

# Câncer de cabeça e pescoço: validação de instrumento para coleta de dados

*Head and neck cancer: validation of a data collection instrument*

*Cáncer de cabeza y cuello: validación de instrumento para la recolección de datos*

Andrea Bezerra Rodrigues<sup>1</sup>, Gilmara Holanda da Cunha<sup>1</sup>, Caroline Batista de Queiroz Aquino<sup>1</sup>,  
Suzy Ramos Rocha<sup>1</sup>, Cláudia Rayanna Silva Mendes<sup>1</sup>,  
Mariana Alves Firmeza<sup>1</sup>, Alex Sandro de Moura Grangeiro<sup>II</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-CE, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB, Brasil.

## Como citar este artigo:

Rodrigues AB, Cunha GH, Aquino CBQ, Rocha SR, Mendes CRS, Firmeza MA, et al. Head and neck cancer: validation of a data collection instrument. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(4):1899-906. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0227>

Submissão: 18-04-2017

Aprovação: 09-08-2017

## RESUMO

**Objetivo:** construir e validar conteúdo de um instrumento para levantamento de dados de pacientes com câncer de cabeça e pescoço (CCP) atendidos em ambulatório da especialidade. **Método:** estudo metodológico composto por quatro etapas. A primeira consistiu na elaboração do instrumento, utilizando-se bases de dados e o modelo teórico de Marjory Gordon. Na segunda e terceira etapas ocorreu a validação de conteúdo por oito juízes enfermeiros. Para avaliação foi utilizado o Índice de Validade do Conteúdo (IVC). Na quarta etapa foi realizado teste piloto com dezessete pacientes com CCP. **Resultados:** das 88 questões formuladas e organizadas nas dimensões de estrutura e processo submetidas à validação, foram excluídos os itens com IVC menor que 0,80. O instrumento final foi composto por 56 itens, obtendo-se cálculo de IVC global de 0,87. **Conclusão:** o instrumento final apresentou validade de conteúdo para a coleta de dados em ambulatório de cabeça e pescoço.

**Descritores:** Estudos de Validação; Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Neoplasias de Cabeça e Pescoço; Ambulatório Hospitalar.

## ABSTRACT

**Objective:** construct and validate the content of an instrument to collect data from patients with head and neck cancer (HNC) served in a specialty clinic. **Method:** methodological study consisting of four steps. The first step consisted in the preparation of the instrument using databases and the theoretical model of Marjory Gordon. In the second and third steps the content was validated by eight nursing judges. The evaluation used the Content Validity Index (CVI). The fourth step consisted in a pilot test with seventeen HNC patients. **Results:** of the 88 questions formulated and organized on the dimensions of structure and process submitted to validation, items with CVI lower than 0.80 were excluded. The final instrument was composed of 56 items, with global CVI calculated as 0.87. **Conclusion:** the final instrument presented content validity for data collection in head and neck clinic.

**Descriptors:** Validation Studies; Nursing; Nursing Care; Head and Neck Neoplasms; Hospital Outpatient Clinic.

## RESUMEN

**Objetivo:** construir y validar el contenido de un instrumento para la recolección de datos de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello (CCC) tratados en la especialidad ambulatoria. **Método:** estudio metodológico compuesto por cuatro etapas. La primera consistió en la elaboración del instrumento, utilizando bases de datos y el modelo teórico de Marjory Gordon. En la segunda y tercera etapas ocurrió la validación de contenido por ocho jueces enfermeros. Para la evaluación se utilizó el Índice de Validez del Contenido (IVC). En la cuarta etapa se llevó a cabo una prueba piloto con diecisiete pacientes con CCC. **Resultados:** de las 88 cuestiones formuladas y organizadas en las dimensiones de estructura y proceso sometidas a la validación, se excluyeron los ítems con IVC menor que 0,80. El instrumento final tuvo 56 ítems, obteniéndose cálculo de IVC global de 0,87. **Conclusión:** el instrumento final presentó validez de contenido para la recolección de datos en ambulatorio de cabeza y cuello.

**Descriptorios:** Estudios de Validación; Enfermería; Atención de Enfermería; Neoplasias de Cabeza y Cuello; Servicio Ambulatorio en Hospital.

AUTOR CORRESPONDENTE

Andrea Bezerra Rodrigues

E-mail: [andrabrodrigues@gmail.com](mailto:andrabrodrigues@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

O câncer de cabeça e pescoço representa 3% de todos os tipos de neoplasias malignas. A incidência da doença tem aumentado nos últimos anos e o tratamento, muitas vezes, leva a sequelas nos pacientes, com comprometimento nos aspectos de nutrição, fonatórios, respiratórios, além de problemas psicológicos<sup>(1-3)</sup>.

O enfermeiro tem papel fundamental na assistência, o qual organiza seu trabalho através da aplicação do processo de enfermagem (PE), que envolve cinco etapas inter-relacionadas e dinâmicas: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Na primeira etapa, um roteiro sistematizado de levantamento de dados é utilizado para identificação de problemas e, a partir deles, são identificados os diagnósticos de enfermagem (DE), o que corresponde à segunda etapa do processo e sustenta a elaboração do plano de cuidados<sup>(4-5)</sup>. É a partir da aplicação das etapas do PE que o enfermeiro se instrumentaliza e se torna capaz de compreender a multidimensionalidade do indivíduo e elencar as prioridades, visando a otimização do tempo e a qualidade do atendimento<sup>(6)</sup>.

Validar um instrumento é um método de analisar a exatidão de determinada inferência elaborada através de escores de um teste, representando mais do que a expressão do valor de um instrumento de medida. É uma investigação que permeia todo o processo desde a elaboração, aplicação, correção e interpretação dos resultados. Validar o conteúdo é investigar se ele responde a todos os aspectos de seu objeto, observando-o quanto à relevância dos objetivos a medir<sup>(7)</sup>.

## OBJETIVO

Construir e realizar validação de conteúdo de um instrumento de coleta de dados para pacientes com CCP atendidos em ambulatório da especialidade.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital do estudo e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética. Os participantes envolvidos no teste piloto assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram respeitados os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos, fundamentados na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(8)</sup>.

### Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo metodológico composto por quatro etapas. A primeira etapa relaciona-se com a construção do instrumento, as duas etapas seguintes compreendem a primeira e segunda rodada de validação de conteúdo do instrumento, respectivamente, pelos juízes, e a quarta etapa corresponde ao teste piloto.

Para a construção do instrumento foi selecionado o referencial teórico e metodológico de Marjory Gordon e realizada uma busca nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF). Foram consultados, paralelamente,

sites de associações específicas de oncologia, sendo duas internacionais, Oncology Nurses Society (ONS) e American Society of Clinical Oncology (Asco), e uma nacional, Instituto Nacional do Câncer (Inca). A busca resultou em um total de 39 publicações, abordando os principais temas: alterações no paladar, auditivas, de olfato, nutrição, respiração, comunicação, alterações psicossociais e espirituais, temas considerados relevantes na confecção da versão preliminar do instrumento.

As etapas de construção e validação do instrumento ocorreram no período de abril a novembro de 2015. A quarta etapa, referente ao teste piloto com os pacientes atendidos no ambulatório de cabeça e pescoço de um Hospital Universitário na cidade de Fortaleza (CE), ocorreu no período de fevereiro a abril de 2016.

### Protocolo do estudo

O processo de construção do instrumento, referente à primeira etapa, foi norteado pelo referencial teórico e metodológico de Marjory Gordon, o modelo teórico funcional, no qual constam questões organizadas por domínios. Gordon mostra que um padrão funcional de saúde evolui a partir da interação cliente-ambiente. Cada padrão é uma expressão da integração biopsicossocial, não podendo ser compreendido sem o conhecimento dos outros padrões. Um padrão funcional representa um conjunto saudável de comportamentos, em contraponto a um padrão de saúde disfuncional, descrito pelo diagnóstico de enfermagem, que pode ocorrer na doença<sup>(9)</sup>. Como referencial metodológico de construção adotou-se o modelo de validação de conteúdo de Pasquali<sup>(10)</sup>.

Ainda na primeira etapa foi feita uma revisão de publicações, para verificar os indicadores mensuráveis a partir de levantamento feito nas bases de dados, utilizando-se os Descritores em Ciência da Saúde e Medical Subject Headings (DECS/MeSH): "enfermagem" (*nursing*), "diagnóstico de enfermagem" (*nursing diagnosis*), "quimioterapia" (*drug therapy*), "radioterapia" (*radiotherapy*). Utilizou-se o descritor controlado "neoplasias de cabeça e pescoço" (*head and neck neoplasms*), associado por meio do operador booleano AND aos descritores citados. Foram considerados os trabalhos publicados no período de 2010 a 2015 disponibilizados na íntegra.

A primeira versão do instrumento foi composta por 88 itens, com questões organizadas por domínios, a saber: promoção da saúde, nutrição, eliminação e troca, atividade/repouso, percepção/cognição, autopercepção, papéis/relacionamento, sexualidade, enfrentamento/tolerância ao estresse, princípios da vida, segurança/proteção e conforto.

A segunda etapa, referente à primeira rodada de validação de conteúdo do instrumento, seguiu estes passos:

- Seleção dos juízes: não existe consenso quanto ao número ideal de juízes, mas alguns autores defendem que é necessário no mínimo cinco, e outros, seis juízes. Um número maior que cinco juízes facilita a detecção e exclusão de variáveis erradas<sup>(11)</sup>. Por isso, neste estudo se seguiu a recomendação mínima de cinco juízes. A dificuldade encontrada na seleção de especialistas é considerada um ponto crítico em estudos de validação, e geralmente ocorre em relação a titularidade, conhecimento especializado e tamanho da amostra. Isso pode

estar relacionado à disponibilidade de profissionais com a competência estabelecida e ao poder de representação desejado<sup>(12)</sup>, o que ocorre especificamente nessa área de especialidade (câncer de cabeça e pescoço). Assim, foram estabelecidos cinco especialistas, considerando-se a dificuldade para encontrar enfermeiros com a expertise necessária à época da coleta de dados. No entanto, com o recrutamento feito pelo método de amostragem em “bola de neve”, conseguiu-se um total de oito juízes.

Os oito juízes participantes atendiam aos critérios para seleção de juízes estabelecidos por Fehring<sup>(13)</sup>, que define pontuação mínima de cinco, conforme os seguintes quesitos: doutor (4 pontos), mestre (3 pontos), possuir tese na temática do construto (2 pontos), possuir dissertação na temática do construto (2 pontos), possuir prática (clínica, ensino, pesquisa) na área do construto (2 pontos). Foram encaminhadas uma carta, especificando os critérios de avaliação e a solicitação para apreciação; uma cópia do instrumento proposto para coleta de dados e uma ficha para avaliação de cada item. O material foi apresentado pessoalmente a dois juízes e enviado por correio a seis deles. As avaliações retornaram aos pesquisadores após aproximadamente sessenta dias.

- b) Análise do grau de concordância: os juízes foram solicitados a avaliar o instrumento quanto à relevância e representatividade dos itens, sendo consideradas as respostas numa escala de tipo Likert, variando de 1 a 4, em que 1 considerava o item não relevante ou representativo; 2, necessitava de grande revisão para ser representativo; 3, necessitava de pequena revisão para ser representativo; e 4, o item era considerado relevante ou representativo.

A terceira etapa, referente à segunda rodada de validação de conteúdo do instrumento, ocorreu por que, após a primeira rodada de avaliação pelos juízes, foram descartados 32 itens que não atingiram o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) mínimo de 0,80; assim, optou-se por realizar uma segunda rodada de avaliação. Nesse sentido, o instrumento composto por 56 itens, incluindo já as sugestões dos juízes, foi novamente encaminhado a eles para apreciação. Calculou-se outra vez o IVC, no qual todos os itens atingiram mais de 0,80. As avaliações retornaram aos pesquisadores após aproximadamente trinta dias.

A quarta etapa refere-se ao teste piloto realizado com os pacientes atendidos no ambulatório de cabeça e pescoço.

#### **Amostra, critérios de inclusão e exclusão**

Após o processo de validação com os juízes, o instrumento foi aplicado por três entrevistadores treinados que seguiram um procedimento operacional padrão elaborado pelos autores, contendo definições conceituais e operacionais. A amostra foi delimitada com base nos registros de pacientes cadastrados no ambulatório de cabeça e pescoço, considerando-se o nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%, o que resultou em 167 usuários do serviço. Tendo em vista que é um estudo piloto e, para tal, um percentual de aproximadamente 10% é sugerido<sup>(14)</sup>, participaram dezessete pacientes, selecionados por conveniência no ambulatório de cabeça e pescoço nos dias de coleta.

Para avaliar a compreensão dos participantes e mensurar o tempo de aplicação do instrumento foi realizada uma análise de conteúdo dos relatos dos entrevistadores treinados quanto às dificuldades de compreensão das questões pelos doentes. Foi registrado horário de início e fim da coleta no próprio instrumento, permitindo estimar o tempo de aplicação.

#### **Análise dos resultados e estatística**

A compilação dos dados foi realizada no *software* Excel e a análise dos dados, no Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 21. Calculou-se a média do IVC dos itens considerados relevantes, sendo adotado um IVC igual ou superior a 0,80, ou seja, o equivalente a 80% de concordância entre os juízes, que é considerado ótimo<sup>(15)</sup>, e os itens que não atingiram esse valor foram descartados. Além disso, foram consideradas todas as sugestões dos juízes. O IVC foi calculado por meio da soma do número de respostas marcadas por “3” ou “4” pelos juízes, dividida pelo número total de respostas.

### **RESULTADOS**

A elaboração da primeira versão do instrumento foi feita com suporte dos estudos identificados nas bases selecionadas. O denominado Instrumento de Investigação de Enfermagem por Padrões Funcionais para Ambulatório de Cabeça e Pescoço foi composto por 88 itens.

Dos oito juízes que avaliaram o instrumento, a maioria era do sexo feminino (87,5%), com tempo de experiência na área de oncologia entre onze e vinte anos (75%), doutorado na área de interesse do constructo (62,5%), atividade atual no ensino (87,5%), produção bibliográfica sobre a temática (75,0%) e com idade entre 26 e 55 anos (média  $\pm$  desvio padrão: 43,25  $\pm$  10,88). Todos os avaliadores (n = 8/100%) apresentavam experiência em oncologia, sendo que 37,5% tinham paralela experiência com diagnóstico de enfermagem.

Dos 88 itens que compuseram a versão original do instrumento, 32 itens de diferentes domínios foram excluídos por não atingirem o IVC 0,80. O conjunto de 56 itens restante alcançou um IVC médio de 0,94, assegurando a validade de conteúdo e a representatividade do instrumento para coleta de dados de enfermagem na população-alvo.

Os 32 itens eliminados foram: diagnóstico médico; se possui concepções errôneas sobre a doença/tratamento e quais; disposição para cumprir o tratamento proposto no futuro; se possui ileostomia; se necessita de soroterapia, hidratação de pele e mucosas; propedêutica abdominal; gasometria arterial; diaforese; se precisa de medicamentos para dormir; escala de Glasgow; reação pupilar; teste de sensibilidade; uso de opioides; disposição para aprender; descrição que o paciente faz de si mesmo; se verbaliza desesperança; se verbaliza perda de controle; como se relaciona com outros; se verbaliza sentir-se sozinho; efeitos da cirurgia/tratamento sobre seu amor próprio e sua vida; relato de fatores de estresse; manifestações físicas de estresse; formas de gerir os problemas; sistemas de apoio disponíveis; se pratica a religião relatada; o que gostaria de fazer em um futuro próximo; uso de medicações imunossupressoras; valores de leucócitos e neutrófilos; queixa de dor e queixa de náusea. Reitera-se que estes dois últimos alcançaram IVC de 0,63

cada, pois se encontravam no domínio conforto, sendo sugerido pelos juízes que fossem modificados para os domínios percepção/cognição e nutrição, respectivamente; dessa maneira, alcançaram IVC superior a 0,80 na segunda rodada de validação.

Na Tabela 1 visualiza-se a distribuição dos Índices de validade de conteúdo individuais dos itens que permaneceram (56) após a segunda rodada, de acordo com a análise dos juízes para cada domínio.

**Tabela 1** – Distribuição dos Índices de Validade de Conteúdo de acordo com a análise dos juízes, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016

Domínios	Itens do instrumento	IVC*
Promoção da Saúde	1. Queixa	0,88
	2. Resumo/Doença atual	1,00
	3. Antecedentes clínicos pessoais/familiares/oncológicos	0,88
	4. Conhecimento sobre doença/tratamento	1,00
	5. Medicamentos (aqueles que sabe que utiliza)	0,88
	6. Cumprimento do tratamento atual (se houver) e forma de adesão	0,88
	7. Apresenta efeitos colaterais dos medicamentos? Quais?	1,00
	8. Tabagismo/Usos de álcool/Usos de drogas	1,00
	9. Alergias	0,88
Nutrição	10. Peso/Altura/IMC**	1,00
	11. Modificação recente no peso	1,00
	12. Tipo de dieta, volume e intervalo da dieta enteral	0,88
	13. Mastigação	0,88
	14. Prótese dentária	0,88
	15. Deglutição	1,00
	16. Náusea	0,88
	17. Vômito	0,88
	18. Ingestão de líquidos	1,00
19. Exames realizados recentemente e seus resultados	0,88	
Eliminação e Troca	20. Eliminação urinária	1,00
	21. Eliminação intestinal	1,00
	22. Integridade da pele	1,00
	23. Dreno	1,00
Atividade/Repouso	24. Dispositivos relacionados à eliminação	1,00
	25. Limitação física	1,00
	26. Força motora	1,00
	27. Precisa de ajuda para	1,00
	28. Cuidador/Grau de parentesco	0,88
	29. Hábito de exercício	1,00
	30. Propedêutica pulmonar	1,00
	31. Propedêutica cardiovascular	1,00
32. Sono/Repouso	1,00	
Percepção/Cognição	33. Possui déficit de autocuidado?	1,00
	34. Nível de consciência	0,88
	35. Fala prejudicada	1,00
	36. Memória prejudicada	0,88
	37. Lê/Escreve	0,88
	38. Dor, tipo de dor, localização da dor, há quanto tempo tem a dor, grau da dor (com a escala utilizada) e tratamento medicamentoso para dor	0,88
	39. Visão/Audição/Gustação/Olfato	1,00
	40. Como se sente em relação ao seu problema de saúde	0,88
41. Notou alteração de humor após o tratamento?	0,88	
Papéis/Relacionamento	42. Estado civil	1,00
	43. Responsabilidades mais importantes na atual situação de vida	0,88
	44. Suporte financeiro	0,88
Sexualidade	45. Atividade sexual	1,00
	46. Dificuldades físicas ou da doença sobre o sexo	0,88
	47. Mulheres/Antecedentes ginecológicos	0,88
	48. Homens/Antecedentes urológicos	0,88
Enfrentamento/ Tolerância ao estresse Princípios da vida	49. Sistema família de suporte para problemas	0,88
	50. Espiritualidade /Religião	0,88
	51. Se não, possui crença ou fé que ajude a lidar com os problemas?	1,00
	52. Como você gostaria de ser ajudado	1,00
Segurança/Proteção	53. Cateter venoso periférico/cateter venoso central/Incisão cirúrgica/ Traqueostomia	0,88
	54. Uso de medicações diuréticas, vasodilatadores, ansiolíticos, benzodiazepínicos	0,88
	55. Temperatura nas últimas 24 horas	1,00
	56. Queixa de fadiga, grau de fadiga, frequência da fadiga	0,88

Nota: \*Índice de Validade de Conteúdo; \*\*Índice de Massa Corporal.

Para alguns itens os juízes sugeriram alterações, as quais foram acatadas. No item 3 foi proposto o acréscimo dos antecedentes oncológicos. Em outras questões as alterações sugeridas referiram-se à forma da apresentação, ou seja, houve sugestão de condensar itens, como no caso de “volume e intervalo da dieta enteral”, que foi condensado com “tipo de dieta enteral”. Sugeriu-se realocar o item “dor” para o domínio Percepção/Cognição, e que fossem acrescentadas as informações “tipo de dor, localização da dor, grau da dor, escala utilizada, e tratamento medicamentoso para dor”. A questão “Há quanto tempo tem a dor”, que alcançou IVC de 0,88, foi condensada também ao item “dor”, por sugestão dos juízes. Outra modificação sugerida pelos juízes foi em relação ao item “queixa de náusea”, que, conforme solicitaram, foi realocado para o domínio Nutrição. Foi solicitado também que, no domínio Percepção/Cognição, o termo “estado mental” fosse substituído por “nível de consciência”. Já no padrão Eliminação e Troca sugeriu-se o acréscimo do item “dispositivos relacionados à eliminação” em eliminação intestinal.

Na etapa do teste piloto do instrumento com a população alvo (n = 17), identificou-se que a maioria dos participantes se declarou casada (n = 9; 52,9%) e de religião católica (n = 12; 70,5%). A localização mais frequente do CCP foi a parótida (n = 3; 17,6%). Nesse processo, verificou-se a necessidade de incluir o diagnóstico médico no instrumento, que constava na versão preliminar, tendo sido retirado por justificativa dos juízes de que o referido dado deveria constar no prontuário. No entanto, não foi o que se verificou na prática durante a realização do teste piloto. Constatou-se a necessidade de inclusão também de alguns dados sociodemográficos (idade, sexo e escolaridade), uma vez que esses constavam apenas no formulário de admissão, o que tornava difícil sua obtenção devido à dinâmica do ambulatório.

Após o teste piloto, os pesquisadores que aplicaram o instrumento foram questionados sobre possíveis dificuldades de compreensão dos doentes. Os entrevistadores que aplicaram o instrumento o consideraram adequado, sem necessidade de ajustes nesse momento. No Quadro 1 visualiza-se o instrumento final validado.

**Quadro 1** – Instrumento de Investigação de Enfermagem por Padrões Funcionais para Ambulatório de Cabeça e Pescoço, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016

<b>Instrumento de Investigação de Enfermagem por Padrões Funcionais para Ambulatório de Cabeça e Pescoço</b>	
Idade: _____ Sexo: ( ) M ( ) F Diagnóstico Médico: _____ Escolaridade: _____	
<b>Promoção da Saúde:</b>	
Queixa: _____	
Resumo/Doença atual: _____	
Antecedentes clínicos pessoais/familiares: _____	
Conhecimento sobre a doença / tratamento: ( ) Sim ( ) Não	
Medicamentos (aqueles que sabe que utiliza): _____	
Cumprimento do tratamento atual (se houver): ( ) Sim ( ) Não	
Apresenta efeitos colaterais dos medicamentos? ( ) Sim ( ) Não Quais? _____	
Tabagismo/Uso de álcool/Uso de drogas: ( ) Sim ( ) Não. Especificar: _____	
Alergias: ( ) Sim ( ) Não Qual(is)? _____	
<b>Nutrição</b>	
Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ Modificação recente no peso? ( ) Perda ( ) Ganho	
Tipo de dieta: __ Mastigação: __ Prótese dentária? ( ) Sim ( ) Não Deglutição: __ Náusea: ( ) Sim ( ) Não Vômito: ( ) Sim ( ) Não	
Exames realizados recentemente/resultados: _____	
<b>Eliminação e troca</b>	
Eliminação urinária: _____ Eliminação intestinal: _____ Integridade da pele: _____ Drenos: _____	
Dispositivos relacionados à eliminação: _____	
<b>Atividade/Repouso</b>	
Limitação física: _____ Força motora: _____	
Possui déficit de autocuidado? ( ) Sim ( ) Não Precisa de ajuda para: _____	
Cuidador/Grau de parentesco: _____ / _____ Hábito de exercício: ( ) Sim ( ) Não	
Propedêutica pulmonar: _____ Propedêutica Cardiovascular: _____	
Sono/Repouso: _____	
<b>Percepção/Cognição</b>	
Nível de consciência: _____ Falta prejudicada: ( ) Sim ( ) Não Memória prejudicada: ( ) Sim ( ) Não	
Lê (1)/Escreve (2): 1 ( ) Sim ( ) Não 2 ( ) Sim ( ) Não	
Dor, tipo de dor, localização da dor, há quanto tempo tem a dor, grau da dor (com a escala utilizada) e tratamento	

Continua

Quadro 1 (cont.)

medicamentoso para dor: \_\_\_\_\_  
Visão/Audição/Gustação/Olfato – Apresenta alteração? ( ) Sim ( ) Não Como se sente em relação ao seu problema de saúde? \_\_\_\_\_  
Notou alteração de humor após o tratamento? ( ) Sim ( ) Não

**Papéis/Relacionamento**  
Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) União estável  
Responsabilidades mais importantes na atual situação de vida: \_\_\_\_\_ Suporte financeiro: \_\_\_\_\_

**Sexualidade**  
Atividade sexual: ( ) Sim ( ) Não Dificuldades físicas ou da doença sobre o sexo: ( ) Sim ( ) Não  
Mulheres/Antecedentes ginecológicos: ( ) Sim ( ) Não Homens/Antecedentes urológicos: ( ) Sim ( ) Não

**Enfrentamento/ Tolerância ao estresse**  
Sistema família de suporte para problemas: \_\_\_\_\_

**Princípios da vida**  
Espiritualidade /Religião: \_\_\_\_\_ Se não, possui crença ou fé que ajude a lidar com os problemas? \_\_\_\_\_ Como você gostaria de ser ajudado? \_\_\_\_\_

**Segurança/Proteção**  
Cateter venoso periférico/cateter venoso central/Incisão cirúrgica/ Traqueostomia \_\_\_\_\_  
Uso de medicações diuréticas, vasodilatadores, ansiolíticos, benzodiazepínicos \_\_\_\_\_  
Temperatura nas últimas 24 horas \_\_\_\_\_  
Queixa de fadiga, grau de fadiga, frequência da fadiga \_\_\_\_\_

## DISCUSSÃO

O instrumento confeccionado inicialmente com 88 itens sofreu modificações após a validação com os juízes e o teste piloto com a população alvo, finalizando o formato com 56 itens. Deve-se levar em consideração que a consulta de enfermagem em regime ambulatorial é uma estratégia eficaz, favorecendo a aproximação e a construção de uma relação interpessoal de ajuda, em que a gerência do cuidado de enfermagem implica o reconhecimento e o atendimento das necessidades de cuidado do binômio paciente-família<sup>(16)</sup>. Sendo assim, ressalta-se que um instrumento para coleta de dados deve ser completo e de fácil compreensão, caso contrário, pode-se incorrer em falhas ou omissões de preenchimento. Constatou-se que a média de tempo para aplicação do instrumento na amostra piloto foi de aproximadamente trinta minutos.

Enquanto o número de internamentos hospitalares está diminuindo mundialmente, estima-se que as consultas ambulatoriais devem aumentar para mais de 1 bilhão por ano. A American Academy of Ambulatory Care Nursing (AAACN) e o Collaborative Alliance for Nursing Outcomes (CALNOC) são organizações colaborativas líderes em inflexões na qualidade de cuidados em ambulatório. A estrutura original de cuidados ambulatoriais proposta pela AAACN e publicada em 1998 abrange três conceitos principais: paciente, ambiente e enfermeira. Inerente ao conceito de paciente está a ideia de que cada indivíduo é único, funcionando de forma holística. O segundo conceito (ambiente) ajuda a definir a prática da enfermagem ambulatorial, afastando-a de outras especialidades. E o terceiro conceito define o profissional de enfermagem pelo seu dinamismo e utilização do processo de enfermagem em seu papel de especialidade específica<sup>(17-18)</sup>.

Para isso, os instrumentos de coleta de dados são fundamentais por representar a primeira etapa do processo de enfermagem. A construção de um instrumento utilizando o modelo de padrão funcional permite acessar dados relevantes para a enfermeira. Além da validação com os juízes, que evidenciou excelente valor de IVC geral (0,87) e por itens (variando entre 0,88 e 1,00), o instrumento contempla informações necessárias para a avaliação do paciente em acompanhamento ambulatorial por câncer de cabeça e pescoço.

O CCP, pela própria localização anatômica, pode acarretar alterações significativas em funções vitais relacionadas à alimentação, comunicação e interação social dos indivíduos afetados, o que pode gerar sofrimento, tanto para os pacientes quanto para seus familiares, geralmente levando a algum grau de disfunção na vida diária<sup>(19)</sup>. De fato, neste estudo os itens considerados válidos e representativos pelos juízes envolveram todas essas esferas de alterações.

Os juízes consideraram relevantes o item “tabagismo e uso de álcool” (IVC = 1,0), o que vem ao encontro dos achados de pesquisa segundo a qual o tabagismo e o etilismo têm fator aditivo e permanecem como os principais fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de cabeça e pescoço<sup>(20)</sup>. Esse fato denota a real necessidade de a enfermeira avaliar essa condição, para que possa planejar intervenções, visando a redução de agravos decorrentes desses hábitos de vida.

Um item do instrumento considerado relevante pelos juízes foi “Notou alteração de humor após o tratamento?” (IVC = 0,88), o qual se mostrou presente em 35,2% dos participantes no teste piloto. Em oncologia, o acompanhamento clínico revela sintomas de ansiedade e depressão desde a fase diagnóstica<sup>(21)</sup>, confirmando que esse é um dado que precisa ser levantado pela enfermeira no cuidado ambulatorial.

Corroborando essa afirmação, estudo desenvolvido com pacientes com CCP identificou alterações de disforia entre 7,3 e 9,7% no decorrer do tratamento. Os autores reforçam ainda a necessidade de esses pacientes serem avaliados e identificados no decorrer do tratamento pela equipe de saúde, no contexto médico não psiquiátrico, permitindo que a equipe avalie as questões de saúde mental e proponha intervenções<sup>(22)</sup>.

Outro item – “Suporte financeiro” – presente no domínio Papéis/Relacionamento foi considerado válido pelos juízes (IVC = 0,88), em consonância com outro estudo de validação de instrumento também desenvolvido na região Nordeste do país para acompanhamento de pacientes não hospitalizados<sup>(23)</sup>. Portanto, compreender esse aspecto é essencial, e auxiliar a família no enfrentamento desse tipo de dificuldade não implica unicamente o provimento de recursos, mas também a orientação sobre os benefícios a que tem direito e o direcionamento sobre as formas de obtê-los<sup>(24)</sup>.

Interessante também foi verificar que os juízes consideraram o estado civil como um item expressivo para constar no instrumento de coleta de dados (IVC = 1,0), reforçando o que mostra estudo internacional, no qual os pacientes casados tiveram menor probabilidade de apresentar doença metastática e menor propensão a morrer como resultado de seu câncer do que suas contrapartes não casadas. E ainda se constatou que, naqueles que possuíam CCP, o benefício de sobrevivência associado ao casamento era maior do que o benefício de sobrevivência publicado da quimioterapia<sup>(25)</sup>.

Ressalta-se que o item “peso, altura e IMC”, considerado relevante pelos juízes (IVC = 1,0), muito embora não tenha sido avaliado no teste piloto devido à ausência de balança no ambulatório, foi mantido no instrumento final, pois pacientes com CCP tendem a apresentar disfagia ou odinofagia, ambos associados a outros sintomas, levando a perda ponderal e baixos valores de IMC<sup>(26)</sup>.

Outros itens considerados relevantes pelos juízes foram “Espiritualidade/Religião” e “Se possui crença ou fé que ajude a lidar com os problemas” (IVC = 0,88 e 1,00, respectivamente), os quais podem evidenciar os diagnósticos de enfermagem Disposição para religiosidade melhorada (00171), Religiosidade prejudicada (00169) e Risco de religiosidade prejudicada (00170)<sup>(5)</sup>.

### Limitações do estudo

Como limitações do estudo, o que merece ser destacado é a exclusão de dois domínios do instrumento. Justifica-se a não inserção do domínio 13 (Crescimento e desenvolvimento) por não se aplicar à população alvo. Já o domínio 6 (Autopercepção) foi excluído por seus itens não atingirem o IVC mínimo necessário ao estudo, e o domínio 12 (Conforto), porque os juízes consideraram que os itens pertencentes a ele (dor e náuseas e vômitos) deveriam ser realocados nos domínios “Percepção/Cognição” e “Nutrição”, respectivamente. Reconhece-se, por outro lado, que as revisões são feitas rotineiramente a cada dois anos nos sistemas de classificação de diagnósticos de enfermagem, e o

estudo necessitaria de tempo para averiguar se essa mudança de fato é eficaz no contexto da prática assistencial. Por fim, a definição de juízes é difícil de ser alcançada em sua plenitude. O critério adotado no estudo foi o de Fehring, extensamente utilizado em outros estudos; no entanto, não existe prova de que todos os pré-requisitos sejam, de fato, garantia de expertise clínica.

### Contribuições para área da enfermagem, saúde ou política pública

Acredita-se que a utilização do Instrumento de Investigação de Enfermagem por Padrões Funcionais para Ambulatório de Cabeça e Pescoço vai permitir avaliar as necessidades desse tipo de clientela, possibilitando um planejamento de intervenções individualizadas. No entanto, é possível que no decorrer da aplicação clínica surjam outras demandas de ajustes, já que existirá um tempo mais longo de aplicação e com amostra maior.

Acredita-se que estudos no contexto de cuidado ambulatorial vão ao encontro dos esforços internacionais de aprimorar as atividades do enfermeiro nessa especialidade. No contexto brasileiro, a especialidade oncologia ambulatorial ainda carece de estudos que busquem aprimorar a prática do enfermeiro, com vistas a um cuidado fundamentado em evidências científicas. Acredita-se que a elaboração de um instrumento de investigação de enfermagem baseado em padrões funcionais de saúde e direcionado a uma clientela específica, no caso, pessoas acometidas por CCP, seja o primeiro passo para um planejamento e implementação de intervenções individualizadas e apropriadas ao contexto.

### CONCLUSÃO

O processo de construção do instrumento deu-se a partir do modelo de padrões funcionais de saúde, que permitiu estreitar uma correlação com os diagnósticos de enfermagem da Nanda-I. Os itens do instrumento foram direcionados para as alterações físicas, psíquicas e sociais descritas na literatura com maior probabilidade de ser identificadas em indivíduos acometidos por CCP. O processo de validação resultou na adequação de conteúdo do instrumento construído para investigar dados de pacientes com CCP em tratamento ambulatorial.

O referido instrumento pode constituir-se em uma tecnologia válida para auxiliar o enfermeiro na coleta de dados, uma vez que 79,5% dos itens foram considerados relevantes pelos juízes. Paralelamente, o cálculo do IVC global resultou em 0,87, o que indica excelente nível de concordância entre os juízes.

Destarte, prevê-se a realização de validação clínica em estudos posteriores para a avaliação da eficiência do instrumento construído e validado como facilitador na obtenção de dados dos doentes atendidos no ambulatório de cabeça e pescoço.

### REFERÊNCIAS

1. Matos LL, Miranda GA, Cernea CR. Prevalence of oral and oropharyngeal human papillomavirus infection in Brazilian population studies: a systematic review. *Braz J Otorhinolaryngol* [Internet]. 2015 [cited 2017 May 27];81(5):554-67. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v81n5/1808-8686-bjorl-81-05-00554.pdf>

2. Rigoni L, Bruhn RF, Cicco R, Kanda JL, Matos LL. Quality of life impairment in patients with head and neck cancer and their caregivers: a comparative study. *Braz J Otorhinolaryngol* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 27];82(6):680-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v82n6/1808-8694-bjorl-82-06-0680.pdf>
3. Nemoto RP, Victorino AA, Pessoa GB, Cunha LLG, Silva JAR, Kanda JL, et al. Oral cancer preventive campaigns: are we reaching the real target? *Braz J Otorhinolaryngol* [Internet]. 2015 [cited 2017 May 27];81(1):44-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v81n1/1808-8694-bjorl-81-01-00044.pdf>
4. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. Porto Alegre: Artmed; 2010. p.72-117.
5. NANDA-I. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015/2017 [Internet]. Porto Alegre: Artmed; 2015[cited 2016 Nov 30]. Available from: [http://www.abennacional.org.br/home/Nanda\\_2015\\_2017.pdf](http://www.abennacional.org.br/home/Nanda_2015_2017.pdf)
6. Cirilo JD, Silva MM, Fuly PSC, Moreira MC. Nursing care management for women with breast cancer in palliative chemotherapy. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016[cited 2017 May 27];25(3):e4130015. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/0104-0707-tce-25-03-4130015.pdf>
7. Cunha CM, Almeida Neto OP, Stackfleth R. Principais métodos de avaliação psicométrica de validade de instrumentos de medida. *Rev Atenção Prim Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 27];14(47):75-83. Available from: [http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/viewFile/3391/pdf](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/viewFile/3391/pdf)
8. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 2012[cited 2017 Jan 30]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
9. Gordon M. Manual of nursing diagnoses. Canadá: Jones and Bartlett Publishers; 2010.
10. Medeiros RKS, Ferreira Jr MA, Pinto DPSP, Vitor AF, Santos VEP, Barichello E. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. *Rev Enferm Ref* [Internet]. 2015[cited 2017 Jan 30];4(4):127-35. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn4/serlVn4a14.pdf>
11. Haynes SN, Richard DCS, Kubany ES. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. *Psychol Assess* [Internet]. 1995[cited 2017 Jan 30];7(3):238-47. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/402f/0f1eca459139d141eeac5298958fd7557483.pdf>
12. Carvalho EC, Mello AS, Napoleão AA, Bachion MM, Dalri MCB, Canini SRMS. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. *Rev Eletron Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2017 May 27];10(1):235-40. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/pdf/v10n1a22.pdf>
13. Fehring RJ. The Fehring model. In: Carroll-Johson P. Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Associations. Philadelphia: JB Lippincott; 1994. p. 55-7.
14. Canhota C. Qual a importância do estudo piloto. In: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Investigação passo a passo: perguntas e respostas para investigação clínica. Lisboa: APMCG; 2008[cited 2017 Jan 30]. p. 69-72. Available from: <http://www.apmgf.pt/ficheiros/Investiga%C3%A7%C3%A3o%20Passo%20a%20Passo.pdf>
15. Sousa Neto VL, Silva RAR, Silva CC, Negreiros RV, Rocha CCT, Nóbrega, MML. Proposal of nursing care plan in people hospitalized with AIDS. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 [cited 2017 May 27];51: e03204. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/1980-220X-reeusp-51-e03204.pdf>
16. Silva MM, Silva JA, Esteves LO, Mesquita MGR, Stipp MAC, Duarte SCM. Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas em tratamento quimioterápico: subsídios para o gerenciamento em enfermagem. *Rev Eletron Enf* [Internet]. 2013[cited 2017 May 27];15(3):704-12. Available from: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v15/n3/pdf/v15n3a12.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n3/pdf/v15n3a12.pdf)
17. Brown DS, Aronow HU. Ambulatory Care Nurse-Sensitive Indicators Series: reaching for the tipping point in measuring nurse-sensitive quality in the ambulatory surgical and procedure environments. *Nurs Econ*[Internet]. 2016[cited 2017 Jan 30];34(3):147-51. Available from: [https://c.ymcdn.com/sites/www.calnoc.org/resource/resmgr/AAACN\\_NSI\\_Webinar\\_Handout.pdf](https://c.ymcdn.com/sites/www.calnoc.org/resource/resmgr/AAACN_NSI_Webinar_Handout.pdf)
18. Martinez K, Battaglia R, Start R, Mastal MF, Matlock AM. Nursing-sensitive indicators in ambulatory care. *Nursing Economics* [Internet]. 2015[cited 2017 May 27];33(1):59-66. Available from: [https://aaacn.org/sites/default/files/documents/news-items/NursingEcARTICLE\\_NursingSensitiveIndicatorsinAmbulatoryCare.pdf](https://aaacn.org/sites/default/files/documents/news-items/NursingEcARTICLE_NursingSensitiveIndicatorsinAmbulatoryCare.pdf)
19. Testoni RI, Soares VMN, Gonçalves CGO, Kalinke LP. Qualidade de vida de pacientes com neoplasia de cabeça e pescoço: uma revisão integrativa. *Tuiuti: Ciênc Cult*[Internet]. 2013[cited 2017 Jan 30];47:107-21. Available from: [http://www.utp.br/tuiuticienciaecultura/ciclo\\_4/tcc\\_47\\_disturbios/pdf\\_47/art\\_6.pdf](http://www.utp.br/tuiuticienciaecultura/ciclo_4/tcc_47_disturbios/pdf_47/art_6.pdf)
20. Galbiatti ALS, Padovani Jr JA, Maníglia JV, Rodrigues CDS, Pavarino EC, Bertollo EMG. Head and neck cancer: causes, prevention, and treatment. *Braz J Otorhinolaryngol* [Internet]. 2013 [cited 2017 May 27];79(2):239-47. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v79n2/en\\_v79n2a18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v79n2/en_v79n2a18.pdf)
21. Bergerot CD, Laros JA, Araújo TCCF. Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. *Psico-USF* [Internet]. 2014 [cited 2017 May 27];19(2):187-97. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v19n2/a02v19n2.pdf>
22. Fortier ME, Perron T, Fountain DM, Hinic K, Vargas M, Swan BA, et al. Health care in the community: developing academic/practice partnerships for care coordination and managing transitions. *Nurs Econ*[Internet]. 2015[cited 2017 Jan 30];33(3):167-81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26259341>



23. Andrade AM, Guimarães AMDN, Costa DM, Machado LC, Gois CFL. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2014[cited 2017 Jan 30];23(1):165-75. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00165.pdf>
  24. Amador DD, Gomes IP, Reichert APS, Collet N. Repercussões do câncer infantil para o cuidador familiar: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013[cited 2017 May 27];66(2):267-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/17.pdf>
  25. Aizer AA, Chen MH, McCarthy EP, Mendu ML, Koo S, Wilhite TJ, et al. Marital status and survival in patients with cancer. *J Clin Oncol* [Internet]. 2013[cited 2017 Jan 30];31(31):3869-876. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4878087/>
  26. Chavoni RC, Silva PB, Ramos GHA. Diagnóstico nutricional de pacientes do serviço de cabeça e pescoço e sua relação com a disfagia em um hospital oncológico do Paraná. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço* [Internet]. 2014[cited 2017 Jan 30];43(1):35-41. Available from: <http://www.sbccp.org.br/wp-content/uploads/2014/04/Revista-SBCCP-43-1-Artigo-07.pdf>
-