

Quimioterapia intratecal: percepções e significados atribuídos por pacientes com câncer hematológico

Intrathecal chemotherapy: perceptions and meanings attributed by patients with hematological cancer

Quimioterapia intratecal: percepciones y significados atribuidos por pacientes con cáncer hematológico

Thais Almeida Soares^I; Leonardo Rodrigues de Oliveira^{II}; Carolina Feliciano Bracarense^{III};
Nara dos Santos Costa^{IV}; Helio Moraes-Souza^V; Divanice Contim^{VI}

RESUMO

Objetivo: analisar os significados e as percepções dos pacientes submetidos à quimioterapia intratecal sobre esse tratamento. **Método:** estudo descritivo de abordagem quantiqualitativa, desenvolvida com 13 participantes atendidos em uma central de quimioterapia de um hospital universitário do interior de Minas Gerais, entre os anos de 2015 a 2016, cujos dados, obtidos por meio de entrevistas, foram submetidos à análise do discurso do sujeito coletivo. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição campo do estudo. **Resultados:** dos dados codificados emergiram cinco discursos: desconhecimento do tratamento, dor, ansiedade, fé e esperança. **Conclusão:** a quimioterapia intratecal é desconhecida pelos pacientes em tratamento, causando ansiedade, dor e reações adversas as quais trazem prejuízo para a qualidade de vida desses indivíduos. Com isso criam-se mecanismos de enfrentamento da doença por meio da fé e da esperança.

Descritores: Neoplasias hematológicas; tratamento farmacológico; injeções espinhais; enfermagem oncológica.

ABSTRACT

Objective: analyze the meanings and perceptions of patients undergoing intrathecal chemotherapy about this treatment **Method:** qualitative and descriptive study carried out with 13 participants attended at a Chemotherapy Center of a University Hospital in the interior of Minas Gerais, from 2015 to 2016, whose data were submitted to the analysis of the collective subject discourse. Approved by the Research Ethics Committee of the study development institution. **Results:** the information obtained through the interviews was coded and five discourses emerged: lack of treatment, pain, anxiety, faith and hope. **Conclusion:** intrathecal chemotherapy is unknown to patients undergoing treatment, causing anxiety, pain and adverse reactions that impair their quality of life. This creates mechanisms for coping with the disease through faith and hope.

Descriptors: Hematologic Neoplasms; Drug Therapy; Injections Spinal; Oncology Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar los significados y las percepciones de los pacientes sometidos a quimioterapia intratecal sobre este tratamiento. **Método:** estudio de enfoque cuantitativo y descriptivo desarrollado con 13 participantes atendidos en un Centro de Quimioterapia de un Hospital Universitario en el interior de Minas Gerais, entre 2015 y 2016, cuyos datos fueron sometidos al análisis del discurso del sujeto colectivo. Aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución de desarrollo del estudio. **Resultados:** la información obtenida a través de las entrevistas fue codificada y surgieron cinco discursos: falta de tratamiento, dolor, ansiedad, fe y Esperanza. **Conclusión:** la quimioterapia intratecal es desconocida para los pacientes sometidos a tratamiento, lo que causa ansiedad, dolor y reacciones adversas que deterioran su calidad de vida. Esto crea mecanismos para hacer frente a la enfermedad a través de la fe y la esperanza.

Descriptores: Neoplasias hematológicas; quimioterapia; Inyecciones en la columna; Enfermería Oncológica.

INTRODUÇÃO

As doenças oncológicas repercutem no imaginário social representações de sofrimento, impotência, perdas e finitude e ainda possui desafios para a desmistificação sobre a doença e o seu tratamento. São a segunda maior causa de morbimortalidade da população mundial e brasileira, sendo consideradas um problema de saúde pública^{1,2}.

^IEnfermeira em Residência Multiprofissional, Hospital de Câncer de Barretos, Brasil. E-mail: thaisfurletti2006@hotmail.com

^{II}Médico. Doutorando em Ciências da Saúde: Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Brasil E-mail: leorodro@gmail.com,

^{III}Doutoranda em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Brasil. E-mail: carolinafbracarense@gmail.com

^{IV}Doutoranda em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Brasil E-mail: narasc29@gmail.com

^VProfessor Titular, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Brasil. E-mail: helio.moraes@dcm.uftm.edu.br

^{VI}Professora Associada, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Brasil. E-mail: deva.contim@gmail.com

^{VI}Agradecimentos a toda equipe de trabalhadores da Central de Quimioterapia pelo apoio oferecido na realização da pesquisa.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, no ano de 2030, haverá 27 milhões de casos novos de câncer, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivas anualmente com a doença. A estimativa para o Brasil, biênio 2016-2017, aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos, excetuando-se o câncer de pele não melanoma. Para o ano de 2016 foram estimados 5.540 casos novos de leucemia em homens e 4.530 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 5,63 casos novos a cada 100 mil homens e 4,38 para cada 100 mil mulheres. Quanto aos linfomas não-Hodgkin, 5.210 casos novos de linfoma em homens e 5.030 em mulheres para o Brasil. Esses valores correspondem a um risco estimado de 5,27 casos novos a cada 100 mil homens e 4,88 para cada 100 mil mulheres¹.

A terapêutica do câncer inclui cirurgias, radioterapia e quimioterapia³. A quimioterapia é a modalidade mais frequentemente utilizada para cura, controle e palição do câncer. Essa modalidade de tratamento atua de forma sistêmica, na qual os medicamentos agem indiscriminadamente nas células do paciente, estejam elas normais ou doentes produzindo efeitos adversos bastante desagradáveis e comprometedores. As principais vias de administração de quimioterapia são: endovenosa, subcutânea, intramuscular, oral e intratecal⁴.

A via intratecal é utilizada como rota de tratamento ou profilaxia de cânceres capazes de comprometer o sistema nervoso central. Esta via é empregada pela incapacidade da maioria das drogas empregadas em esquemas de quimioterapia atravessar a barreira hematoencefálica para a prevenção ou erradicação do comprometimento do sistema nervoso central pelo câncer. Essa técnica consiste na punção líquórica em sítio lombar na altura das vértebras L3 e L4 para permitir a administração e o acesso de quimioterápicos às estruturas do neuroeixo, sendo realizada por profissional médico. Amostra do líquido cefalorraquidiano é coleta para análise citológica, e logo em seguida, quimioterápicos são administrados lentamente^{5,6}.

REVISÃO DE LITERATURA

Estudos sobre a administração de quimioterapia intratecal, destacam fatores de toxicidade que podem ajudar a prever segurança em diferentes populações^{5,7}. É ainda ressaltado que essa modalidade de administração de quimioterapia é eficaz particularmente para a tratamento de leucemias agudas e linfomas não-Hodgkin e, por isso, amplamente aceita e empregada. Essas pesquisas apontam variabilidade no modo de preparação e na técnica de administração, indicando que a prática clínica pode influenciar a eficácia e toxicidade desta terapia⁶. Pesquisas apontam a necessidade de se estabelecer plano de cuidados e ações direcionadas para minimizar os efeitos do estresse causados pela quimioterapia intratecal, apesar de sua eficácia e aceitação por grupos internacionais. aos medicamentos e doses administrados, mas também inclui o modo de preparação e a técnica de administração^{3, 4, 6-8}.

Para o planejamento e o desenvolvimento de assistência de qualidade, a equipe de saúde deve possuir conhecimentos técnico-científicos e habilidades no relacionamento interpessoal. Os pacientes com câncer que estão submetidos a quimioterapia têm necessidades de cuidado humanizado, baseados nas necessidades emocionais, espirituais, sociais e afetivas como consequência do impacto do diagnóstico e das mudanças físicas notórias enfrentadas por estes pacientes^{5,8}.

Nesse sentido, a assistência deve ser direcionada ao paciente, sua família e demais pessoas significativas, por meio de ações de acolhimento e confiança, entre profissionais e paciente, possibilitando o diálogo entre as partes envolvidas^{2,5,7}. A equipe de enfermagem como integrante da equipe saúde deve estar preparada para perceber e fortalecer os cuidados humanizados de forma abrangente. Diante do exposto essa pesquisa teve como objetivo analisar os significados e as percepções dos pacientes submetidos à quimioterapia intratecal sobre esse tratamento.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa⁹. O estudo foi realizado na Central de quimioterapia de um hospital universitário do interior de Minas Gerais. Foram utilizados, como critérios de inclusão, idade superior a 18 anos, diagnóstico de leucemia aguda ou linfoma não-Hodgkin com indicação de quimioterapia intratecal com início de tratamento a partir de janeiro de 2013, com pelo menos uma administração de quimioterapia intratecal. Vale registrar que 13 pacientes atenderam aos critérios de inclusão.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas em consultório privativo, no retorno ambulatorial. Nesse momento, os pacientes, que aceitaram participar livremente da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi escolhido esse momento por considerar que o paciente estaria menos vulnerável aos efeitos da quimioterapia. Os dados foram coletados entre meses de outubro de 2015 a maio de 2016.

O roteiro utilizado foi estruturado em: dados sociodemográficos; dados do tratamento oncológico e questões norteadoras da entrevista - Qual é a sua percepção sobre o tratamento quimioterápico intratecal? Quais são os significados atribuídos a essa experiência? Por quê?; Quais são sentimentos atribuídos ao tratamento com a quimioterapia intratecal?. Esse instrumento foi previamente testado e readequado conforme a necessidade da população.

As entrevistas tiveram duração média de 40 minutos, em sala reservada em horários combinados, gravadas em mídia eletrônica e, em seguida, transcritas no editor de texto *Microsoft Word*. Os sujeitos foram identificados por meio da letra E seguida da ordem da entrevista (E1, E2, E3...) para manutenção do sigilo.

Após transcrição, as entrevistas foram analisadas pela técnica do discurso do sujeito coletivo (DSC), que é uma proposta de organização dos dados qualitativos de natureza verbal, buscando dar conta da preservação do pensamento coletivo e extrair de cada uma das entrevistas as expressões chave (ECHs) e ideias centrais (ICs). De cada ECH identificada foi extraída a IC correspondente. O passo seguinte foi agrupar as ICs semelhantes e, para cada agrupamento, foram construídos discursos-síntese na primeira pessoa do singular, em que a fala do grupo ou coletividade apareceu como um discurso individual, nesse caso, o DSC⁹. Da análise dos depoimentos, surgiram cinco DSCs. Os dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos dos pacientes foram tratados por meio de elementos da estatística descritiva, tais como, frequência absoluta e porcentagem.

O projeto do estudo atendeu às exigências éticas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, em 2015, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 41887915.4.0000.5154, por meio do parecer número: 1.019.061.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos clientes

Dos 13 (100%) participantes, 9(69,2%) eram mulheres e 4(30,8%) homens. A idade média dos participantes foi de 47,6 anos, com idade compreendida entre 19 e 74 anos. Dos participantes do estudo, destacaram-se as características: 7(53,8%) eram casados, 4(30,8%) não possuíam o ensino fundamental completo e 5(38,5%) eram procedentes de Uberaba. A religião predominante foi o catolicismo com 11(84,6%) adeptos.

Quanto ao tipo de câncer, 9 (69,2%) participantes eram portadores de linfoma não-Hodgkin e 4 (30,8%) de leucemia linfóide aguda. Além da quimioterapia intratecal, todos (100%) eram tratados por quimioterapia intravenosa, 9(69,2%) por quimioterapia oral, 3(23,1%) por quimioterapia subcutânea e 4(30,8%) por quimioterapia intramuscular.

Com relação ao protocolo pré-estabelecido de administração de quimioterapia intratecal, 7 (53,8%) tinham indicação de 18 administrações e 5(38,5%) indicação de oito; 5(38,5%) haviam recebido apenas uma administração e 3(23,1%) três administrações. Todos (100%) declararam não saber quais os medicamentos utilizados e 7 (53,8%) relataram dor durante a administração. Ainda, 11(84,6%) disseram não ter realizado nenhuma atividade antes do procedimento e 12(92,3%) possuem acompanhantes durante as sessões de quimioterapia. Todos pacientes relatam permanecer em repouso após o procedimento, sendo este tempo de 40 ou 60 minutos; 8 (61,5%) pacientes relataram a necessidade de viagens regulares para retorno para domicílio de origem após o procedimento; 8(61,5%) relataram passar por privação de sono e repouso na noite que antecedeu o procedimento, demonstrando ansiedade, preocupação e a necessidade de viajar durante a madrugada para realizar o tratamento. A cidade de Uberaba é um polo macro do Triângulo Sul, sendo referência para o tratamento de 26 municípios dessa região.

As reações adversas à quimioterapia intratecal relatadas foram: dor local – 2(15,4%), dor em membros inferiores – 2(15,4%), cefaleia – 4(30,8%), diarreia – 1(7,7%), constipação – 6(46,2%), náuseas – 4(30,8%), vômitos 4(30,8%), fraqueza em membros superiores ou membros inferiores 4(30,8%). Tremores, sudorese e calafrios foram relatados por 2(15,4%) pacientes. Não houve relatos de parestesias ou crises convulsivas. Somente 3(23,1%) negaram reações adversas.

A população participante desta pesquisa é semelhante à população estudada por outros autores e condiz com a população brasileira. Houve o predomínio do sexo feminino, com idade média entre 40 e 50 anos, casadas ou em união estável, de religião católica e de baixa escolaridade^{10,11}. A predominância feminina pode estar relacionada ao fato de as mulheres buscarem os serviços de saúde, independentemente do grau de instrução, com mais frequência que os homens. Dessa forma, conseguem ser diagnosticadas na fase inicial de diferentes tipos de doenças, em especial o câncer^{10,12-15}.

Avanços no tratamento quimioterápico do câncer, surgiram no que se refere ao manejo dos efeitos adversos. Independente da via de administração, espera-se que pacientes submetidos à terapia anticâncer apresentem alterações físicas e mentais, variando estas de leve a intensa. Para o combate desses efeitos, medicamentos que visem à diminuição dos efeitos adversos e melhorem a qualidade de vida desses sujeitos durante o tratamento, têm sido extensivamente estudados e desenvolvidos^{2,11-16}.

A partir dos discursos, foi possível construir a primeira IC – estratégias que dificultam o entendimento sobre o tratamento – elaborando o DSC1 identificando como desconhecimento do tratamento. Esse discurso foi construído por meio de três depoimentos.

DSC 1 - Desconhecimento do tratamento

Eu não sabia que estava fazendo um tratamento quimioterápico, eu achava que era um exame chatinho de fazer [...]. Sobre a quimioterapia intratecal eu não sei não, eu faço o tratamento, mas eu não sei nada, nunca me falaram como funciona [...]. Sei que é o tratamento na medula, tira a parte do líquido da coluna e injeta com a seringa com outro líquido que é o remédio[...]. (E1, E7, E9)

A terminologia científica inserida nesses tratamentos é complexa e, muitas vezes, incompreensível para pacientes. Para tanto, os profissionais de saúde devem buscar palavras mais simples para facilitar o entendimento do paciente, pois na fase inicial ele se encontra diante de tratamento novo e a descoberta recente de um câncer faz com que viva a fase da negação da doença e qualquer nova informação sobre seu tratamento dificilmente será compreendida¹⁷. Pacientes com câncer submetidos à quimioterapia têm necessidade de cuidados humanizados que observem a individualidade, a verdade, a solidariedade, isto é, um sistema complexo de valores, que respeite a autonomia dos indivíduos, a diversidade de ideias, resgatando a expressão subjetiva do cuidado^{2,4,8,10,15}.

A segunda IC – e dor sentida durante o procedimento – proporcionou a elaboração do DSC2 e foi construído por três depoimentos.

DSC 2 - Dor

Eu sinto dor na hora de fazer o procedimento[...]. É bem sofrido esse tratamento, eu não sei como falar, mas é doloroso[...]. Sinto dor de cabeça e já sofri muito aqui nesse hospital[...]. Essa experiência com a quimioterapia intratecal é muito dolorosa, muito dolorosa, sinto meu corpo desfazer [...]. (E3, E8, E11).

A dor, é apontada como o sinal mais frequente em pacientes com câncer e que afeta diretamente a qualidade de vida dessas pessoas. Estudos registram que as sensações dolorosas produzem efeitos no estado psicoemocional, nas atividades de vida diária¹⁸. Comportamentos aditivos relativos a realização de tratamentos oncológicos prévios ou atuais relacionados com a etiologia da dor são aspectos considerados fundamentais na análise compreensiva da pessoa com dor oncológica¹⁷⁻¹⁹.

A terceira IC: A ansiedade vivenciada diante do tratamento oncológico – DSC3, compreendido por três depoimentos

DSC 3 - Ansiedade

Na primeira vez que eu fiz a quimioterapia intratecal eu fiquei muito nervosa com muita ansiedade [...]. Eu fico tensa antes de fazer o tratamento, preocupada, sinto muita tristeza [...]. Tenho muito medo de não aguentar e ter que começar tudo de novo[...]. (E5, E6, E13).

Quanto à ansiedade, os entrevistados mostraram sentimentos que permeiam o medo e a ansiedade. Este último termo significa oprimir, sufocar e é uma característica biológica do ser humano, que antecede momentos de perigo real ou imaginário, marcada por sensações corporais desagradáveis, como aumento da frequência cardíaca e respiratória, medo intenso, transpiração, dentre outras sensações associadas à disfunção do sistema nervoso autônomo^{14,17,20,21}.

No discurso aqui apresentado a ansiedade pode estar relacionada com a falta de conhecimento do tratamento e do ritual de administração da quimioterapia intratecal. A presença de ansiedade entre os pacientes oncológicos, bem como suas implicações negativas nessa experiência, ratifica que o tratamento quimioterápico produz médio a alto nível de ansiedade. Estudo realizado com mulheres afro-americanas com câncer de mama evidenciou que quanto maior a capacidade de enfrentamento, menor será o sofrimento psicológico e o enfrentamento religioso negativo²⁰. Em outro estudo realizado no Brasil, foi destacado que a ansiedade e depressão são distúrbios prevalentes em pacientes oncológicos²².

Diante dessa experiência, o paciente se vê em posição desconfortável, o que causa medo e ansiedade. Nesse sentido, a prática da comunicação terapêutica pode oferecer ao paciente orientações quanto à forma correta de se posicionar para a administração da quimioterapia, sobre etapas sequenciais do procedimento e a impossibilidade de visualização de procedimentos, além de oferecer o apoio necessário e confortar e atender suas necessidades básicas afetadas^{14,17,18,20-24}.

A quarta IC – a fé e a crença em Deus como amparo e ajuda para que vencer o tratamento – auxiliou na organização do quarto DSC54, constituído por três depoimentos.

DSC 4 – Fé

A quimioterapia intratecal significa que meu corpo não tem mais o que fazer, então vem a parte de Deus[...]. Porque primeiro de tudo está nas mãos de Deus, depois nas mãos de todos aqui[...]. Tenho muita fé em Deus que Ele vai resolver o meu problema[...]. (E2, E8, E12)

A fé, manifestada por estes pacientes, traz consigo a esperança da cura da doença. Uma vez que o tratamento do câncer é um processo prolongado, árduo e de difícil aceitação dos pacientes, levando-os não raramente à exaustão. A

fé tende a ser cultivada como instrumento de fortalecimento e de enfrentamento da doença. Nessa perspectiva, o instrumento de enfrentamento de cada paciente diante de seu diagnóstico poderá atribuir significado ao seu processo de cura-doença, em busca da qualidade de vida e sobrevivência. O apego à fé contribui para aliviar o sofrimento e obter maior esperança e melhor expectativa de cura durante o tratamento^{2,10,14, 17,20,21}.

No que se refere à quimioterapia intratecal, os pacientes percebem ser este o último tratamento a ser realizado e que, a partir desse momento, apenas Deus pode trazer a cura. Na literatura, estudos sobre essa condição ainda é bastante escassa. A formação de profissionais com um olhar holístico sobre o tratamento, valoriza a utilização da anamnese espiritual, como forma de conhecimento das necessidades espirituais do paciente, e é extremamente importante, por intervir de forma equilibrada, trazendo fortalecimento, esperança e bem-estar ao paciente^{17,19-24}.

A quinta IC – a esperança de que o tratamento seja a melhoria da condição de saúde – contribuiu na organização do DSC5, constituído por três depoimentos.

DSC 5 - Esperança

Não sai da minha mente que um dia eu vou ficar boa[...]. Mas ainda bem que eu estou fazendo isso significa que tem recurso para a doença[...]. Mas eu sinto que eu quero melhorar, tenho ainda muita coisa para fazer[...]. Eu quero sarar, ficar boa logo, sair disso e parar de vim aqui[...] pois para mim isso é uma penitência[...] (E7, E10, E13)

No DSC em que os participantes deixam transparecer o sentimento de esperança, observa-se um conflito interno entre o desejo de cura da doença e o medo desse desejo não ser alcançado. A esperança é um sentimento importante no enfrentamento da doença, ela permite que a pessoa consiga sonhar com o seu futuro e estabelecer objetivos para o seu tratamento. Assim, é importante que o profissional de enfermagem esteja presente nesse enfrentamento^{21,22}.

O tratamento com a quimioterapia, independente da via de administração, repercute de forma impactante física e psicologicamente sobre doente. Neste estudo foi possível identificar as percepções dos pacientes e os significados por eles atribuídos ao tratamento anticâncer por meio da via intratecal^{19,23,24}.

CONCLUSÃO

A quimioterapia intratecal é desconhecida pelos pacientes em tratamento, sendo este um fator gerador de ansiedade, dor e reações adversas que trazem prejuízo para a qualidade de vida desses indivíduos. O tratamento de pacientes com câncer deve ser abrangente, merecendo atenção não só as necessidades físicas, como também as necessidades psicológicas, sociais e espirituais, incluindo personalização da assistência, promoção de cuidados atraumáticos e direito à informação. Então, é preciso disponibilizar a estes pacientes, informações sobre a doença e o tratamento; prepará-lo para os procedimentos; adotar medidas para o alívio da dor e redução do desconforto; incluir a família no processo de cuidado, como também salvaguardar a tomada de decisão pessoal e promover a auto-estima de todos que vivem esse processo.

Mecanismos de enfrentamento da doença, por meio da fé e da esperança são importantes para o fortalecimento individual. É necessário valorizar as necessidades espirituais do paciente com doença oncológica, considerando a sua percepção individual, opção religiosa e visão de mundo.

Entre as limitações do estudo, destacam-se a reduzida amostra e uma única instituição campo da pesquisa, o que impede a generalização dos achados. Outro fator diz respeito a escassez de estudos sobre quimioterapia intratecal que incita a realização de pesquisas sobre o assunto. Os resultados obtidos desta pesquisa poderão ajudar profissionais da saúde no estabelecimento de prioridades desses pacientes e fundamenta a prestação de uma assistência humanizada baseada em evidências científicas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015. [cited 2017 nov 19]. Available from: <https://www.inca.gov.br/campanhas/dia-nacional-de-combate-ao-cancer/2015/estimativa-2016-incidencia-de-cancer-no-brasil>
2. Buetto LS, Zago MMF. Meanings of quality of life held by patients with colorectal cancer in the context of chemotherapy. Rev. latinoam. enferm. (Online). 2015 [cited 2019 Nov 06]; 23(3): 427-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0455.2572>.
3. Olmos-Jimenez R, Espuny-Miro A, Carceles-Rodriguez C, Diaz-Carrasco MS. Practical aspects of the use of intrathecal chemotherapy. Farm Hosp. 2017 [cited 2019 Dec 14]; 41(1):105-29. DOI: <https://doi.org/10.7399/fh.2017.41.1.10616>.
4. Pardo-Moreno J, Fernandez C, Arroyo R, Ruiz-Ocana C, Concepcion A, Cuadrado ML. Safety of intra-cerebrospinal fluid chemotherapy in onco-haematological patients: a retrospective analysis of 627 interventions. J. Neurooncol. 2015 [cited 2019 Dec 14]; 125(2):351-8. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11060-015-1922-y>.
5. Ribeiro TS, Santos VO. Patient Safety in Administering Antineoplastic Chemotherapy: an Integrative Review. Rev. bras. cancerol. 2015 [cited 2019 Nov 20]; 61(2): 145-53. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2015v61n2.554>.

6. Oliveira PP, Santos VEP, Bezerril MS, Andrade FB, Paiva RM, Silveira EAA. Segurança do paciente na administração de quimioterapia antineoplásica e imunoterápicos para tratamento oncológico: scoping review. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2019 [cited 2019 Jan 04]; 28: e20180312. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0312>.
7. Teston EF, Fukumori EFC, Benedetti GMS, Spigolon DN, Costa MAR, Marcon SS. Sentimentos e dificuldades vivenciadas por pacientes oncológicos ao longo dos itinerários diagnóstico e terapêutico. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 04]; 22(4): e20180017. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0017>.
8. Cordeiro LAM, Nogueira DA, Gradim CVC. Women with breast cancer in adjuvant chemotherapy: assessment of quality of life. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2018 [cited 2019 Jan 04]; 26:e17948. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.17948>.
9. Lefevre F, Lefevre AMC. Discourse of the collective subject: social representations and communication interventions. *Texto & contexto enferm.* (Online). 2014 [cited 2019 Nov 03]; 23(2): 502-507. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>.
10. Silva GSA, Silva GAV, Antonietti CC, Benavente SBT, Silva RM, Costa ALS. Stress perception among patients in pre-colonoscopy period and those undergoing chemotherapy treatment. *Rev Rene* (Online). 2015 [cited 2019 Nov 04]; 16(2):233-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000200013>.
11. Kolankiewicz ACB, Souza MM, Magnago TSBS, Domenico EBL. Social support perceived by cancer patients and its relation with social and demographic characteristics. *Rev. gaúch. enferm.* 2014 Mar [cited 2019 Nov 04]; 35(1): 31-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.42491>.
12. Vidal C; Sharma S; Amlani B. Patient-practitioner perception gap in treatment-induced nausea and vomiting. *Br. J. Nurs.* 2016 [cited 2019 Jan 13]; 25(16): S4-S11. DOI: <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.S4>.
13. Brito FM, Costa ICP, Costa SFG, Andrade CG, Santos KFO, Francisco DP. Communication in death imminence: perceptions and strategy adopted for humanizing care in nursing. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2014 June [cited 2019 Nov 03]; 18(2): 317-22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000200317&script=sci_arttext&tlng=en
14. Kenzik K, Huang IC, Rizzo JD, Shenkman E, Wingard J. Relationships among symptoms, psychosocial factors, and health-related quality of life in hematopoietic stem cell transplant survivors. *Support Care Cancer.* 2015 [cited 2019 July 15]; 23(3):797-807. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-014-2420-z>.
15. Silva LPS, Santos I, Castro SZM. Giving bad news in the context of cancer care: integrative literature review. *Rev. enferm. UERJ.* 2016 [Cited 2019 Dec 17]; 24(3): e1994. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.19940>.
16. Wiley K, LeFebvre KB, Wall L, Baldwin-Medsker A, Nguyen K, Marsh L, et al. Immunotherapy administration: Oncology Nursing Society recommendations. *Clin J Oncol Nurs* [Internet]. 2017 [cited 2019 Dec 15]; 21(2 Suppl):5-7. DOI: <https://dx.doi.org/10.1188/17.CJON.S2.5-7>.
17. Wengström Y, Geerling J, Rustøen T. European Oncology Nursing Society breakthrough cancer pain guidelines. *Eur J Oncol Nurs.* 2014 [cited 2019 Dec 15]; 18(2):127-31. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2013.11.009>.
18. Choi M, Kim HS, Chung SK, Ahn MJ, Yoo JY, Park OS, Woo SR, Kim SS, Kim SA, Oh EG. Evidence-based practice for pain management for cancer patients in na acute care setting. *Int J Nurs Pract.* 2014 [cited 2019 Dec 15]; 20(1):60-9. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/ijn.12122>.
19. Bushatsky M, Silva RA, Lima MTC, Barros MBSC, Neto JEV, Ramos YTM. Quality of life in women with breast cancer in chemotherapeutic treatment. *Cienc. Cuid. Saude* [Internet]. 2017 [cited 2019 April 14]; 16(3):36094. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v16i3.36094>.
20. Balsanelli ACS, Grossi SAA. Predictors of hope among women with breast cancer during chemotherapy. *Esc. Enferm. USP.* 2016 [cited 2019 Apr 14]; 50(6):898-904. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000700004>.
21. Gaston-Johansson F, Haisfield-Wolfe ME, Reddick B, Goldstein N, Lawal TA. The relationships among coping strategies, religious coping, and spirituality in African American women with breast cancer receiving chemotherapy. *Oncol. Nurs. Forum.* 2013 [cited 2019 Apr 14]; 40(2):120-31. DOI: <https://dx.doi.org/10.1188/13.ONF.120-131>
22. Silva AV, Zandonade E, Amorim MHC. Anxiety and coping in women with breast cancer in chemotherapy. *Rev. latino am. enferm.* (Online). 2017 [cited 2019 Jan 22]; 25:e2891. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1722.2891>.
23. Ferreira AS, Bicalho BP, Neves LFG, Menezes MT, Silva TA, Faier TA, Machado RM. Prevalence of anxiety and depression in cancer patients and identifying predisposing variables. *Rev. bras. cancerol.* 2016 [cited 2019 jan 22]; 62(4): 321-28. Available from: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_62/v04/pdf/04-artigo-prevalencia-de-ansiedade-e-depressao-em-pacientes-oncologicos-e-identificacao-de-variaveis-predisponentes.pdf.
24. Wakiuchi J, Marchi JA, Norvila LS, Marcon SS, Sales CA. Hope of cancer patients undergoing chemotherapy. *Acta Paul. Enferm.* (Online). 2015 June [cited 2019 Nov 03]; 28(3): 202-208. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500035>.