

Igor Guerra Cheloni¹
José Victor Soares da Silva²
Cristiane Chaves de Souza²

¹Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Viçosa, Brasil.

²Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa, Brasil.

✉ **Cristiane de Souza**

Av. Peter Henry Rolfs, s/n, Campus Universitário, Viçosa, Minas Gerais
CEP: 36570-900

📧 souzac.cris@gmail.com

Submetido: 12/12/2019

Aceito: 09/06/2020

RESUMO

Introdução: A enfermagem é uma ciência cujo cuidado tem como referencial metodológico o processo de enfermagem. Este é estruturado em cinco etapas, sendo a primeira delas a coleta de dados. Nesta etapa se identificam os problemas reais ou potenciais passíveis de intervenção do enfermeiro. **Objetivo:** Identificar as produções científicas existentes sobre os sinais e sintomas que indicam alterações nas necessidades humanas em pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia ambulatorial. **Material e Métodos:** Estudos descritivos de revisão integrativa da literatura. Foram incluídos artigos publicados na literatura nacional e internacional cujo foco tenha sido o estudo da construção e validação de instrumentos de coleta de dados para enfermagem. **Resultados:** Fizeram parte da amostra final do estudo 21 publicações de um total de 3.039. Foram identificados 107 indicadores empíricos que representam os sinais e sintomas que indicam alterações nas necessidades humanas básicas em pacientes submetidos ao tratamento oncológico. Destes, 64 (59,81%) referiam-se a indicadores de avaliação das necessidades psicobiológicas, 40 (37,38%) a indicadores de avaliação das necessidades psicossociais, e 3 (2,81%) a indicadores de avaliação das necessidades psicoespirituais. **Conclusão:** A identificação destes indicadores servirá de arcabouço para a construção de um instrumento de coleta de dados de enfermagem. Espera-se que a utilização do instrumento permita ao enfermeiro avaliar as necessidades do paciente oncológico em terapia antineoplásica ambulatorial.

Palavras-chave: Tratamento Farmacológico; Processo de Enfermagem; Assistência Ambulatorial.

ABSTRACT

Introduction: Nursing is a science whose care has as methodological framework the Nursing process. This is structured in five steps, the first of which is data collection. In this stage, the real or potential problems that can be addressed by the nurse are identified. **Objective:** Identify the existing scientific productions on the signs and symptoms that indicate changes in human needs in cancer patients undergoing outpatient chemotherapy. **Materials and Methods:** Descriptive studies of integrative literature review. We included articles published in national and international literature that focused on the study of the construction and validation of data collection instruments for nursing. **Results:** Twenty-one publications out of a total of 3,039 were part of the final study sample. 107 empirical indicators were identified that represent the signs and symptoms that indicate changes in basic human needs in patients undergoing cancer treatment. Of these, 64 (59.81%) referred to indicators of assessment of psychobiological needs, 40 (37.38%) to indicators of assessment of psychosocial needs, and 3 (2.81%) to indicators of assessment of psychospiritual needs. **Conclusion:** The identification of these indicators will serve as a framework for the construction of a nursing data collection instrument. It is expected that its use will allow the nurse to assess the needs of cancer patients in outpatient antineoplastic therapy.

Key-words: Drug Therapy; Nursing Process; Ambulatory Care.

INTRODUÇÃO

Os avanços na construção e na organização do conhecimento sobre o processo de cuidar em enfermagem foram marcados pela preocupação em se desenvolver modelos conceituais ou teorias de enfermagem para fornecer o arcabouço teórico da profissão. No Brasil, destacam-se os estudos da Dra. Wanda de Aguiar Horta sobre o processo de enfermagem, iniciados na década de 1960. Horta propôs uma metodologia de assistência baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, que inclui, na avaliação do indivíduo, os aspectos psicobiológicos, psicossociais e psicoespirituais.¹

Segundo a Resolução COFEN nº 358/2009, o processo de enfermagem deve ser realizado em cinco etapas, que são: coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação da assistência e avaliação.²

Para guiar a consulta do enfermeiro têm sido elaborados instrumentos de coleta de dados pautados em um referencial teórico de cuidados. Um plano de cuidados adequado requer que a coleta de dados sobre as informações de saúde do paciente seja feita de modo organizado e fidedigno. Para tanto, enfermeiros podem se utilizar de um roteiro estruturado que guie a entrevista e o exame físico do paciente. Este instrumento contribuirá para a seleção de informações que irão subsidiar as etapas subsequentes do processo de enfermagem.³

Dentre as diferentes clientela assistidas pela equipe de enfermagem, destacam-se os pacientes oncológicos. Estima-se, para o Brasil, a ocorrência de 600 mil casos novos de moléstia em cada ano no biênio 2018-2019. Exceto o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos), sobrevirão outros 420 mil casos da doença.⁴

Uma das possibilidades de manejo terapêutico em pacientes oncológicos é o tratamento quimioterápico, que consiste no uso de substâncias químicas isoladas ou combinadas para tratar neoplasias malignas, agindo diretamente no crescimento e divisão das células. É uma modalidade de tratamento sistêmico, que contrasta com a cirurgia e radioterapia de atuação localizada.⁵

A coleta de dados é fundamental para o conhecimento das demandas assistenciais do paciente oncológico, pois possibilita o direcionamento das ações de enfermagem, de modo individualizado às necessidades de cuidado.⁶ Para Rodrigues,³ através dos dados identificados e registrados na coleta de dados, o enfermeiro pode avaliar e acompanhar a evolução dos pacientes oncológicos e, assim, intervir de maneira precoce, adequada e específica a cada necessidade humana básica alterada.

Embora a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) seja um importante instrumento para possibilitar um cuidado individualizado e dar visibilidade ao saber da enfermagem,⁷ estudo realizado apontou

que a SAE,⁸ utilizando como instrumento metodológico o processo de enfermagem, não é uma prática comum na assistência a pacientes oncológicos. A implantação das etapas do processo de enfermagem não é aplicada como rotina na assistência ao paciente oncológico, ou quando são aplicadas, se fazem de maneira incompleta. Não obstante, sistematizar a assistência de enfermagem a pacientes oncológicos é fundamental para um cuidado holístico a estes pacientes e seus familiares.⁸

Sendo assim, este estudo objetiva identificar as produções científicas existentes sobre os sinais e sintomas que indicam alterações nas necessidades humanas em pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia ambulatorial.

Esta revisão é importante, uma vez que servirá de base para a construção de um instrumento de coleta de dados para consulta de enfermagem a pacientes admitidos para quimioterapia ambulatorial em um hospital de referência para tratamento de câncer no interior de Minas Gerais. Neste serviço, percebeu-se que a assistência do enfermeiro se restringia a seguir as recomendações dos protocolos de infusão de quimioterápicos, o que gerou inquietações acerca da identidade profissional do enfermeiro, e à necessidade de reorganização do processo de trabalho, tendo como instrumento metodológico o processo de enfermagem. Assim, esta revisão é o primeiro passo para direcionar a construção de um instrumento de coleta de dados de enfermagem para este ambiente de cuidado, e contribuirá para a implantação da primeira etapa do processo de enfermagem a pacientes em quimioterapia ambulatorial, especialmente no local estudado. A partir da identificação dos sinais e sintomas que indicam alterações das necessidades humanas básicas na população estudada, será delineado os itens importantes de avaliação que comporão o instrumento de coleta de dados. Acredita-se que a implantação da consulta de enfermagem contribuirá para maior valorização do trabalho do enfermeiro e para um melhor planejamento do cuidado ao paciente, de acordo com suas demandas de cuidado nas esferas psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura do tipo integrativa. Este é o mais amplo dos métodos de revisão de pesquisa por permitir a inclusão simultânea de estudos experimentais e não experimentais para plena compreensão do fenômeno em estudo. Além disso, permite a combinação de dados teóricos e da literatura empírica. Para sua realização seguiu-se as seguintes etapas: definição da questão de pesquisa e objetivos da revisão integrativa, estabelecimento de critérios de seleção da amostra, definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise dos resultados, discussão e

Quadro 1: Sistematização da busca eletrônica nos portais de busca Periódicos Capes, Cinahl, Lilacs, Cochrane, PubMed, Google Acadêmico.

Descritores	Periódicos Capes	Cinahl	Lilacs	Cochrane	PubMed	Google Acadêmico
"nursing process" AND "chemotherapy" AND "Ambulatory" AND "oncology nursing"	96	00	04	00	04	183
"Psychobiological need" AND "chemotherapy"	00	01	00	00	00	07
"Psychosocial need" AND "chemotherapy"	46	01	00	00	26	232
"Psycho-spiritual necessity" AND "chemotherapy"	00	00	00	00	00	00
"nursing" AND "nursing diagnosis" AND "chemotherapy"	219	09	149	00	41	1.690
"chemotherapy" AND "nursing diagnoses" AND "Ambulatory"	33	01	01	00	08	288
Total	394	12	154	00	79	2.400

apresentação dos resultados e apresentação da revisão.⁹

Este estudo foi guiado pela seguinte questão norteadora: quais são as publicações na literatura nacional e internacional acerca dos indicadores empíricos que indicam alterações nas necessidades humanas em pacientes oncológicos submetidos a quimioterapia ambulatorial? Por indicadores empíricos entende-se as manifestações observadas ou mensuradas que evidenciam no cliente necessidades humanas básicas afetadas.¹⁰ Assim, os indicadores empíricos indicam os sinais e sintomas importantes que indicam alterações nas necessidades humanas básicas em pacientes submetidos a quimioterapia ambulatorial.

A busca na literatura foi realizada nos portais de busca Periódicos Capes, Cinahl, LILACS, Biblioteca Cochrane, PubMed e Google Acadêmico. A busca ocorreu mediante a utilização dos descritores controlados contidos nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): enfermagem, processos de enfermagem, quimioterapia, enfermagem oncológica, diagnósticos de enfermagem, necessidades biológicas, necessidades psicossociais, necessidades espirituais. Foi usado o operador booleano "and" para a combinação dos descritores. O quadro 1 apresenta a síntese das estratégias de busca utilizadas e os resultados encontrados em cada portal pesquisado.

Os critérios utilizados para a seleção da amostra foram: artigos publicados na literatura nacional e internacional cujo foco tenha sido o estudo da construção e validação de instrumentos de coleta de dados para enfermagem, não sendo filtrado o ano de publicação. Foram excluídos os artigos que não atendiam

a estes critérios de inclusão e que, após leitura do título, resumo e artigo na íntegra, não respondiam à questão norteadora desta revisão. A figura 1 mostra o fluxograma do processo de seleção dos artigos que compuseram a amostra deste estudo.

Para a terceira etapa (extração de dados) foi desenvolvido um formulário de modo a facilitar a análise e caracterização dos artigos da amostra. Este continha as seguintes informações: tipo de publicação, autor(es), país/ano de publicação, idioma, objetivo principal do estudo, tipo de estudo e número de sujeitos participantes, conclusão e indicadores empíricos extraídos.⁹ Os dados foram analisados segundo os conteúdos apresentados pelos artigos, utilizando estatística descritiva. Foi avaliado o nível de evidência de cada estudo, de acordo com seu desenho metodológico. Os níveis de evidência variam de I a VII sendo:¹¹ nível 1 – meta-análise ou revisões sistemáticas; nível II – ensaio clínico randomizado controlado; nível III – ensaio clínico sem randomização; nível IV – estudos de coorte e de caso controle; nível V – revisões sistemáticas de estudos descritivos; nível VI – estudos descritivos; nível VII – opinião de especialistas.¹¹

Para apresentação dos resultados, os indicadores empíricos foram agrupados de acordo com os constructos de avaliação das NHB, seguindo o referencial teórico de Wanda Horta,⁷ e revisão das definições conceituais propostas por Benedet e Bub.¹²

RESULTADOS

Fizeram parte da amostra final do estudo 21 publicações. Destas, duas (9,5%) foram publicadas em

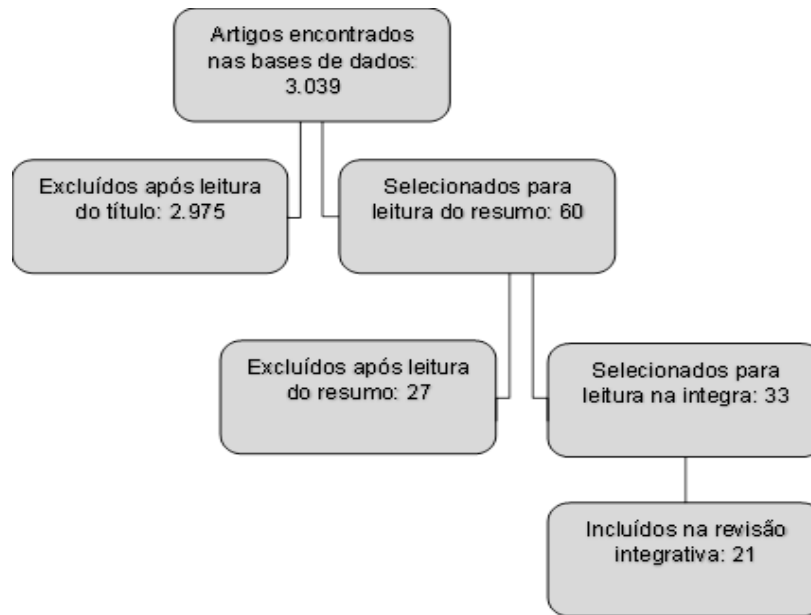


Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos artigos que compuseram a amostra deste estudo. Viçosa, Minas Gerais, Brasil, 2019.

2017,^{3,34} duas (9,5%) em 2016,^{14,35} quatro (19,3%) em 2015,^{17,22,32,36} duas (9,5%) em 2014,^{23,45} duas (9,5%) em 2013,^{37,43} três (14,3%) em 2012,^{15,33,42} três (14,3%) em 2011,^{39,40,44} uma (4,7%) em 2010,⁴¹ uma (4,7%) em 2007 e uma (4,7%) em 2000.^{31,38} Os dados mostram uma crescente produção acerca dos indicadores empíricos das necessidades humanas do paciente oncológico nos últimos cinco anos do período em referência (18 publicações no quinquênio, equivalente a 85,9% do total de artigos incluídos na revisão).

Quanto à origem dos estudos, dezessete (81,5%) foram realizados no Brasil,^{3,14,15,17,22,23,31-33,35,36,38,40,42-45} dois (9,5%) em Portugal,^{34,39} um (4,7%) no Japão e um (4,7%) na Coreia do Sul.^{37,41} No que se refere ao tipo de publicação, dezessete (81%) foram artigos,^{3,14-15,22-23,32-33,35,37-45} três (14,3%) dissertações de mestrado e uma (4,7%) tese de doutorado.¹⁷⁻³¹⁻³⁴⁻³⁶ Quanto ao idioma de publicação quinze (71,5%) foram redigidos no idioma português/Brasil,^{3,14-15,17,22,31-33,35,36,38,40-41,44-45} três (14,3%) em inglês,^{23,37,41} dois (9,5%) em português/Portugal e um (4,7%) em espanhol.^{34,39,42}

Quanto ao nível de evidência, dos 21 estudos incluídos na amostra, dezesseis (76,3%) pertenciam ao nível VI de evidência.^{3,15,22-23,31,35-45} Estes são estudos do tipo estudos descritivos. Quatro (19%) pertenciam ao nível V de evidência.^{14,32-34} Estes são estudos do tipo revisões sistemáticas de estudos descritivos. Um (4,7%) pertencia ao nível IV de evidência.¹⁶ Estes são estudos do tipo estudos de coorte e de caso controle.

Foram identificados 107 indicadores empíricos que representam os sinais e sintomas que indicam alterações nas necessidades humanas básicas de pacientes submetidos a quimioterapia ambulatorial e que devem direcionar a construção de instrumento de coleta de dados nesta população. Destes, 64 (59,81%)

referiam-se a indicadores de avaliação das necessidades psicobiológicas, 40 (37,38%) a indicadores de avaliação das necessidades psicossociais e 3 (2,81%) a indicadores de avaliação das necessidades psicoespirituais. Os resultados são apresentados nos quadros 2 e 3.

Quanto aos indicadores empíricos identificados na literatura como importantes de serem utilizados na avaliação das necessidades humanas básicas psicoespirituais em pacientes oncológicos identificou-se (N=03): interferência da fé/religião na saúde; interferência da fé/religião no enfrentamento da doença/sofrimento; presença de crença ou religião.^{4,15,35,39,41,44} Estes são definidos como as necessidades inerentes aos seres humanos e está vinculada àqueles fatores necessários para o estabelecimento de um relacionamento dinâmico entre as pessoas e um ser ou entidade superior com o objetivo de sentir bem-estar espiritual. Como, por exemplo, ter crenças relativas ao significado da vida. Cabe ressaltar que espiritualidade não é o mesmo que religião.

Não foram encontrados, na literatura consultada, indicadores empíricos que indicam alterações nos constructos recreação e lazer, liberdade e participação, espaço, criatividade das necessidades psicossociais. Quanto às necessidades psicobiológicas, não foram encontrados indicadores que mostrem alterações nos constructos cuidado corporal e ambiental, e segurança física e do meio ambiente.

DISCUSSÃO

O presente estudo foi designado para investigar na literatura nacional e internacional os indicadores empíricos que indicam alterações nas necessidades humanas do paciente oncológico submetidos a

Quadro 2: Indicadores Empíricos que indicam alterações nas Necessidades Humanas Básicas Psicobiológicas em pacientes oncológicos. Viçosa, 2019.

Constructo	Indicadores Empíricos identificados
<p>Regulação vascular (N = 14)</p> <p>É a necessidade do organismo de transportar e distribuir nutrientes vitais através do sangue para os tecidos e remover substâncias desnecessárias, com o objetivo de manter a homeostase dos líquidos corporais e a sobrevivência do organismo.</p>	<p>Alterações na pressão arterial; Anemia; Hemoptise; Hiperuricemia; Hipofosfatemia; Hipomagnessemia; Hiponatremia; Hipopotassemia; Leucopenia; Mielossupressão; Neutropenia; Presença de Edema; Presença de Linfedema; Trombocitopenia.^{15,17,31-34}</p>
<p>Alimentação (N = 05)</p> <p>É a necessidade de o indivíduo obter os alimentos necessários com o objetivo de nutrir o corpo e manter a vida.</p>	<p>Presença de distúrbios alimentares (Anorexia, desnutrição, obesidade, perda de peso); Queixas alimentares (disfagia, epigastralgia, náuseas, inapetência, xerostomia); Dificuldade de deglutição; Ingesta nutricional inadequada; Mudança de hábitos alimentares.^{3,14-15,17,31,33-41}</p>
<p>Atividade física (N = 05)</p> <p>É a necessidade de mover-se intencionalmente sob determinadas circunstâncias através do uso da capacidade de controle e relaxamento dos grupos musculares com o objetivo de evitar lesões tissulares (vasculares, musculares, osteoarticulares), exercitar-se, trabalhar, satisfazer outras necessidades, realizar desejos, sentir-se bem, etc.</p>	<p>Fadiga; Dificuldade para deambular; Limitações nas atividades de vida diária; Prejuízo à funcionalidade dos membros; Redução da capacidade funcional.^{3,15,17,31-32,34,35-42}</p>
<p>Eliminação (N = 05)</p> <p>É a necessidade do organismo de eliminar substâncias indesejáveis ou presentes e quantidades excessivas com o objetivo de manter a homeostase corporal.</p>	<p>Distúrbios na eliminação urinária (oligúria, poliúria, disúria, anúria); Distúrbios na eliminação intestinal (diarreia, flatos, constipação, incontinência fecal); Característica da Urina; Característica das Fezes; Uso de medicamento com potencial de Nefrotoxicidade.^{3,15,31,33-41}</p>
<p>Integridade física (N = 05)</p> <p>É a necessidade de o organismo manter as características de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso com o objetivo de proteger o corpo.</p>	<p>Presença de estomas; Lesão em mucosas; Lesão em rede venosa; Áreas de hiperpigmentação da pele; Integridade das membranas mucosas.^{31,34-35,38}</p>
<p>Oxigenação (N = 05)</p> <p>É a necessidade do organismo de obter o oxigênio através da ventilação, da difusão do oxigênio e dióxido de carbono entre os alvéolos e o sangue, do transporte do oxigênio para os tecidos periféricos e da remoção do dióxido de carbono; e da regulação da respiração com o objetivo de produzir energia (ATP) e manter a vida.</p>	<p>Ausculta respiratória; Características do escarro; Presença de dispneia; Presença de infecção respiratória; Presença de tosse.^{15,31,36-38}</p>
<p>Sexualidade (N = 05)</p> <p>É a necessidade de integrar aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser, com o objetivo de obter prazer e consumir o relacionamento sexual com um parceiro ou parceira e procriar.</p>	<p>Disfunção reprodutiva; Menopausa precoce; Prejuízos na vida sexual; Queixas na atividade sexual (Disfunção erétil, libido comprometida); Sintomas do climatério.^{22,31-33,36,40-43}</p>
<p>Percepção dos órgãos dos sentidos (N = 04)</p> <p>É a necessidade de o organismo perceber o meio através de estímulos nervosos com o objetivo de interagir com os outros e perceber o ambiente.</p>	<p>Dor; Percepção auditiva; Percepção tátil; Percepção visual Fotossensibilidade.^{3,14-15,17,31-37,40-41}</p>
<p>Hábitos de vida (N = 03)</p>	<p>Etilismo; Tabagismo; Uso de drogas.^{3,14-15,17,39}</p>

<p>Regulação neurológica (N = 03)</p> <p>É a necessidade do indivíduo de preservar e/ou restabelecer o funcionamento do sistema nervoso com o objetivo de coordenar as funções e atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento.</p>	<p>Estado Emocional; Nível de consciência; reflexos motores e sensoriais (tremores, tonturas, parestesias, paresias).^{3,14-15,17,22-23,31,33-41,43-44}</p>
<p>Terapêutica (N = 03)</p> <p>É a necessidade do indivíduo de buscar ajuda profissional para auxiliar no cuidado à saúde com o objetivo de promover, manter e recuperar a saúde.</p>	<p>Dependente do profissional de saúde para resolução de seus problemas; Necessidade de cuidados de apoio; Reações alérgicas.^{3,15,31,34-36,41,43}</p>
<p>Hidratação (N = 02)</p> <p>É a necessidade de manter em nível ótimo os líquidos corporais, compostos essencialmente pela água, com o objetivo de favorecer o metabolismo corporal.</p>	<p>Ingestão hídrica; Alterações no estado de hidratação.^{31,38}</p>
<p>Regulação térmica (N = 02)</p> <p>É a necessidade do organismo em manter a temperatura central (temperatura interna) entre 36° e 37,3° C, com o objetivo de obter um equilíbrio da temperatura corporal (produção e perda de energia térmica).</p>	<p>Presença de Febre; Presença de Calor.^{31,34,40}</p>
<p>Sono e repouso (N = 02)</p> <p>É a necessidade do organismo em manter, durante um certo período diário, a suspensão natural, periódica e relativa da consciência; corpo e mente em estado de imobilidade parcial ou completa e as funções corporais parcialmente diminuídas com o objetivo de obter restauração.</p>	<p>Alterações no sono (Insônia, sonolência durante o dia, incapacidade de repor as energias após o sono); Sono prejudicado.^{15,34,36-38,40-42}</p>
<p>Regulação: crescimento vascular (N = 01)</p> <p>É a necessidade do organismo em manter a manipulação celular e o crescimento tecidual dentro dos padrões da normalidade com o objetivo de crescer e desenvolver-se.</p>	<p>Alopécia.^{15,22,33-35,38-39,41,43}</p>

quimioterapia ambulatorial. Dos 107 indicadores empíricos identificados na literatura, 64 (59,81%) foram relacionados às necessidades humanas básicas psicobiológicas. Nesta necessidade, foi identificado 14 (21,8%) indicadores empíricos no constructo "regulação vascular". Este achado pode ser justificado pelo fato de que quase todos os agentes quimioterápicos são tóxicos ao sistema circulatório. A mielodepressão é um evento adverso comum e importante, com potencial de letalidade. Ademais, a imunossupressão predispõe o paciente oncológico a complicações infecciosas neutropênicas, que por sua vez influenciam no resultado da resposta quimioterapêutica. O grau e duração da neutropenia determina o risco de infecção, e a neutropenia induzida por quimioterapia está associada com a idade avançada, a ciclos de quimioterapia anteriores e doença disseminada.¹³ Assim, devido ao potencial hematotóxico das drogas quimioterápicas ser alto, é importante que, durante a coleta de dados, o

enfermeiro avalie os indicadores clínicos objetivos e relacionados à regulação vascular, a fim de acompanhar a evolução do paciente durante o seu tratamento.

No constructo "alimentação", foram identificados 5 (7,81%) indicadores empíricos que indicam alterações importantes de serem avaliadas no paciente oncológico. Estes achados são justificados por uma incidência de náusea durante o tratamento quimioterápico, que varia de 37% a 70%, tornando fundamental ao profissional de enfermagem oncológica o entendimento do potencial emético e das características deste evento adverso.¹⁴ Náuseas e vômitos durante a quimioterapia estão relacionados com o tratamento, o que inclui o regime antiemético instituído, o agente específico, a dose de quimioterapia, além da via e a velocidade de administração. As infusões intravenosas curtas induzem mais vômitos do que as infusões prolongadas ou os medicamentos administrados por via oral.¹⁴

Quadro 3: Indicadores Empíricos identificados na literatura que indicam alterações nas Necessidades Humanas Básicas Psicossociais em pacientes oncológicos. Viçosa, 2019.

Constructo	Indicadores Empíricos identificados
<p>Segurança emocional (N = 19)</p> <p>É a necessidade de confiar nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si com o objetivo de sentir-se seguro emocionalmente.</p>	<p>Diminuição do bem-estar emocional; Embotamento afetivo; Estado de choque; Expectativa de melhora; Experiência de estigma; Insegurança em relação à qualidade de vida futura; Insegurança quanto à possibilidade de recidiva ou diagnóstico de um novo câncer; Pensamento suicida; Sensação de impotência; Sentimento de culpa; Sentimento de esperança; Sentimento de fracasso; Sentimento de indignação; Sentimento de medo; Sentimento de raiva; Sentimento de tristeza; Sentimento de vergonha; Sofrimento; Temor às mutilações e desfigurações.^{15,23,31-37,39,41,43-44}</p>
<p>Gregária (N = 07)</p> <p>É a necessidade do indivíduo de viver em grupo com o objetivo de interagir com os outros e realizar trocas sociais.</p>	<p>Conflito familiar; Dependência de outros; Desamparo familiar; Dificuldade de interação social; Tendência a isolamento social; Satisfação conjugal; Sentimento de solidão.^{14-15,22,32-34,36,39-40,43-44}</p>
<p>Amor, aceitação (N = 04)</p> <p>É a necessidade de ter sentimentos e emoções em relações às pessoas em geral com o objetivo de ser aceito e integrado aos grupos, de ter amigos e família.</p>	<p>Autoimagem ou auto aceitação prejudicada; Distanciamento dos sentimentos; Negação da doença; Rejeição do (a) parceiro (a).^{15,33,35-36,39-40,44}</p>
<p>Auto Realização (N = 04)</p> <p>É a necessidade de realizar o máximo com suas capacidades físicas, mentais, emocionais e sociais com o objetivo de ser o tipo de pessoa que deseja ser.</p>	<p>Capacidade de desempenhar suas atividades laborais; Dificuldades financeiras; Impacto da doença nas atividades de vida diária; Impacto da doença na qualidade de vida.^{17,31,33-40,42,44}</p>
<p>Autoestima, autoconfiança e autor respeito (N = 02)</p> <p>É a necessidade do indivíduo de sentir-se adequado para enfrentar os desafios da vida, de ter confiança em suas próprias ideias, de ter respeito por si próprio, de se valorizar, de se reconhecer merecedor de amor e felicidade, de não ter medo de expor suas ideias, desejos e necessidades, com o objetivo de obter controle sobre a própria vida, de sentir bem-estar psicológico e de perceber-se como centro vital da própria existência.</p>	<p>Nível de Autonomia; Nível da autoestima.^{15,22,32-36,38,43}</p>
<p>Comunicação (N = 02)</p> <p>É a necessidade de enviar e receber mensagens utilizando linguagem verbal (palavra falada e escrita) e não verbal (símbolos, sinais, gestos, expressões faciais), com objetivo de interagir com os outros.</p>	<p>Capacidade de comunicação efetiva com os profissionais de saúde; rouquidão.^{23,34-35}</p>
<p>Educação para a saúde/aprendizagem (N = 02)</p> <p>É a necessidade de adquirir conhecimento e/ou habilidade para responder a uma situação nova ou já conhecida com o objetivo de adquirir comportamentos saudáveis e manter a saúde.</p>	<p>Nível de conhecimento sobre a doença; Nível de conhecimento sobre o tratamento.^{22-23,34,38,41,43}</p>

No constructo "atividade física", identificou-se 5 (7,81%) indicadores empíricos na literatura que indicam alterações importantes de serem avaliadas no paciente oncológico. Dentre os indicadores, a fadiga em pacientes oncológicos tem sido atribuída a diversas causas, tais como a competição entre o organismo e o tumor por nutrientes, os efeitos deletérios da quimioterapia e da radioterapia, e a ingestão nutricional inadequada associada a náusea e vômitos decorrentes da terapêutica antineoplásica.¹⁵ Por tanto, avaliar a fadiga é crucial para identificação dos fatores preditivos, e identificar pacientes fadigados é um desafio, pois fadiga é um sintoma complexo, multidimensional e subjetivo.¹⁵

No constructo "sexualidade", foram identificados 5 (7,81%) indicadores que indicam alterações importantes de serem avaliadas em pacientes oncológicos. Tais achados retratam as experiências difíceis ao tratamento quimioterápico. Sintomas como a pré-menopausa são descritos como consequências do tratamento, e 1/3 dos pacientes experimentam graves sintomas depressivos, enquanto alguns tendem a ter sentimentos de irritabilidade,¹⁶ o que pode influenciar nas atividades sexuais.

No constructo "percepção dos órgãos de sentidos", foram identificados 4 (6,25%) indicadores que demonstram alterações importantes de serem avaliadas no paciente oncológico, e estes estão relacionados a avaliação da dor, percepção auditiva, percepção tátil e percepção visual. Os relatos de sensações anormais nas mãos e diminuição ou alteração do tato são frequentes em pacientes com câncer durante tratamento com quimioterapia neurotóxica, o que torna este fenômeno interessante para a prática do enfermeiro.¹⁷ A percepção da dor em pacientes oncológicos é um fenômeno subjetivo sendo uma combinação de fatores, que podem vir de várias partes do corpo ou como um resultado de terapia e procedimentos realizados incluindo cirurgia, quimioterapia, radioterapia.¹⁷

No constructo "terapêutica", foram identificados 3 (4,68%) indicadores que apontam alterações importantes de serem avaliadas, sendo estes: dependência do profissional de saúde para resolução de seus problemas; necessidade de cuidados de apoio; reações alérgicas. A prevenção da ocorrência de efeitos colaterais evita ou minimiza eventos adversos. O reconhecimento precoce da toxicidade das drogas ajuda a alterar o curso da terapia e diminuir os efeitos tóxicos.¹³ Assim, reforça-se a necessidade de o enfermeiro identificar, na admissão do paciente, as suas necessidades terapêuticas, o conhecimento do paciente sobre as mesmas, de forma a incluir no plano de cuidados intervenções voltadas à redução de danos ao paciente.

No constructo "hábitos de vida", foram identificados 3 (4,68%) indicadores que mostram alterações importantes de serem avaliados ao paciente oncológico. São estes: etilismo; tabagismo; e uso de

drogas. A associação entre tabagismo e uso de álcool é um fator de risco para o desenvolvimento do câncer. O tabaco e álcool representam cerca de 51% das causas de câncer no Estados Unidos, 84% da doença na Europa e 83% da doença na América Latina.¹⁸ Este achado reforça a necessidade de uma avaliação pelo profissional de enfermagem acerca destas condições, visando o planejamento de intervenções que reduzam os agravos decorrentes destes hábitos.¹⁹

Dos 107 indicadores empíricos identificados na literatura, 40 (37,38%) foram relacionados a alterações importantes das necessidades humanas básicas psicossociais. Nesta necessidade, o constructo "segurança emocional", apresentou 19 (47,5%) indicadores importantes que devem ser levados em conta na avaliação do paciente oncológico. O diagnóstico de uma neoplasia provoca intenso sofrimento físico e psíquico e deflagra um processo de transição psicossocial cujo desfecho pode ser imprevisível. Ele está relacionado também a perdas de sonhos e planos para o futuro, bem como à quebra da crença irracional de que doenças fatais só acontecem com os outros.²⁰⁻²¹ Desta forma, alterações psicossociais são comuns em pacientes acometidos por pelo câncer, em virtude dos sentimentos de incerteza quanto ao sucesso do tratamento, à possibilidade de recorrência da doença, além dos sentimentos negativos decorrentes das alterações corporais e medo da morte.²²

No constructo "gregária", foram identificados 7 (17,5%) indicadores que indicam alterações importantes de serem avaliadas no paciente oncológico. A partir do diagnóstico, alterações físicas e psicológicas tornam-se evidentes e extremamente impactantes no contexto familiar, mesmo com a maior disponibilidade de tratamentos eficazes e do aumento significativo das taxas de sobrevivência nos últimos anos.²³ O luto antecipatório causa elevado grau de sofrimento dos familiares depreciando sua qualidade de vida resultando em morbidades psicológicas, pois vivenciam uma sensação de que receberam uma sentença de morte, devido à representação social que ainda cerca essa doença.²⁰ Assim, destaca-se a importância do reconhecimento da díade indivíduo-família como paciente, para que os familiares obtenham informações concretas sobre o diagnóstico e tratamento. Estas informações podem ser utilizadas como subsídio para o enfrentamento da doença e empoderamento, resultando em maior segurança e menor ansiedade no cuidado aos pacientes e desempenham um papel mais ativo no tratamento.²⁴

O construto "amor e aceitação", representou 4 (10%) dos indicadores psicossociais que indicam alterações importantes de serem avaliadas no paciente oncológico. São estes: autoimagem ou autoaceitação prejudicada; distanciamento dos sentimentos; negação da doença; rejeição do(a) parceiro(a). O diagnóstico de câncer traz com si o sofrimento e a ansiedade, estes atuam como fator estressor interferindo na vida particular e social do paciente em decorrência de estigmas

associados ao sofrimento e a morte, pois o simples fato de pronunciar a palavra gera desconforto.^{22,25-26} O apoio familiar diminui a carência emocional, propicia um comportamento estável e fortalece o processo de aceitação do diagnóstico. Permitindo assim, que o paciente encontre força para lidar com suas alterações emocionais, gerando segurança, apoio, estabilidade emocional e o estimulando a lutar pela vida.²⁷

No constructo "auto realização", foram identificados 4 (10%) indicadores que demonstram alterações importantes de serem avaliadas no paciente oncológico. O diagnóstico positivo de câncer expõe o paciente ao enfrentamento de conflitos pessoais e interpessoais, mudanças em suas práticas diárias laborais e familiares, medo e sensação de fracasso, o que exige sua adaptação a esta nova etapa na vida. Estas transformações advindas com o câncer podem dar um novo significado existencial, com a valorização de aspectos antes não observados.²⁸ Assim, pacientes oncológicos experimentam alguma forma de estigma, pois os efeitos colaterais adversos interrompem suas vidas diárias e podem interferir em suas interações sociais.¹⁶

O constructo "educação para a saúde/aprendizagem", representou 2 (5%) dos indicadores psicossociais que indicam alterações importantes a serem avaliados no paciente oncológico, sendo estes: nível de conhecimento sobre a doença; nível de conhecimento sobre o tratamento. Os profissionais de saúde devem oferecer informações consistentes aos pacientes, especialmente sobre o gerenciamento dos efeitos colaterais adversos da quimioterapia no seu regresso a casa.¹⁶ Assim torna-se importante o empoderamento do paciente com câncer, incluindo-o no processo de cuidado. Ações como estas reduzem a ansiedade, possibilitam a aquisição de confiança e melhoram a adesão às/ao orientações/tratamento.²⁹

Dos 107 indicadores empíricos identificados na literatura, 3 (2,8%) foram relacionados à avaliação das necessidades humanas básicas psicoespirituais, sendo estes: interferência da fé/religião na saúde; interferência da fé/religião no enfrentamento da doença/sofrimento; presença de crença ou religião. A presença da espiritualidade no processo de adoecer por câncer vem sendo cada vez mais estudada, e evidências apontam que ela contribui positivamente ao paciente no enfrentamento da enfermidade e em sua qualidade de vida. Sendo assim a espiritualidade representa uma fonte de apoio que possibilita às pessoas sentirem-se mais amparadas, confiantes, esperançosas e motivadas.³⁰

CONCLUSÃO

Foram identificados 107 indicadores empíricos na literatura que indicam alterações nas necessidades humanas básicas em pacientes oncológicos. Destes, 64 (59,8%) referiam-se a indicadores que indicam

alterações nas necessidades psicobiológicas, 40 (37,3%) a indicadores das necessidades psicossociais e três (2,7%) às necessidades psicoespirituais.

Uma limitação do estudo foi a carência de publicações na área, sendo necessário o desmembramento das necessidades humanas básicas para a coleta de estudos que abordassem a temática desta revisão. Este achado aponta para a necessidade de pesquisas futuras que utilizem a teoria das necessidades humanas básicas como referencial teórico de cuidado a pacientes submetidos a quimioterapia ambulatorial, de modo a avaliar a aplicabilidade desta teoria neste cenário de cuidado. Dentre as limitações dos estudos incluídos nesta revisão, destaca-se o baixo nível de evidência/grau de recomendação, o que aponta para a necessidade de elaboração de estudos com maior rigor metodológico para pesquisas futuras. Não obstante, ressalta-se que este estudo foi um importante ponto de partida para direcionar a construção de um instrumento de coleta de dados para avaliação de pacientes oncológicos em quimioterapia ambulatorial.

Estudos no contexto de cuidado ambulatorial vão ao encontro dos esforços internacionais de aprimorar as atividades do enfermeiro nessa especialidade. No cenário nacional, a oncologia ambulatorial requer estudos para aprimorar o saber do enfermeiro, com vistas ao cuidado fundamentado em evidências científicas.

Espera-se que a utilização de um Instrumento de Coleta de Dados direcionado a enfermagem e embasado na teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta permita ao enfermeiro avaliar as necessidades desta clientela, possibilitando um planejamento de intervenções individualizadas ao paciente oncológico em terapia antineoplásica ambulatorial.

REFERÊNCIAS

1. Souza MAR, Wall ML, Chaves ACM, Lima DM, Santos BA. Poder vital e o legado de Florence Nightingale no processo saúde/doença: revisão integrativa. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online*. 2017; 9(1):297.
2. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 358, de outubro de 2009. Sistematização da Assistência de Enfermagem e implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados. Brasília: 2009.
3. Rodrigues SMN. Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para pacientes onco-hematológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial. [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2017.
4. Instituto Nacional do Câncer (BR). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

5. Bonassa EMA, Gato MIR. *Terapêutica Oncológica para enfermeiros e farmacêuticos*. 4th. São Paulo: Atheneu; 2012.
6. Souza RM, Santo FHE. Histórico de enfermagem para clientes oncohematológico hospitalizados: revisão integrativa de literatura. *J Nurs UFPE / Rev Enferm UFPE [Internet]*. 2013; 7(2):608-18.
7. Tannure MC, Pinheiro AM. *SAE: sistematização da assistência de enfermagem: guia prático*. 2th. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
8. Nascimento LKAS, Medeiros ATN, Saldanha EA, Tourinho FSV, Santos VEP, Lira ALBC. Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012; 33(1):177-85.
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Context - Enferm*. 2008; 17(4):758-64.
10. Souza APMA, Soares MJG, Nóbrega MML. Indicadores empíricos para a estruturação de um instrumento de coleta de dados em unidade cirúrgica. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2009; 11(3):501-8.
11. Galvão CM. Níveis de evidências [editorial]. *Acta Paul Enferm [Internet]*. 2006; 19(2):V.
12. Benedet SA, Bub MBC. *Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas e na classificação diagnóstica da NANDA*. 2th. Florianópolis: Bernúncia; 2001.
13. Belachew SA, Erku DA, Mekuria AB, Gebresillassie BM. Pattern of chemotherapy-related adverse effects among adult cancer patients treated at Gondar university referral hospital, Ethiopia: a crosssectional study. *Drug Healthc Patient Saf*. 2016; 8:83-90.
14. Moysés AMB, Durant LC, Almeida AM, Gozzo TO. Revisão integrativa dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem náusea na quimioterapia antineoplásica. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016; 24.
15. Mansano-Schlosser TC, Ceolim MF. Fadiga em idosos em tratamento quimioterápico. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(4):623-9.
16. Suwankhong D, Liamputtong P. Physical and emotional experiences of chemotherapy: A qualitative study among women with breast cancer in Southern Thailand. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2018; 19(2):521-8.
17. Cardoso, ACLR. *Percepção sensorial tátil perturbada em pacientes oncológicos sob quimioterapia: análise da literatura e validação clínica*. 2015. [Dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
18. Viner B, Barberio AM, Haig TR, Friedenreich CM, Brenner DR. The individual and combined effects of alcohol consumption and cigarette smoking on site-specific cancer risk in a prospective cohort of 26,607 adults: results from Alberta's Tomorrow Project. *Cancer Causes Control [Internet]*. 2019; 30(12):1313-26.
19. 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*. 2018; 71(4):1899-906.
20. Silva BCA, Santos MA, Oliveira-Cardoso ÉA. Vivências de familiares de pacientes com câncer: revisitando a literatura. *Rev. SPAGESP*. 2019; 20(1):140-53.
21. Ambrósio DCM, Santos MA. Apoio social à mulher mastectomizada: um estudo de revisão. *Cienc e Saude Coletiva*. 2015; 20(3):851-64.
22. Otani MAP, Barros NF, Marin MJS. A experiência do câncer de mama: percepções e sentimentos. *Rev Baiana Enfermagem*. 2015; 29(3):229.
23. Souza BF, Moraes JA, Inocenti A, Santos MA, Silva AEBC, Miasso AI. Women with breast cancer taking chemotherapy: Depression symptoms and treatment adherence. *Rev Lat Am Enferm*. 2014; 22(5):866-73.
24. Fernandes AFF, Silva SS, Tacla MTGM, Ferrari RAP, Gabani FL. Informações aos pais: um subsídio ao enfrentamento do câncer infantil cancer. *Semin Ciênc Biol Saúde*. 2018; 39(2):145-52.
25. Costa ID, Santos DHO, Silva VM, Chaves CMCM, Silva FC, Pernambuco AP. Utilização de um core set da cif para a descrição da atividade e participação de mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico para o câncer de mama. *Rev Interdiscip Ciências Médicas*. 2018; 1(2):4-14.
26. Mardani-Hamoolah M, Heidari H. Cancer patients' effort to return to normal life: a hermeneutic study. *Scand J Caring Sci*. 2017; 31(2):351-8.
27. Conde CR, Lemos TMR, Pozati MPS, Pereira ML SM. A repercussão do diagnóstico e tratamento do câncer de mama no contexto familiar. *Rev Uningá*. 2016; 47:95-100.
28. Salci MA, Marcon SS. Enfrentamento do câncer em família. *Texto e Context Enferm*. 2011; 20(spec):178-86.
29. Tolentino GS, Bettencourt AR de C, Fonseca SM da. Construção e validação de instrumento para consulta de enfermagem em quimioterapia ambulatorial. *Rev Bras Enferm*. 2019; 72(2):409-17.
30. Birk NM, Girardon-Perlini NMO, Lacerda MR, Terra MG, Beuter

- M, Martins FC. Percepção de mulheres com câncer de mama sobre o cuidado de Enfermagem à espiritualidade/Perception of women with breast cancer about the care of Nursing to spirituality. *Ciência, Cuid e Saúde*. 2019; 18(1):1-9.
31. Salvadori, AM. Desenvolvimento de instrumento de coleta de dados para pacientes com câncer de pulmão em quimioterapia ambulatorial. [Dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas; 2007.
32. Brandão T, Mena Matos P. Efficacy of psychological group interventions for women with breast cancer: a systematic review. *Rev Port Saude Publica*. 2015; 33(1):98-106.
33. Almeida TR, Guerra MR, Filgueiras MST. Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. *Physis*. 2012; 22(3):1003-29.
34. Mello ASM. A potência do encontro: o impacto da intervenção dos palhaços de hospital em crianças e adolescentes submetidos a tratamento de quimioterapia. [Tese]. Portugal: Universidade do Minho; 2017.
35. Soratto MT, Silva DM, Zugno PI, Daniel R. Espiritualidade e resiliência em pacientes oncológicos. *Saúde e Pesqui*. 2016; 9(1):53.
36. Oliveira CP. Estudo prospectivo de fatores preditivos de qualidade de vida em pacientes com câncer de colón e reto. [Dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/Faculdade de Psicologia/Programa de Pós-Graduação em Psicologia; 2015.
37. Nakaguchi T, Okuyama T, Uchida M, Ito Y, Komatsu H, Wada M et al. Oncology nurses' recognition of supportive care needs and symptoms of their patients undergoing chemotherapy. *Jpn J Clin Oncol*. 2013; 43(4):369-76.
38. Gutiérrez MG, Adami NP, Castro RA, Fonseca SM. Natureza e classificação das intervenções de enfermagem em ambulatório de quimioterapia de adultos. *Rev Lat-Am Enferm*. 2000; 8(3):33-9.
39. Silva S, Bettencourt D, Moreira H, Canavarro MC. Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto factores de risco/protecção. *Rev Port Saude Publica*. 2011; 29(1):64-76.
40. Nicolussi AC, Sawada NO. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. *Rev Gaucha Enferm*. 2011; 32(4):759-66.
41. Shim EJ, Lee KS, Park JH, Park JH. Comprehensive needs assessment tool in cancer (CNAT): the development and validation. *Support Care Cancer*. 2011; 19(12):1957-68.
42. Silva PDO, Gorini MIPC. Validación de las características definidoras del diagnóstico de enfermeira fatiga, en pacientes oncológicos. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012; 20(3).
43. Freire MSS, Nery IS, Silva GRF, Luz MHB, Rodrigues Iellen DCV, Santos LNM. Cuidado de enfermagem à mulher com câncer de mama embasado na teoria do relacionamento interpessoal. *Rev Enferm UFPE*. 2013.
44. Guerrero GP, Zago MMF, Sawada NO, Pinto MH. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(1):53-9.
45. Rocha PT, Dias OV, Rocha JFD. A influência da espiritualidade e da religiosidade no tratamento da pessoa com câncer. 8º Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão da Unimontes. 2014.