científico na Enfermagem Oncológica, identificando as reais necessidades de cuidados do paciente oncológico submetido à quimioterapia e favorecendo o planejamento de intervenções adequadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos de construir e validar conteúdo de instrumento para consulta de enfermagem em ambulatório de quimioterapia foram alcançados com a metodologia adotada. A revisão de literatura revelou lacunas nas pesquisas desenvolvidas sobre Oncologia. Afinal, quais são os fatores fidedignos que permeiam as dimensões de cuidado do paciente oncológico? Já a validação de conteúdo com *experts* revelou que “compartilhar conhecimento” é de suma importância para a construção do saber, além de evidenciar o quanto os profissionais de enfermagem devem amadurecer para contribuir com a construção de uma Enfermagem valorizada e reconhecida.

Deve-se sempre ter em mente que o instrumento representa um norteador do PE e de futuras pesquisas, e não pode ser visto como um substituto do conhecimento e nem do raciocínio clínico do enfermeiro, o qual tem a responsabilidade de buscar o aprimoramento constante para assegurar uma assistência de qualidade e segura.

O processo de cooperação com a Enfermagem Oncológica não finda neste instante; pelo contrário, inicia-se. Novos voos devem ser alçados, como a realização de um teste piloto dos instrumentos em diferentes centros de atendimento para atestar sua aplicabilidade na prática. Mantê-los engavetados representa a estagnação do conhecimento de todos os colaboradores que fizeram parte do processo construtivo.

AGRADECIMENTOS

Às peritas que gentilmente participaram deste estudo e contribuíram de forma significativa para o aprimoramento dos instrumentos de coleta de dados. Não seria possível sem o compartilhamento de vocês.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva-INCA. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA [Internet]; 2015 [cited 2018 Jan 15]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>
2. Conselho Federal de Enfermagem-COFEN. Resolução do COFEN nº 210, de 05 de outubro de 1998. Dispõe sobre a atuação dos profissionais de Enfermagem que trabalham com quimioterápicos antineoplásicos [Internet]. Rio de Janeiro: COFEN; 1998 [cited 2018 Jan 15]. 1998. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2101998_4257.html

3. Neuss MN, Polovich M, McNiff KK, Esper P, Gilmore TR, LeFebvre KB, et al. 2013 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy administration safety standards including standards for the safe administration and management of oral chemotherapy. *Oncol Nurs Forum*. [Internet]. 2013 [cited 2018 Jan 15];40(3):225-33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3731124/pdf/jop5s.pdf>
4. Salvadori AM, Lamas JL, Zanon C. [Developing a nursing data collecting instrument to patients with lung cancer treated by chemotherapy in ambulatory]. *Esc Anna Nery*[Internet]. 2008 [cited 2018 Jan 15];12(1):130-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a20.pdf> Portuguese.
5. Horta WA. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU; 1979.
6. Fehring RJ. The Fehring model. In: Carrol-Johnson, P. (Ed.). *Classification nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnosis Association*. Philadelphia: Lippincott; 1994.
7. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiq Clin*. 1998;25(5):206-13.
8. Alexandre NM, Coluci MZ. [Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments]. *Cienc Saúde Colet* [Internet]. 2011 [cited 2018 Jan 15];16(7):3061-68. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf> Portuguese.
9. Kirkova J, Davis MP, Walsh D, Tiernan E, O'Leary N, LeGrand SB, et al. Cancer symptom assessment instruments: a systematic review. *J Clin Oncol*[Internet]. 2006[cited 2018 Jan 15];24(9):1459-73. Erratum in: *J Clin Oncol*. 2006;24(18):2973. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16549841>
10. Lancker AV, Beeckman D, Verhaeghe S, Noortgate MG, Hecke AV. An instrument to collect data on frequency and intensity of symptoms in older palliative cancer patients: a development and validation study. *Eur J Oncol Nurs*. 2016;21:38-47. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2015.11.003>
11. Cataldo JK, Paul S, Cooper B, Skerman H, Alexander K, Aouizerat B, et al. Differences in the symptom experience of older versus younger oncology outpatients: a cross-sectional study. *BMC Cancer*[Internet]. 2013[cited 2018 Jan 15];13:6. Available from: <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2407-13-6>
12. Kolankiewicz AC, De Domenico EB, Lopes LF, Magnago TS. [Portuguese validation of the symptom inventory of the M.D. Anderson Cancer Center]. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 15];48(6):999-1005. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/0080-6234-reeusp-48-06-0999.pdf>
13. Raouf AM, Yacoub SE, Assad YA, Hadithi TS. Quality of life among cancer patients treated with chemotherapy or radiotherapy in Erbil City. *Cancer Clin Oncology*[Internet]. 2015[cited 2018 Jan 15];4(1):19-27. Available from: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/cco/article/view/46381>
14. Department of Health and Human Services (US), National Institutes of Health, National Cancer Institute. *Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE)*. Version 4.0 [Internet]. 2010 [cited 2018 Jan 16]. Available from: https://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE_4.03_2010-06-14_QuickReference_5x7.pdf
15. Moyses AM, Durant LC, Almeida AM, Gozzo TO. Integrative review of factors related to the nursing diagnosis nausea during antineoplastic chemotherapy. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 15];24:e2812. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-24-02812.pdf>
16. Caldeira S, Carvalho EC, Vieira M. Between spiritual wellbeing and spiritual distress: possible related factors in elderly patients with cancer. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 15];22(1):28-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/0104-1169-rlae-22-01-00028.pdf>
17. Caldeira S, Timmins F, Carvalho EC, Vieira M. Clinical validation of the nursing diagnosis spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy. *Int J Nurs Knowl*[Internet]. 2017[cited 2018 Jan 15];28(1):44-52. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26095541>
18. Silva AV, Zandonade E, Amorim MH. Ansiedade e o enfrentamento de mulheres com câncer de mama em quimioterapia. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 15];25:e2891. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2891.pdf
19. Herdman TH, Kamitsuri S, org. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017* [NANDA International]. Porto Alegre: Artmed; 2015.
20. Eilers J, Harris D, Henry K, Johnson LA. Evidence-based interventions for cancer treatment-related mucositis: putting evidence into practice. *Clin J Oncol Nurs*[Internet]. 2014[cited 2018 Jan 15];18(6):80-96. Available from: <https://store.ons.org/article/find?doi=10.1188/14.CJON.S3.80-96>
21. Mitchell SA, Hoffman AJ, Clark JC, DeGennaro RM, Poirier P, Robinson CB, et al. Putting evidence into practice: evidence-based interventions for cancer-related fatigue during and following treatment. *Clin J Oncol Nurs*[Internet]. 2014[cited 2018 Jan 15];18 Suppl:38-58. Available from: <https://store.ons.org/article/find?doi=10.1188/14.CJON.S3.38-58>
22. Adams LA, Shepard N, Caruso RA, Norling MJ, Belansky H, Cunningham RS. Putting evidence into practice: evidence-based interventions to prevent and manage anorexia. *Clin J Oncol Nurs*[Internet]. 2009[cited 2018 Jan 15];13(1):95-102. Available from: <https://store.ons.org/article/find?doi=10.1188/09.CJON.95-102>
23. Muehlbauer PM, Thorpe D, Davis A, Drabot R, Rawlings BL, Kiker E. Putting evidence into practice: evidence-based interventions to prevent, manage and treat chemotherapy- and radiotherapy-induced diarrhea. *Clin J Oncol Nurs*[Internet]. 2009[cited 2018 Jan 15];13(3):336-40. Available from: <https://store.ons.org/article/find?doi=10.1188/09.CJON.336-341>

24. Sousa RM, Espirito Santo FH. [Nursing history for hospitalized oncohematologic customers: an integrative review of the literature]. *Rev Enferm UFPE [Internet]*. 2013[cited 2018 Jan 16];7(2):608-35. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10273/10909> Portuguese.
25. Bordinhão RC, Almeida MA. Instrumento de coleta de dados para pacientes críticos fundamentado no modelo das necessidades humanas básicas de Horta. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2012 [cited 2018 Jan 15];33(2):125-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/18.pdf>
26. Camacho AC, Joaquim FL. [Reflections based on Wanda Horta on the basic instruments of nursing]. *Rev Enferm UFPE [Internet]*. 2017 [cited 2018 Jan 15];11(12):5432-8. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23292/25512> Portuguese.
27. Scarparo AF, Laus AM, Azevedo AL, Freitas MR, Gabriel CS, Chaves LD. [Reflections on the use of delphi technique in research in nursing]. *Rev Rene [Internet]*. 2012 [cited 2018 Jan 15];13(1):242-51. Available from: www.periodicos.ufc.br/rene/article/download/3803/3000 Portuguese.
28. Freitas JS, Silva AE, Minamisava R, Bezerra AL, Sousa MR. Quality of nursing care and satisfaction of patients attendend at a teaching hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]*. 2014 [cited 2018 Jan 15];22(3):454-60. Available from: www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf
29. Virgínio NA, Nóbrega MM. [Validation of a nursing data collection instrument for hospitalized adult clients]. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2004 [cited 2018 Jan 15];57(1):53-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n1/a11v57n1.pdf> Portuguese.
30. Nascimento LK, Medeiros AT, Saldanha EA, Tourinho FS, Santos VE, Lira AL. [Process standards of nursing care for patients with oncologic conditions: an integrative literature review]. *Rev Gaucha Enferm [Internet]*. 2012 [cited 2018 Jan 15];33(1):177-85. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a23v33n1.pdf> Portuguese.
31. Papastavrou E, Charalambous A, Vryonides S, Eleftheriou C, Merkouris A. To what extent are patients' needs met on oncology units? the phenomenon of care rationing. *Eur J Oncol Nurs [Internet]*. 2016[cited 2018 Jan 15];21:48-56. Available from: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1462-3889\(16\)30002-3](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1462-3889(16)30002-3)
32. Henriques MC, Rodrigues DP, Gonçalves LL, Almeida AM, Santos AH, Abud AC, et al. [Self-care: activities by women with breast cancer undergoing chemotherapy]. *Rev Enferm UERJ [Internet]*. 2010 [cited 2018 Jan 16];18(4):638-43. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a23.pdf> Portuguese.
33. Møller T, Borregaard N, Tvede M, Adamsen L. Patient education--a strategy for prevention of infections caused by permanent central venous catheters in patients with hematological malignancies: a randomized clinical trial. *J Hosp Infect*. 2005;61(4):330-41.
34. Cook S, Fillion L, Fitch M, Veillette AM, Matheson T, Aubin M, et al. Core areas of practice and associated competencies for nurses working as professional cancer navigators. *Can Oncol Nurs J [Internet]*. 2013[cited 2018 Jan 16];23(1):44-62. Available from: <http://www.canadianoncologynursingjournal.com/index.php/conj/article/view/110>
35. Rosa LM, Mercês NN, Marcelino SR, Radunz V. [Nursing consultation in care delivery to the oncological patient: contextualizing a reality]. *Cogitare Enferm [Internet]*. 2007 [cited 2018 Jan 16];12(4):487-93. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/10075/6927> Portuguese.