



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**THACIANE ALVES MOTA**

**NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS AFETADAS NA PESSOA IDOSA EM  
CUIDADOS PALIATIVOS: *SCOPING REVIEW***

SALVADOR

2020

**THACIANE ALVES MOTA**

**NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS AFETADAS NA PESSOA IDOSA EM  
CUIDADOS PALIATIVOS: *SCOPING REVIEW***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa (Controle e Reabilitação de Agravos em Grupos Humanos).

**Orientador:** Prof. Dr. Rudval Souza da Silva

SALVADOR

2020

## FICHA CATALOGRÁFICA

M917 Mota, Thaciane Alves Mota.  
Necessidades Humanas Básicas afetadas na pessoa idosa em Cuidados Paliativos: Scoping Review /Thaciane Alves Mota. – Salvador, 2020.  
95. : il.

Orientador: Prof. Dr. Rudval Souza da Silva.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem/Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, 2020.  
Inclui referências e anexos.

1. Idoso 2. Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde.  
3. Cuidados de Enfermagem. 4. Cuidados Paliativos  
I. Universidade Federal da Bahia. II. Título.

CDU 616-083

**THACIANE ALVES MOTA**


**NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS AFETADAS NA PESSOA IDOSA EM  
CUIDADOS PALIATIVOS: SCOPING REVIEW**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa (Controle e Reabilitação de Agravos em Grupos Humanos).

**Aprovada em 14 de outubro de 2020**

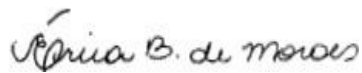
**BANCA EXAMINADORA**

Rudval Souza da Silva – Orientador



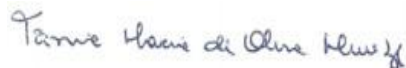
Doutor em Enfermagem - Professor da Universidade do Estado da Bahia e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde/UFBA

Erica Brandão de Moraes - Primeira examinadora



Doutora em Ciências - Professora da Universidade Federal Fluminense

Tânia Maria de Oliva Menezes - Segunda examinadora



Doutora em Enfermagem - Professora da Universidade Federal da Bahia

Magna Santos Andrade - Suplente

Doutora em Saúde na Comunidade - Professora da Universidade do Estado da Bahia

## **DEDICATÓRIA**

Á minha vó materna Maria do Carmo Alves e Silva, e avós paternos Julieta de Oliveira Mota e José  
Ribeiro Lopes.

## RESUMO

MOTA, Thaciane Alves. Necessidades humanas básicas afetadas na pessoa idosa em cuidados paliativos: *Scoping review*. 2020, p 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde). Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2020.

Por estarem em constante mudança, às Necessidades Humanas Básicas da pessoa idosa precisam ser priorizadas e atendidas, levando em consideração a sua individualidade. As NHB representam um conjunto de dimensões do ser humano, cujas funções podem ser traduzidas pela busca do necessário. Estas podem ser identificadas em qualquer estado em que a pessoa idosa com doença crônica se encontre, assim como, o necessário pode ser considerado a partir de qualquer ponto do espaço. Este estudo propõe-se em identificar as evidências científicas sobre as necessidades humanas básicas afetadas na pessoa idosa em cuidados paliativos, através do estudo de revisão sistemática do tipo *Scoping Review*, em conformidade com as recomendações propostas pelo *Joanna Briggs Instituto* (JBI). A coleta e seleção da amostra ocorreram em quatro etapas, adotando-se o método PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta- Analyses extension for Scoping Reviews*). As buscas ocorreram em seis bases de dados, a saber: CINAHL, MEDLINE, LILACS, IBECs, Web of Science e Scopus. Para a seleção da amostra foi adotada a estratégia PCC, na qual P representou a população alvo: pessoa idosa; C o conceito de Necessidades Humanas Básicas e, C representando o contexto dos Cuidados Paliativos nos distintos cenários. O corpus da pesquisa contou com 53 artigos publicados nos anos de 2009 a 2019, de modo que os dados extraídos foram mapeados num quadro conforme recomendado pela JBI e as informações geradas foram representadas em forma de figura com as 17 NHB evidenciadas. Observa-se o predomínio das NHB do nível psicossocial, com destaque para as necessidades de minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas presentes em quarenta e um dos artigos analisados. Os resultados foram discutidos com base no aporte teórico das NHB proposto por Wanda Horta. A percepção das NHB afetadas na pessoa idosa em palição contribuirá para melhor plano de cuidados na assistência aos pacientes que estão morrendo com a progressão e agravamento da doença crônica. A inclusão dos pacientes e dos familiares no planejamento do cuidado é uma estratégia que leva a aproximação com os profissionais de saúde, pode facilitar a identificação das NHB e, conseqüentemente, contribuir na tomada de decisão frente ao diagnóstico, prognóstico, desejos com relação ao processo de morrer e até ao ritual pós morte, e melhorar o gerenciamento dos sintomas comuns nesse processo de agravamento.

**Palavras-chave:** Idoso. Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde. Cuidados de Enfermagem. Cuidados paliativos.

## ABSTRACT

MOTA, Thaciane Alves. Basic human needs affected by the elderly in palliative care: *scoping review*. 2020, p 95f. Dissertation (Master's in Nursing) Postgraduate Program in Nursing and Health, Federal University of Bahia, Salvador, 2020.

Because they are constantly changing, the Basic Human Needs of the elderly person must be prioritized and met, taking into account their individuality. NHBs represent a set of dimensions of the human being, whose functions can be translated by the search for what is necessary. These can be identified in any state in which the elderly person with a chronic disease is, as well as, what is necessary can be considered from any point in space. This study aims to identify the scientific evidence on the basic human needs affected in the elderly in palliative care, through the study of systematic review of the type Scoping Review, in accordance with the recommendations proposed by the Joanna Briggs Institute (JBI). The collection and selection of the sample took place in four stages, adopting the PRISMA- ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) method. The searches took place in six databases, namely: CINAHL, MEDLINE, LILACS, IBECs, Web of Science and Scopus. For the selection of the sample, the PCC strategy was adopted, in which P represented the target population: elderly person; C the concept of Basic Human Needs and, C representing the context of Palliative Care in different scenarios. The research corpus had 53 articles published in the years 2009 to 2019, so that the extracted data were mapped in a table as recommended by JBI and the information generated was represented in figure form with the 17 NHB evidenced. There is a predominance of NHB at the psychosocial level, with emphasis on the needs to minimize their anxiety, sadness and uncertainties present in forty-one of the analyzed articles. The results were discussed based on the theoretical contribution of NHB proposed by Wanda Horta. The perception of NHB affected in the palliative elderly person will contribute to a better care plan in assisting patients who are dying with the progression and worsening of the chronic disease. The inclusion of patients and family members in care planning is a strategy that leads to getting closer to health professionals, can facilitate the identification of NHB and, consequently, contribute to decision making regarding the diagnosis, prognosis, wishes regarding the process dying and even the post-mortem ritual, and improving the management of common symptoms in this worsening process.

**Keywords:** Elderly. Determination of Health Care Needs. Nursing care. Palliative care.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Fluxograma do Protocolo para Scoping Review .....	39
<b>Figura 2</b> - Modelo de quadro para extração de dados dos estudos selecionados.....	42
<b>Figura 3</b> - Processo da identificação dos artigos, adaptado do Fluxograma PRISMA.....	44
<b>Figura 4</b> - Gráfico da Explosão Solar das Necessidades Humanas Básicas mais afetadas na pessoa idosa em cuidados paliativos.....	59



## LISTA DE SIGLAS

- ABCP – Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
- ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos
- B – Needs – *Being Needs*
- CINAHL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*
- CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- CTEE – Centro de Tecnologia Educacional de Enfermagem
- D-needs – *Deficit needs*
- DeCS – Descritores em Ciência da Saúde
- IAHPC – *International Association for Hospice & Palliative Care*
- IBECS – *Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde*
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ILPI – Instituição de Longa Permanência para idosos
- JBI – *Joanna Briggs Instituto*
- LILACS – *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*
- MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
- MeSH – *Medical Subject Headings*
- NHB – Necessidades Humanas Básicas
- TNHB – Teoria das Necessidades Humanas Básicas
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PCC – População Conceito e Contexto
- PPGEnf – Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem
- PRISMA-ScR – *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*
- SUS – Sistema Único de Saúde
- USP – Universidade de São Paulo
- UFBA – Universidade Federal da Bahia
- WHO – *World Health Organization*
- WPCA – *Worldwide Palliative Care Alliance*

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
2.1 Doenças crônicas não transmissíveis e o impacto na saúde na pessoa idosa em cuidados paliativos.....	15
2.2 Origem e cenário atual dos cuidados paliativos .....	17
2.3 A equipe interdisciplinar e a assistência a pessoa idosa em cuidados paliativos .	21
2.4 Necessidades Humanas Básicas na pessoa idosa com doença crônica em cuidados paliativos .....	24
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>28</b>
3.1 Teoria das Necessidades Humanas Básicas segundo Wanda Horta .....	28
<b>4 MÉTODO .....</b>	<b>37</b>
4.1 Tipo de estudo.....	37
4.2 Scoping Review segundo o JBI .....	38
4.3 Local do Estudo .....	40
4.4 Questão de pesquisa .....	40
4.5 Critérios de inclusão e exclusão.....	40
4.6 Coleta de dados e amostra.....	41
4.7 Estratégias de buscas.....	41
4.8 Bases de dados .....	42
4.9 Seleção dos estudos .....	42
4.10 Análise dos dados .....	43
4.11 Aspectos Éticos da Pesquisa .....	43
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>44</b>
5.1 Busca e seleção dos estudos.....	44
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>60</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>76</b>

## SUMÁRIO

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>93</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento traz consigo transformações importantes no perfil de saúde na pessoa idosa, ocasionando o aparecimento de uma ou mais doenças crônicas. Essas doenças, ao longo do tempo, levam a disfunções hemodinâmicas e metabólicas, além de repercutir negativamente nas questões emocionais, sociais e espirituais na pessoa que adoece. As mudanças nas funções fisiológicas que permeiam o adoecimento levam ao comprometimento das Necessidades Humanas Básicas (NHB) desses indivíduos (GRIGORIES *et al.*, 2018; STEINHAUSER *et al.*, 2017).

Pessoas idosas com NHB alteradas tem maior propensão de necessitar de ajuda para desenvolver atividades básicas, a exemplo da manutenção da higiene, da alimentação, do repouso, dentre outras. Além disso, vivenciam constantemente longos períodos de internação, devido à alta prevalência de sintomas causados pelo processo de adoecimento e das necessidades não atendidas, o que afeta negativamente a qualidade de vida e independência destas pessoas (GARDNER *et al.*, 2019).

Estudos realizados por Buzgova e colaboradores (2016) revelam que as NHB mais afetadas nos idosos têm relação com o gerenciamento da dor, com a fadiga, a tristeza, a comunicação, a interação social, a participação de atividades religiosas e com o medo da morte. Essas necessidades afetadas podem se manifestar de diferentes maneiras e sofrem influência de possíveis fatores sociais, econômicos, culturais e comportamentais.

De acordo com a classificação de Horta (2011), adaptada à Hierarquia de Abraham Maslow, o ser humano tem necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, que estão relacionadas entre si e fazem parte de um todo indivisível. Por serem comuns a todos os seres humanos, essas necessidades se diferenciam pela forma como se manifestam e pela maneira como serão atendidos por profissionais da saúde.

As NHB do nível psicobiológico tem estreita relação com o corpo físico da pessoa, tais como oxigenação, alimentação, eliminação, sono e repouso. Com relação às NHB do nível psicossocial, cada pessoa pode apresentar manifestações de ansiedade noturna, tristezas e medo relacionado à morte. Assim como expressões de interação e apoio da família, amigos, grupos de apoio, necessidade de autoestima, que podem estarem afetadas diante das mudanças na aparência, resultantes das limitações da doença crônica. Por último, o nível psicoespiritual é representado por necessidades relacionadas a crença e seguimento de uma religião, assim como por princípios éticos e teológico, marcados também por expressões da espiritualidade de cada ser (LEOPARDI, 2006; LANCKER *et*

*al.*, 2016). Por estarem em constante mudança, às NHB devem ser priorizadas e atendidas, levando em consideração a individualidade de cada pessoa que as expressa.

Diante da identificação de que as NHB estão afetadas e na presença das implicações que a doença crônica impõe, a pessoa idosa é frequentemente acometida por uma diminuição da capacidade funcional e cognitiva, desse modo que esta requer cuidados ativos, que possibilitem uma melhor qualidade de vida. Assim cabe discutir a filosofia dos cuidados paliativos com o objetivo de proporcionar esse cuidado e de promover a autonomia, independência e melhora na qualidade de vida na pessoa idosa em palição (DUARTE *et al.*, 2015).

Os cuidados paliativos têm como princípio oferecer um cuidado integral com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos diagnosticados com doenças sem cura, através da prevenção e alívio do sofrimento do paciente e sua família (WPCA, 2014).

A palição deve atender ao paciente crônico e sua família, permitindo um cuidado até o final, assim como a assistência não se encerra com a morte do paciente, mas, se estende no apoio ao luto da família, pelo período que for necessário. A abordagem paliativa deve ofertar uma assistência de qualidade, para ajudar o paciente a viver tão ativamente quanto possível até o seu processo de finitude (SILVA, 2016).

Nos últimos anos, algumas medidas têm sido discutidas para melhorar a compreensão sobre a assistência ao paciente em processo de morrer e morte, entre elas estão: reconhecer as particularidades das distintas dimensões física, social, emocional e espiritual no planejamento dos cuidados, a interdisciplinaridade do trabalho em equipe de cuidados paliativos, a abordagem precoce associada à terapia modificadora da doença e a promoção da autonomia no final da vida (POTEMKOWSKI *et al.*, 2017).

Entre as medidas supramencionadas, podemos destacar a identificação das NHB na pessoa idosa em palição, respeitando a sua individualidade. A percepção destas é fundamental para o planejamento do cuidado e a sua satisfação visa promover um cuidado ativo e integral. Pensando em discutir tais necessidades e um plano de cuidados individualizado, entende-se que a Enfermagem como uma ciência que tem por objeto de estudo o cuidado e que busca promover meios para a satisfação das NHB, durante os eventos que implicam em diminuição e perda da saúde, assume-se os estudos de Horta (2011) como referencial teórico para esta dissertação.

Para Horta, a Enfermagem é ciência e arte que busca meio possíveis para assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas, de torná-lo autossuficiente dos cuidados, lançando mão do ensino do autocuidado, com recuperação,

manutenção e promoção à saúde, em colaboração com outros profissionais (LEOPARDI, 2006).

Dessa forma, pode-se afirmar que identificar e satisfazer as NHB do indivíduo ajuda na promoção e manutenção do equilíbrio em saúde, além de prevenir e reverter os eventuais desajustes originados da cronicidade e do prolongamento dos prognósticos.

Considerando o reconhecimento das NHB afetadas marcando as dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais e relevantes para as práticas assistenciais a pessoa idosa em cuidados paliativos, é relevante discutir a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB) proposta por Wanda Horta, a qual leva em consideração hierarquização das necessidades segundo Maslow (CHIKHLADZE *et al.*, 2018).

A TNHB proposta por Horta foi adotada no presente estudo como base para subsidiar a organização estrutural das necessidades afetadas nos pacientes idosos em cuidados paliativos. Tais necessidades identificadas podem ser analisadas para planejar cuidados individualizados as essas pessoas. A TNHB e a abordagem paliativa priorizam a prevenção da deterioração da saúde, a gestão da dor, o autocuidado e o alívio de outros problemas de cunho físico, emocional, social e espiritual.

O presente estudo se **justifica** pela relevância na identificação e análise das necessidades afetadas e presentes na pessoa idosa em cuidados paliativos e do reconhecimento destas enquanto NHB, que precisam de atenção no decorrer do processo de adoecimento. É possível reconhecer que a pessoa com uma doença crônica possivelmente necessite de meios que possam melhorar sua qualidade de vida em função de suas NHB afetadas e o que é possível fazer ou não no decorrer do processo de morrer. Conhecer tais necessidades possibilitará a equipe de enfermagem um planejamento dos cuidados direcionados a uma melhora na qualidade de vida na pessoa idosa em cuidados paliativos, e com isso, viabilizará um cuidado digno no seu processo de morrer e morte.

Além disso, ao desenvolver o estado da arte sobre a temática não foi observado estudos nacionais e internacionais com ênfase nas necessidades humanas básicas na pessoa idosa em cuidados paliativos, assim, tem-se o entendimento de que esta pesquisa com base no referencial teórico das NHB é relevante e tem potencialidade que permita a avaliação do paciente na perspectiva da integralidade, facilitando o levantamento de informações que auxiliem na assistência de enfermagem e da equipe interdisciplinar, podendo contribuir também para o campo de pesquisa sobre a temática.

Aliado a estas considerações minhas motivações para dá origem a pesquisa sobre a temática, teve início ainda na graduação do curso de Enfermagem onde tive a

oportunidade de conhecer e me aprofundar nas repercussões físicas que as doenças crônicas causam na pessoa idosa, através de Projeto de Extensão e Pesquisa de Iniciação Científica. Como enfermeira participei como profissional voluntária de uma Instituição de Longa Permanência para pessoa idosa, esta acolhia os residentes e ofertava - os cuidados diante da progressão do envelhecimento e agravamento da doença crônica até o processo de finitude. Além disso, pude acompanhar os meus avós maternos e paternos que tinham doenças crônicas graves e vivenciaram o aparecimento das necessidades humanas básicas desde o diagnóstico ao processo de terminalidade. Vivenciando de perto o agravamento da doença crônica e o aparecimento das NHB dos meus avós, medespertou inquietações em pesquisar mais sobre a temática e me apropriar desse conhecimento.

Essa pesquisa pode tornar-se uma oportunidade de melhorar a assistência em saúde prestada à pessoa idosa em processo de finitude e seus familiares, proporcionando dignidade, conforto, autonomia e melhor qualidade de vida.

Nesta perspectiva definiram-se como **objeto** de estudo às necessidades humanas básicas afetadas na pessoa idosa em cuidados paliativos, tendo por base a seguinte **questão norteadora**: Quais as necessidades humanas básicas afetadas na pessoa idosa em cuidado paliativo?

Assim, o **objetivo** desse estudo foi identificar as evidências científicas sobre as necessidades humanas básicas afetadas na pessoa idosa em cuidados paliativos

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E O IMPACTO NA SAÚDE NA PESSOA IDOSA EM CUIDADOS PALIATIVOS

As projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que a população idosa continuará em crescimento nos próximos anos. Os números podem ultrapassar 841 milhões chegando a 2 bilhões até 2050. Em países como Estados Unidos e Alemanha a população de idosos já ultrapassa os 14% da população geral (WPCA, 2014).

No Brasil, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população idosa com idade igual ou superior a 60 anos deve quadruplicar, passando de 14,9 milhões (7,4% da população) em 2013 para 58,4 milhões em 2060 (26,7% da população) (IBGE, 2016).

Na Bahia, o IBGE divulgou dados recentes que apontam o crescimento constante da população idosa no estado. Dos 26 milhões de pessoas acima dos 60 anos vivendo no país, mais de 2 milhões residem no território baiano, classificando a Bahia como o sétimo estado no país em crescimento da população idosa (IBGE, 2018). O envelhecimento é um processo multifatorial e se manifesta de maneira peculiar e individual considerando as diferentes regiões geográficas (COSTA *et al.*, 2014).

Juntamente com as transformações na estrutura etária, ocorre um fenômeno chamado de transição epidemiológica, que se refere ao maior número de adultos adquirindo doenças crônicas e/ou degenerativas, e um aumento importante de pessoas idosas com doença crônica sob cuidados hospitalar (COSTA *et al.*, 2014).

A mudança do perfil epidemiológico se justifica pela intensificação das campanhas de vacinação, participação de programas de prevenção de epidemias e de doenças infecciosas, implantação de estratégias para universalização da atenção básica e crescimento da infraestrutura de saneamento básico resultou na diminuição da das infecções por doenças infectocontagiosas (MIRANDA *et al.*, 2016).

Diante dessa realidade epidemiológica, os indicadores de saúde tradicionais mostram-se insuficientes para avaliar o nível de bem-estar e as necessidades de cuidados de uma determinada população. Ao mesmo tempo, os sinais e sintomas tradicionais do adoecimento mostram-se incapazes de expressar aspectos da vida relacionados ao mundo psíquico e social nas pessoas idosas (COSTA *et al.*, 2014).



Isso conduz a uma reflexão sobre o modelo biomédico hegemônico, com uma possibilidade de integrá-lo ao modelo socioambiental em que os indivíduos possam ser cuidados a partir da perspectiva de um cuidado integral, levando em consideração suas comorbidades, assim como os aspectos emocionais, sociais e espirituais, compreendendo o indivíduo para além do biológico. Neste contexto, o modelo de atenção biologicista não dá conta de atender as necessidades de cuidados que uma pessoa idosa com doenças crônicas em cuidados paliativos requer (COSTA *et al.*, 2014).

Na literatura, encontram-se várias definições de Doença. Ferreira (1986, p. 605) define a doença como “falta ou perturbação de saúde” e que para sua compreensão, há uma necessidade de assimilar também a definição de saúde.

A OMS define saúde não apenas como ausência de doenças e enfermidades, mas como presença de bem-estar físico, social e mental. Assim, a saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico e socialmente produzido (REIS *et al.*, 2015).

Para Vieira (2001), saúde e doença são atributos do ser humano e devem ser compreendidos como modo de existir. A doença pode ser resultante de causas ambientais, sociais e/ou culturais, levando o indivíduo a uma desestruturação transitória ou prolongada, tornando-se uma ameaça à sua integridade corporal e emocional, que influenciará também a família.

Partido desses conceitos é possível compreender que atualmente existe uma situação preocupante com o crescimento rápido na prevalência de doenças crônicas no Brasil desde a década de 1960, o que representa uma das principais características do processo de transição epidemiológica, advindo primeiramente dos países desenvolvidos (REIS *et al.*, 2015).

No Brasil aproximadamente 45% dos adultos na faixa etária de 40 a 49 anos já possuem alguma doença crônica, e esse número se eleva para 65% na faixa de 50 a 64 anos, sendo que entre as mulheres é maior a prevalência de apresentar pelo menos uma doença crônica (35,2%), enquanto para os homens esse percentual é de 27,2% (IBGE, 2010).

É comum o paciente idoso conviver com mais de uma doença crônica. A presença de três ou mais comorbidades associadas tem relação direta com o aparecimento da incapacidade, depressão, uso de muitos medicamentos, redução da participação social, pior qualidade de vida, altos custos dos serviços de saúde e altos níveis de mortalidade (BRITO *et al.*, 2015).

A não prevenção das comorbidades e o não controle clínico da doença crônica favorece a vulnerabilidade na pessoa idosa para desenvolver uma incapacidade e, conseqüentemente, a

ocorrência anual de mais de um milhão de internações por doenças crônicas no Sistema Único de Saúde (SUS) (PIUVEZAM *et al.*, 2015).

As pessoas idosas hospitalizadas em decorrência da doença crônica, muitas vezes sofrem restrições em suas vidas diárias e, conseqüentemente, têm baixa capacidade funcional, psíquica, social e espiritual. Essas implicações que a doença impõe, a exemplo das demências, levam a uma baixa da capacidade cognitiva, sendo assim, a pessoa idosa requer cuidados ativos, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, implementando os cuidados paliativos (DUARTE *et al.*, 2015).

Os cuidados paliativos fundamentam-se em uma visão integral do ser humano e têm como filosofia valorizar a vida e encarar a morte como um processo natural, não adia e nem prolonga a morte, mas ampara o ser em suas angústias e medos provendo o alívio da dor e de outros sintomas, oferecendo suporte às necessidades a pessoa idosa, familiares e responsáveis apresentam (DUARTE *et al.*, 2015).

## 2.2 ORIGEM E CENÁRIO ATUAL DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Os Cuidados Paliativos surgiram oficialmente como prática distinta na área da atenção em saúde na década de 1960, no Reino Unido, tendo como pioneira a enfermeira, assistente social e médica Dame Cicely Mary Strode Saunders. O seu trabalho ficou conhecido devido as habilidades que Cicely tinha em escutar e avaliar o sofrimento físico dos pacientes (SILVA; AMARAL, 2019).

Saunders desenvolveu na Inglaterra, um movimento chamado de Movimento *Hospice* Moderno, o qual teve uma disseminação mundial em prol de fornecer o cuidado compassivo àqueles que estão morrendo, o que se identifica com os Cuidados Paliativos. Saunders fundou o *St. Christopher Hospice* em Londres e estabeleceu os novos métodos para controle da dor e uma multifacetada abordagem integral para o cuidar na pessoa em processo de terminalidade e sua família (SILVA; AMARAL, 2019).

Em 1990, a OMS definiu pela primeira vez para 90 países e em 15 idiomas o conceito e os princípios de cuidados paliativos, os reconhecendo e recomendando. Tal definição foi inicialmente voltada para os pacientes que tinham câncer, preconizando a assistência integral, visando os cuidados de final de vida. Junto com a prevenção, diagnóstico e tratamento, os cuidados paliativos passaram a ser considerados um dos pilares básicos da assistência ao paciente oncológico (WHO, 2004).

Em 2002, o conceito foi revisto, incluindo a assistência a outras doenças como Aids, doenças cardíacas e renais, doenças degenerativas e doenças neurológicas. Em 2004, um novo documento publicado pela OMS, *The solid facts – Palliative Care*, fortalece a necessidade de incluir os cuidados paliativos como parte da assistência completa à saúde, no tratamento a todas as doenças crônicas, inclusive em programas de atenção as pessoas idosas (WHO, 2004).

É importante que haja clareza conceitual sobre a definição para os cuidados paliativos, pois a falta desta, pode dificultar fortemente os países, em especial os de baixa e média renda, no que diz respeito a implementar os cuidados paliativos e, assim, alcançar um sistema de saúde universal. Em 2020, a Comissão Lancet, juntamente com a OMS e a Associação Internacional de Hospice e Cuidados Paliativos (*International Association for Hospice & Palliative Care - IAHPC*) divulgaram uma atualização na definição dos cuidados paliativos, visto que, identificaram a necessidade de revisá-la (RADBRUCH *et al.*, 2020).

A nova definição baseou-se num consenso pautado na discussão sobre o alívio do sofrimento grave relacionado à saúde, e que fosse possível aplicá-lo a todos os pacientes independentemente de diagnóstico, prognóstico, localização geográfica, nível de assistência ou socioeconômico (IAHPC, 2018).

Assim, os cuidados paliativos são definidos como uma abordagem de cuidado integral e ativo a indivíduos de todas as idades com sofrimento grave. O sofrimento é grave quando não pode ser aliviado sem intervenções médicas e quando compromete a saúde física, social, emocional e espiritual devido a uma doença grave e em especial daqueles pacientes em cuidados ao fim da vida. Essa definição segue uma estrutura das definições da OMS e é separada e classificada em duas seções: uma declaração concisa inicial e uma lista de componentes com marcadores e mais específicos (IAHPC 2018; RADBRUCH *et al.*, 2020).

No Brasil, os cuidados paliativos tiveram os seus primeiros registros no final do ano de 1980, no Rio Grande do Sul, no interior de São Paulo na cidade de Jaú, e em capitais como Rio de Janeiro, Londrina, Florianópolis (SILVA; AMARAL, 2019).

Existem ainda duas associações nacionais atuantes: a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) de 1996, e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) de 2005, que dispõe de grupos de investigações internacional de cuidados paliativos em hospitais aqui no país, como a parceria entre a IAHPC e a Unidade do Hospital de Câncer de Barretos em São Paulo (PASTRANA *et al.*, 2013).

Nos últimos anos, os cuidados paliativos vêm apresentando avanços progressivos, inclusive com o aumento no número serviços de saúde que empreendem os princípios filosóficos dos cuidados e o movimento do Hospice (SILVA; AMARAL, 2019).

O Ministério da Saúde, através do programa Melhor em Casa, incentiva o tratamento domiciliar em situações que haja necessidade de tratamento de longa duração, assim, entende-se que uma equipe em Cuidados Paliativos no país para o serviço público esteja se tornando uma realidade (MATOS *et al.*, 2016).

Quanto aos programas nacionais voltados aos Cuidados Paliativos, existe no Brasil, o plano nacional de Cuidados Paliativos dados pelas diretrizes dos Cuidados Paliativos e Controle da dor Crônica do Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (PASTRANA *et al.*, 2013).

Entre algumas portarias específicas sobre cuidados paliativos, existe a Portaria/GM de nº. 19, de 03 de janeiro de 2002, que institui o Programa Nacional de Assistência à Dor e em Cuidados Paliativos e a Portaria nº. 41 de 31 de Outubro de 2018 do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito SUS. Os Cuidados Paliativos deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito da Rede de Atenção a Saúde.

Trata-se de iniciativas institucionais e independentes voltadas para a assistência aos pacientes com dor e em cuidados paliativos. O seu foco está na organização dos serviços de saúde e de equipes multiprofissionais, e ainda promove iniciativas destinadas à cultura assistencial da dor, educação continuada, e educação comunitária (PASTRANA *et al.*, 2013).

Os cuidados paliativos surgem como uma nova e importante modalidade de cuidar. Em contexto de final de vida diante de um prognóstico não favorável, os Cuidados Paliativos consistem na abordagem mais indicada para ser oferecida aos pacientes, cujo avanço da enfermidade provoca sinais e sintomas debilitantes e causadores de sofrimento, tanto para o paciente quanto para os familiares (FALLER *et al.*, 2016).

Os cuidados, apesar de serem voltados principalmente para pacientes em processo de internação, não devem ser preconizados somente a cuidados institucionais, é fundamentalmente de uma filosofia de cuidados que pode ser utilizada em diferentes contextos e instituições, ou seja, através da atenção básica, no domicílio, em uma unidade de internamento de cuidados paliativos ou em uma instituição de longa permanência (FALLER *et al.*, 2016).

A atenção domiciliar é considerada como um facilitador da abordagem em cuidados paliativos, pois tem como foco a reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde,

com o objetivo de humanizar a atenção, ampliar a autonomia dos indivíduos e buscar a desinstitucionalização. Em grande expansão no Brasil, visa valorizar o contexto social e familiar dos usuários (MATOS *et al.*, 2016).

Em sua maioria, os pacientes em cuidados paliativos não permanecem em casa até a sua morte. No entanto, estudo realizado em 2015 em Montreal, no Canadá, aponta que passar os seus últimos momentos em casa, é o desejo da maioria dos pacientes com doenças terminais e que a estruturação da assistência prestada no domicílio pode viabilizar essa permanência (ALVES *et al.*, 2015).

Esse cenário requer uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, que atenda as múltiplas dimensões que envolvem o cuidado domiciliar, para que com seus “olhares” e percepções especializados possam elaborar uma proposta de abordagem abrangente, que atenda às necessidades do indivíduo-família (MATOS *et al.*, 2016).

No contexto da assistência hospitalar, os cuidados paliativos representam um campo de estudo em crescimento (CLOS; GROSSI, 2016). Dados oficiais da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), publicados em 2006, apontam cerca de 40 equipes atuantes e 300 leitos hospitalares destinados a esses cuidados (MATOS *et al.*, 2016).

Consta desses registros que metade dos serviços localizados se concentram no estado de São Paulo (50%). O modelo de atendimento mais prevalente é o do tipo ambulatorial (53%), oncológicos e não oncológicos (57%) e prevalece a assistência a adultos (88%) e pessoas idosas (84%) (CLOS; GROSSI, 2016).

De acordo com a Aliança Mundial de Cuidados Paliativos (*Worldwide Palliative Care Alliance*), ainda que mais de cem milhões de pessoas necessitem de cuidados paliativos todos os anos (incluindo familiares), menos de 8% que precisam desse tipo de assistência têm seu acesso garantido (WPCA, 2014).

A necessidade dessa assistência é notada, principalmente, quando a pessoa idosa é acamada ou possuem alguma dependência crônica. Assim, ao retornar para casa, após alta hospitalar, os familiares não se sentem seguros ou preparados para cuidar na pessoa idosa e suas necessidades, criando uma situação de extrema ansiedade e angústia aos responsáveis (ALVES *et al.*, 2015).

Muitas vezes, os hospitais são impelidos a realizar a desinstitucionalização precoce, diante da necessidade de ocupação de leitos hospitalares por pacientes em situações agudas, deixando à família a tarefa de realizar os cuidados, para a qual não foram capacitados (ALVES *et al.*, 2015).

Existem ainda um déficit na identificação das dificuldades para a prática dos cuidados paliativos globais para a pessoa idosa internada com doença crônica, sobretudo, de diagnóstico e da transição de tratamentos curativa para uma abordagem paliativa (COSTA *et al.*, 2014).

A qualidade de vida e os cuidados prestados para oferecer conforto no fim da existência não devem partir do diagnóstico de doenças, mas tendo como parâmetros a qualidade de vida das pessoas idosas e o atendimento de suas necessidades durante o seu processo de envelhecimento (ALVES *et al.*, 2015).

Nos últimos anos, os cuidados paliativos destacam-se na necessidade de avançar em alguns aspectos específicos para que a assistência se torne cada vez mais individualizada, possibilitando uma abordagem que perpassa os aspectos biológicos e aborde os aspectos sociais, espirituais e emocionais dos pacientes submetidos a essa terapêutica, promovendo uma melhor qualidade de vida e redução do sofrimento do paciente (COSTA *et al.*, 2014).

Os cuidados em saúde prestados aos pacientes idosos em cuidados paliativos devem basear-se em um conhecimento científico inerente a várias especialidades e possibilidades de intervenção clínica e terapêutica em diferentes áreas de conhecimento da ciência médica. Na Enfermagem, os cuidados paliativos devem ser inerentes à sua prática cotidiana (TROTТА *et al.*, 2015).

Aliar ciência ao conhecimento adquirido diante da demanda do serviço é um dever do profissional de saúde, para prestar um cuidado que promova assistência efetiva e de qualidade, preservando a autonomia, independência e validando os desejos e sentimentos a partir do diagnóstico antecipado ou em um diagnóstico tardio de uma doença avançada na pessoa idosa (TROTТА *et al.*, 2015).

### 2.3 A EQUIPE INTERDISCIPLINAR E A ASSISTÊNCIA A PESSOA IDOSA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Considerando que a pessoa idosa não é apenas um ser biológico, entendemos que a assistência não deve ser de forma fragmentada. Nesse sentido, o contexto que o envolve deve incluir, além dos aspectos físicos, os emocionais, sociais e espirituais que valorizam uma atenção integral frente às necessidades de saúde.

Assim, avaliando a complexidade em ofertar à assistência a pessoa idosa em cuidados paliativos que apresenta perfil de doença crônica, existe a carência de uma abordagem interdisciplinar com o propósito de que haja equilíbrio entre a terapia modificadora da doença e os cuidados paliativos (DURANTE, 2014).

Os cuidados paliativos pressupõe um conjunto de ações integradas da equipe

interdisciplinar de saúde, com o objetivo de proporcionar uma atuação ampliada, para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e familiares. As ações da equipe são permeadas por muitos desafios, principalmente no que se refere a proporcionar conforto, esperança e dignidade ao paciente (SILVA, 2016).

A abordagem paliativa a pessoa idosa com doença crônica implica numa organização da equipe com a rotina do acolhimento e reuniões com os responsáveis familiares e não familiares, a fim de discutir os planos de cuidados.

Diante da complexidade dos sintomas e progressão da doença, é importante que as especialidades envolvidas estejam dispostas para essa aproximação, a fim de ofertar aos responsáveis orientações numa atmosfera de acolhimento e empatia (ORZECOWSKI *et al.*, 2019).

Para a efetividade dos cuidados é importante pensar em priorizá-los diante das necessidades específicas do paciente com base nos saberes: clínicos, fisiopatológicos, de semiótica e semiologia e da subjetividade (social, psicológico, espiritual e religioso) (DURANTE, 2014; SILVA, 2016; ORSINI *et al.*, 2019).

O trabalho deve se apoiar nos princípios norteadores dos cuidados paliativos, que inclui a comunicação clara e atenciosa, atuação interdisciplinar, efetivo controle dos sintomas, e suporte à família durante todas as etapas do acompanhamento, inclusive após a morte (GÓMEZ *et al.*, 2017).

Portanto, é importante que a equipe possa reconhecer os vários modelos de família, que carregam crenças, espiritualidade, valores e tradições. As famílias podem apresentar antecedentes de perdas anteriores e conflitos, o que poderá ocasionar dificuldades no manejo desse momento, daí a necessidade de uma abordagem biopsicossocioespiritual que abrange as diversas dimensões que constituem a história dos sujeitos envolvidos (SILVA, 2016).

Diante dessa difícil realidade, os estudos corroboram que a assistência deve envolver um diagnóstico precoce para a abordagem paliativa da equipe de saúde, para enfrentar a problemática que repercute na inserção de um olhar diferenciado frente a essa modalidade de cuidado (LIMA, 2015; SILVA, 2016; ORZECOWSKI *et al.*, 2019).

A abordagem paliativa, logo após o diagnóstico da doença crônica, associada à terapia modificadora da doença é corretamente viável, a fim de garantir uma melhor qualidade de vida. O exercício dos cuidados paliativos é indispensável, visto que pessoas com doenças crônicas estão em constante adaptação (ORZECOWSKI *et al.*, 2019).

Alguns estudos afirmam que atitudes de resiliência têm auxiliado os pacientes a compreender como é possível continuar fortalecido e encorajado, mesmo em situações de

adversidade. Essa postura adotada pela pessoa idosa com doença crônica pode estar relacionada ao modo como ela aparece na vida do sujeito, sendo comum o aparecimento de necessidades no bem estar físico, emocional, social, ocupacional e bem estar espiritual (BARBOSA; CABANA, 2018).

Com o possível surgimento de necessidades básicas, a equipe deve reconhecê-las assim como possíveis fatores associados. Sintomas físicos como dor, dispneia, náusea, vômito, lesões corporais, entre outros, precisam ser identificados com agilidade, principalmente no que diz respeito às causas reversíveis para controle desses sintomas e conforto do paciente (MATSUMOTO *et al.*, 2012; ORSINI *et al.*, 2019).

Assim como, no reconhecimento rápido ou precoce de outros sinais relacionados ao bem estar emocional (tristeza depressão, medo, ansiedade, vergonha), social (questões financeiras, relações com a família e comunidade) e espiritual (crenças, religião, presença de fé e esperança), considerando a adaptação na pessoa idosa em cuidados paliativos no enfrentamento a doença (FRANCO *et al.*, 2017).

Apesar de a palição ser vista como cuidados essenciais aos indivíduos com doenças crônicas, ainda são poucos evidenciados pelos profissionais, dificultando o correto exercício desta prática. Há uma dificuldade em identificar o momento correto para iniciar a abordagem paliativa. (CABIANCA *et al.*, 2017; ORSINI *et al.*, 2019).

No contexto na pessoa idosa em cuidados paliativos, o diagnóstico precoce é um desafio para a equipe, sendo necessário um treinamento qualificado, uma boa comunicação com a família e conhecimento individual, para que cada membro que compõe a equipe interdisciplinar saiba identificar seu papel (LIMA, 2015).

Há um crescente número de cursos e especializações voltadas aos Cuidados Paliativos, com o intuito de capacitar profissionais para uma assistência com qualidade, enfatizando a participação da equipe, mas também do paciente e sua família em processo de finitude (FRANCO *et al.*, 2017).

O ser profissional de enfermagem reconhece a sua dificuldade ao cuidar de pacientes em palição e assistência à família, face ao enfrentamento da terminalidade. Destacam a importância de se instrumentalizarem para o cuidado humanizado e destacam a empatia e a comunicação verbal e não verbal como instrumentos para cuidar desses pacientes (ALCÂNTRA *et al.*, 2018).

No Sul do Estado de Minas Gerais foi realizado um estudo com profissionais de saúde, que revelam pouco preparados para cuidar de pacientes em cuidados paliativos e de suas



famílias, demonstrando uma falta de entendimento das situações vivenciadas, possivelmente relacionadas a pouco conhecimento durante a sua atuação (ALCÂNTRA *et al.*, 2018).

Assim, é importante lembrar-se da relevância do trabalho em equipe, a interdisciplinaridade e sua visão diferenciada no atendimento das reais necessidades que o paciente apresenta, podendo identificá-las rapidamente, e atendendo-as, e quando precisar, tendo voz e auxílio de uma equipe multiprofissional. Contudo, para que isto aconteça, é necessário que o profissional entenda o motivo dos cuidados paliativos, bem como os seus princípios, que é o que os diferencia de outras abordagens (FRANCO *et al.*, 2017; ALCÂNTRA *et al.*, 2018).

Para que o cuidado seja direcionado a uma prática interdisciplinar, direcionada às reais necessidades dos pacientes, que muitas vezes passam despercebidas, esse tópico propôs uma discussão sobre as práticas assistenciais a pessoa idosa em cuidado paliativo. Assim, visa contribuir para direcionar o aprendizado dos profissionais da saúde frente os cuidados as necessidades humanas básicas afetadas de pessoas idosas com doença crônica sem possibilidades de cura, permitindo uma aproximação e compreensão do sofrimento e destas necessidades.

#### 2.4 NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS NA PESSOA IDOSA COM DOENÇA CRÔNICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

A cada ano é crescente a demanda nas pessoas idosas por cuidados paliativos, porém, os estudos com essa população têm se concentrado amplamente no perfil de pacientes com câncer avançado (REINKE *et al.*, 2019). Assim, o acometimento da população idosa por outras condições crônicas e sem possibilidade de cura em decorrência do declínio das funções orgânicas, tem sido pouco discutido, o que requer considerar as reais necessidades humanas básicas afetadas dessas pessoas idosas.

As pessoas idosas estão envelhecendo e, acompanhado a esse processo natural, muitas vivenciam as comorbidades, seja por doenças cardíacas, renais ou pulmonares, as quais por sua vez, trazem repercussões que podem levar a redução da qualidade de vida e assim, afetar as suas necessidades humanas básicas. As NHB, quando não são atendidas, se transformam num problema significativo, tanto para a pessoa idosa, quanto para o cuidador responsável, assim como para os serviços de saúde, que muitas vezes não estão estruturados para cuidar desses idosos. Além disso, a realidade da doença traz consigo o envolvimento por um quadro complexo de sintomas, que exacerbam as NHB do paciente (ZWEERS *et al.*, 2019).

As NHB nas pessoas idosas em cuidados paliativos, ao enfrentarem o processo de adoecimento crônico se manifestam nos distintos domínios: físico, emocional, social e espiritual considerando um ser multidimensional e que diante das suas multi comorbidades apresentam um grau aumentado de manifestações de sinais e sintomas, baixa função física e consequentemente diminuição na qualidade de vida (BUZGOVA *et al.*, 2016; REINKE *et al.*, 2019).

Nessa condição, a população idosa em cuidados paliativos demanda cuidados básicos, tais como: cuidados físicos, alimentares, tratamento farmacológico para alívio de sintomas da dor, náuseas, vômitos, diarreias, além de apoio emocional e espiritual, tanto para o paciente como para a família, que acompanha todo esse processo.

As NHB da dimensão física se manifestam por uma perda de controle dos sintomas físicos, em decorrência de um quadro clínico marcado por dor, fadiga, astenia, incontinência urinária, e constipação, sendo que a dor é o sintoma mais comumente declarado pelos pacientes em cuidados paliativos e hospitalizados. Esses sintomas podem se manifestarem de modos diferentes, ao considerar fatores não modificáveis como a idade e o diagnóstico de uma doença crônica (REINKE *et al.*, 2019).

As NHB manifestadas na dimensão emocional podem ser identificadas pelos relatos de medo, sentimentos de desesperança, de vergonha e até inutilidade, uma sensação de falta de sentido da vida em decorrência das perdas de funcionalidade diante do processo de adoecimento. Tais necessidades de ordem emocional podem se manifestar devido à mudança no estilo de vida na pessoa idosa no processo de adoecimento com uma doença limitante da vida. Muitas das vezes são mudanças bruscas, que se tornam uma séria ameaça à viabilidade das esperanças, sonhos e aspirações futuras da pessoa. Conforme o processo de doença avança, associado ao envelhecimento, às mudanças passam a afetar a autopercepção de saúde e qualidade de vida (FREEMAN *et al.*, 2016).

A dimensão emocional, diante da complexidade própria do ser humano, pode apresentar mudanças de modo heterogênea, influenciadas pelo processo de comunicação e/ou a não, existência de vínculo e segurança entre o paciente e os profissionais de saúde (WLOSTOWSKA *et al.*, 2018).

Com relação às NHB voltadas ao domínio social, quando comparadas os pacientes com doença oncológica, elas são menos comuns do que em pacientes com diagnósticos de doença não oncológica, e podem ser identificadas quando se percebe a falta de interação social com familiares e amigos, apoio no enfrentamento ao processo de adoecimento, da solidão. Nesse contexto, a pessoa idosa em cuidados paliativos pode apresentar momentos de introspecção e

sinais de preocupação, tristeza, angústia, medo e insegurança de modo a se entrelaçar os domínios social do emocional (BUSZGOVA *et al.*, 2016).

É importante que os profissionais estimulem a interação e a comunicação com os familiares e amigos, a aproximação com pessoas em circunstâncias semelhantes, pensar no como resolver os problemas de segurança e finanças, ou realizar um planejamento futuro, como estratégias de enfrentamento das demandas sociais. Além disso, cabe ajudar o paciente a manter-se autônomo na tomada de decisões, um aliado na escolha das atividades da vida diárias (BUSZGOVA *et al.*, 2016).

Diferindo do que pode ser observado com as NHB do domínio físico que afetam os pacientes hospitalizados, as pessoas idosas em palição que são assistidas nos *Hospices* demonstram uma maior vulnerabilidade para as NHB do domínio social. Uma inferência aventada para essa diferença pode estar no resultado da qualidade da gestão da dor proporcionada pela equipe do *Hospice* (ARNOLD, 2011).

Além das dimensões já mencionadas, é de grande valor discutir as NHB relacionadas a dimensão espiritual na pessoa idosa em cuidados paliativos, a qual geralmente se concentra nas mensagens que demonstram as incertezas sobre a vida, diminuição da esperança, medo da morte, negação e/ou na não aceitação da doença, bem como nas condições de vulnerabilidades e dificuldade em manter acesa a sua fé (DAVISON; JHANGRI, 2010).

Cuidar da dimensão espiritual é um dos princípios dos cuidados paliativos e visa reconhecer a crença no sagrado de cada pessoa e reduzir o sofrimento espiritual de cada paciente. No entanto, pouco são os estudos sobre a espiritualidade de pessoas idosas em cuidados paliativos, o que torna a dimensão espiritual muitas vezes negligenciada o que pode influenciar o percurso da doença, as escolhas de tratamento e até relacionamentos entre paciente e seus entes queridos (DAVISON; JHANGRI, 2010).

Dentes as estratégias descritas em estudos de revisões sistemáticas, vale destacar que o manejo clínico não inclui apenas o gerenciamento das condições crônicas decorrentes das manifestações da dimensão física, mas deve também considerar as demais dimensões e a capacidade funcional do paciente, o prognóstico e objetivos de cuidado, visando fornecer um cuidado integral que envolva a sua multidimensionalidade e as estratégias para suprir as reais NHB afetadas (ZWEERS *et al.*, 2019).

A abordagem dos profissionais de saúde deve ser singular, com o objetivo de identificar as prioridades e as NHB dos pacientes que ainda não tenham sido tratadas, ou tratadas de maneira não satisfatória, assim como enfatizada por Wanda Horta, inspirada na teoria de Maslow com o enfoque sobre a importância da percepção e satisfação das NHB para o alcance

da realização pessoal, iniciando pelas medidas que atendam às necessidades fisiológicas de modo ascendente até suprir as necessidades de ordem pessoal e de autoestima.

O reconhecimento das NHB é de fundamental importância para que, junto ao manejo dos sintomas da doença crônica, sejam incluídos também os domínios emocional, social e espiritual, visando garantir que as necessidades sejam reconhecidas e atendidas para a promoção da qualidade de vida, tendo como foco o alívio do sofrimento e o esclarecimento, para que haja uma compreensão por parte da família, quando das situações em que não é possível intervir frente as NHB afetadas, mas, sempre buscando promover o conforto e dignidade a pessoa idosa em cuidados paliativos.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS SEGUNDO WANDA HORTA

Uma Teoria de Enfermagem é definida como uma articulação organizada e coerente, compartilhadas em um conjunto, com a finalidade de descrever os fenômenos, esclarecer as relações entre eles e prever consequências ou indicar o cuidado de enfermagem (MELEIS, 2012).

Para tal, é necessário compreender que a avaliação de teorias é um processo de examinar de forma sistemática uma teoria, utilizando critérios variáveis como: origem da teoria, significado, adequação lógica, utilidade, probabilidade de generalização e teste, contribuindo para o conhecimento científico das teorias, além de buscar sua relevância e aplicabilidade à prática, ao ensino, à pesquisa, ou à administração de enfermagem (RAMALHO *et al.*, 2016).

O desenvolvimento desse processo no campo da Enfermagem teve início no final dos anos de 1950, considerando que as práticas dos profissionais da enfermagem precisam passar pelo campo da reflexão teórica, para que as abordagens e colocações expressas na prática possam ser conhecidas integralmente e que haja incorporação das teorias à prática dos enfermeiros em seus diversos campos de atuação (RAMALHO *et al.*, 2016).

As teorias de Enfermagem inicialmente tinham pouca aplicabilidade fora da academia. Todavia, é perceptível que a Enfermagem dispõe de um saber próprio, assim como reconhece que faz uso de princípios científicos provenientes e discutidos por outras ciências. A base dos conhecimentos da enfermagem é ser construída por meio de teorias específicas produzidas para a área, conferindo-lhe *status* de ciência (BRANDÃO *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2019).

As teorias de enfermagem possibilitaram a reflexão e o desenvolvimento do pensamento crítico e clínico do enfermeiro, direcionando para um olhar do ser humano em suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais (SANTOS *et al.*, 2019).

Levando em consideração que a pessoa idosa com doença crônica em cuidados paliativos em seu enfrentamento do adoecimento pode apresentar necessidades em dimensões físicas, emocionais, sociais, espirituais, e fatores que podem interferir em sua autonomia, comunicação e relações familiares, a TNHB proposta por Horta (2011) apresenta uma abordagem para a enfermagem, a qual o profissional de saúde poderá ter conhecimento para levantar todas as necessidades decorrentes do adoecimento, e ter mais habilidade de direcionar as suas atividades.

A TNHB foi desenvolvida por Wanda Horta e teve como base teórica a Teoria da Motivação Humana de Maslow (1970) e os escritos do Padre João Mohana (1964), além de referencial empírico as experiências práticas do grupo do grupo de estudos sobre teorias “orientadas por necessidades”. (GARCIA *et al.*, 2010).

Horta reuniu seus escritos publicados em artigos nos periódicos da Revista Brasileira de Enfermagem e organizou o seu livro, que tornou um bestseller, em três partes: 1) Filosofia, teoria e ciência de enfermagem; 2) Processo de Enfermagem e 3) Aplicação do processo de Enfermagem, associados à sua filosofia de Enfermagem o que passou a constituir o conjunto dos pressupostos da sua teoria (GARCIA *et al.*, 2010). Nesse estudo, adotamos a estrutura de organização da TNHB como base para categorizar as necessidades comumente presentes nos pacientes idosos em cuidados paliativos.

Wanda Horta inicia sua obra escrevendo sobre “Filosofia da Enfermagem” e afirma que “nenhuma ciência pode sobreviver sem filosofia própria” (HORTA, 2011, p. 03). Garcia, Emiko e colaboradores (2010) contextualizam que a filosofia, direcionando para a unidade de pensar, e este pensar se dirige à busca da verdade, do bem e do belo. Assim, afirmam que a Enfermagem, como outras áreas de conhecimento humano, não pode prescindir de uma filosofia unificada, pois esta é a base segura para o seu desenvolvimento. Dito isto, e levando em consideração que a filosofia é um questionamento constante da realidade “pensar a realidade”, pode-se perceber que Horta e seu entendimento de filosofia incluem o “pensar a realidade”, mas, a sua expectativa em relação à filosofia está muito mais vinculada a um elemento unificador do que a uma forma de problematizar (questionar) a realidade (GARCIA *et al.*, 2010).

Esse estudo assume as NHB como um conjunto de dimensões do ser humano, cujas funções podem ser representadas pela busca do necessário. As necessidades podem ser identificadas em qualquer estado em que o indivíduo se encontre, assim como, o necessário pode ser considerado a partir de qualquer ponto do espaço. Necessidade é um segmento orientado no sentido e na direção do necessário, e representa a busca por um elemento necessário que proporcione conforto e minimize o sofrimento (LEOPARDI, 2006).

A teoria de Horta dentre suas bases teóricas, teve inspiração na Hierarquia das Necessidades de Maslow que as dividiu em cinco níveis; necessidades fisiológicas, segurança e estabilidade, amor e pertencimento, estima e autorrealização. As quatro primeiras necessidades foram denominadas por Maslow de *Deficit needs (D-needs)* como uma referência as necessidades geradas pela falta, isto é, quando não se tem os referentes necessários, sente-se a necessidade, nesse ponto a homeostase é vital, já que existe uma busca constante do

organismo pelo equilíbrio. Maslow considerou as quatro primeiras necessidades como NHB de sobrevivência, isto é, constituem-se como necessidades bases nas quais as demais irão se alicerçar (HORTA, 2011).

Para Horta (2011) as NHB de autorrealização aparecem quando as demais estão satisfeitas, o que Maslow chamou de *Being Needs (B-Needs)*, necessidades de ser ou motivação para crescimento, diferente das primeiras, não está relacionada à homeostase, e sim, a um desejo contínuo de se desenvolver e de busca por completude. Horta aplicou a hierarquia de Maslow e a adaptou em conjunto com a classificação de João Mohana, que subdivide as necessidades em Psicobiológicas, Psicossociais e Psicoespirituais, de modo intimamente relacionadas visto que fazem parte do todo indivisível.

As necessidades **psicobiológicas** são aquelas relacionadas com o corpo físico do indivíduo, tais como oxigenação, alimentação, eliminação e, estão presentes também nas necessidades fisiológicas da hierarquia de Maslow. As **psicossociais** estão representadas por aquelas relacionadas à convivência do indivíduo com sua família, amigos, ter direito ao lazer, ao trabalho, podemos relacionar esse nível com as NHB de segurança e estabilidade, amor e pertencimento, estima, também como parte da hierarquia de Maslow. Já as **psicoespirituais** derivam dos valores e crenças individuais, tais como a maneira como cada pessoa enfrenta seu processo de adoecimento e o tratamento considerando o apoio espiritual, podendo ser correlacionada com a NHB de autorrealização de Maslow (LEOPARDI, 2006).

Diante dessas considerações iniciais, neste estudo foram identificadas 17 NHB as quais foram classificadas de acordo com a TNHB proposta por Horta (1979; 2011), prevalecendo um maior quantitativo de nove NHB na dimensão psicossocial, seis na psicobiológica e duas na dimensão psicoespiritual. As NHB do nível psicobiológicas

As NHB de Horta, fundamentando as bases para o seu desenvolvimento, expõe a realidade da enfermagem sob a forma de Seres: o Ser-Enfermeiro (enfermeira – enfermeiro), o Ser-Ciente (cliente), o Ser-Enfermagem (enfermagem) (HORTA, 2011).

Nessa perspectiva, a Teoria também se embasa em leis que regem os fenômenos universais, tais como a **lei da adaptação**, todos os seres do universo interagem com o seu meio externo, buscando sempre formas de ajuste para se manter em equilíbrio (HORTA 2011). A pessoa idosa em processo de adoecimento crônico em cuidados paliativos passa por diversas mudanças, internações hospitalares, uso de medicações para alívio e prevenção dos sintomas, mudança na alimentação, distanciamento dos familiares, de sua rotina diária e social, entre outras.

Essas modificações ocasionadas durante esse processo impõem ao indivíduo e a família um enfrentamento a terapia modificadora da doença e aos cuidados paliativos e conseqüentemente a uma adaptação a uma nova realidade. A pessoa idosa com doença crônica em palição e sua família deve ter todo o apoio necessário da equipe para evitar fatores que venham interferir no bem estar do paciente, prezando pelo autocuidado e independência dele.

Outra lei que rege a teoria de Horta é a **lei do equilíbrio (homeostase ou homeodinâmica)**, na qual todo universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre os seus seres. Os desequilíbrios na pessoa idosa com doença crônica em cuidado paliativo podem gerar necessidades, que se caracterizam por estados de tensão conscientes ou inconscientes que o levam a buscar satisfação de tais necessidades para manter seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço (HORTA, 2011).

Em estados de equilíbrio dinâmico, as necessidades não aparecem, porém estão ocultas e tendem a surgir com maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio instalado. São aquelas condições ou situações que o indivíduo, família e comunidade apresentam decorrentes do desequilíbrio de suas necessidades básicas que exijam uma resolução, podendo ser visíveis, conscientes, comunicadas ou não (PAGLIUCA, 1993).

Considerando essa realidade, esse estudo propõe identificar as necessidades humanas básicas afetadas na pessoa idosa com doença crônica em cuidados paliativos, analisar os fatores associados a elas e discuti-las dando ênfase a autonomia e qualidade de vida dessas pessoas, com base nos princípios dos cuidados paliativos. A temática precisa de visibilidade e mais espaços de reflexão, com fins de contribuir positivamente através da assistência aos pacientes e seus familiares durante todas as etapas do cuidar que vai desde a terapia modificadora da doença aos cuidados paliativos.

A terceira lei que rege a teoria é a **lei do holismo**: sendo o universo um todo, o ser humano um todo, a célula um todo, ou seja, esse todo não é meramente a soma das partes constituintes de cada ser (HORTA, 2011).

Os todos não são entidades individuais formadas pela simples composição de partes, mas, unidades complexas nas quais as partes se inter-relacionam e interagem entre si (LEOPARDI, 2006).

Ao falar sobre o ser humano, considerado que se encontra em permanente dinamismo, Horta enfatiza esta inter-relação como sendo um processo harmonioso, onde o ser humano está sujeito aos fenômenos que regem o universo (GARCIA *et al.*, 2010).

No contexto na pessoa idosa com doença crônica em cuidados paliativos o holismo, deve se basear em uma combinação de conhecimentos e de práticas de cuidar em saúde



adotadas que procuram abordar o ser humano em todas as suas dimensões físicas, emocional, social e espiritual. Considerando ainda que, na abordagem holística, o paciente é partícipe do seu cuidado contando com orientações e apoio do enfermeiro e outros profissionais de saúde nesse processo.

A definição de necessidade humana básica incide no conceito de que a sua ausência produz doença e o desaparecimento do adoecimento permite restaurar a homeostasia e deste modo o estado de saúde (GARCIA *et al.*, 2010).

Diante da definição das NHB, é necessário reiterar a relevância em discutir sobre o objeto desse estudo, o qual versa sobre às necessidades humanas básicas afetadas na pessoa idosa em cuidados paliativos, reconhecendo que a pessoa com doença incurável e progressiva precisa se readaptar e conviver com a doença ao longo de sua vida numa busca por equilíbrios.

Assim, identificar os fatores associados às necessidades que afetam a pessoa em cuidados paliativos é essencial ao levar em consideração que estas comprometem sua qualidade de vida e autonomia.

Nesta perspectiva, os cuidados paliativos se tornam elemento essência a proporcionar conforto e melhorias na abordagem da assistência às pessoas idosas com doença crônica de modo a assegurar-lhes dignidade no processo de envelhecimento e finitude.

A teoria de Wanda Horta foi escolhida, para compreender melhor o objeto do estudo no processo de adoecimento crônico enfrentado pela pessoa idosa em cuidados paliativos e seus familiares, na qual os pacientes podem apresentar fatores que contribuam para o surgimento de necessidades os que o levam na maioria dos casos a dependência do familiar cuidador ou dos profissionais de saúde.

Na hospitalização prolongada, praticamente todas as necessidades humanas básicas estão alteradas, visto que os pacientes apresentam desequilíbrio da oxigenação, nutrição, sono e repouso, integridade física (lesões por pressão), sexualidade, locomoção e eliminação vesical e intestinal.

As pessoas idosas que são acometidas por diferentes doenças crônicas em cuidados paliativos têm a tendência a aprender a conviver com várias limitações em seu cotidiano, uma vez que a doença exige adaptação do paciente e dos familiares em diferentes aspectos da vida. Tais mudanças podem ocasionar o aparecimento de necessidades que se desdobram com o tempo.

As necessidades são universais, portanto, comuns a todos os seres humanos, a diferença está em como a necessidade se manifesta de um indivíduo para outro e a maneira de satisfazê-la. Muitos fatores interferem na manifestação, entre eles podem-se citar: individualidade, idade,

sexo, cultura, escolaridade, fatores sócio econômicos, o ciclo saúde doença, o ambiente físico (MENEGUIN; MATOS; FERREIRA, 2018).

É possível também perceber a inter-relação mais estreita entre algumas necessidades, todas elas tendem a ter alterações quando uma se manifesta, seja por desequilíbrio causado por excesso ou falta de ações. Assim é importante perceber que as necessidades podem estar intimamente relacionadas, uma vez que todas as dimensões fazem parte de um todo: o ser humano (PAGLIUCA, 1993).

Horta, com o intuito de estruturar as NHB, adotou uma classificação utilizada por João Mohana em: necessidades de nível psicobiológico, necessidades de nível psicossocial e necessidades de nível psicoespiritual. A escolha pela classificação de Mohana em sua teoria pode ter sido pelo fato de o padre psicanalista ter considerado a categoria de necessidade de espiritualidade, como uma das mais elevadas das necessidades, diferente de Maslow que considerou a autorrealização como nível mais alto de necessidade humana (GARCIA *et al.*, 2010). A espiritualidade é uma dimensão relevante e que deve ser levada em consideração no contexto da abordagem paliativista.

João Mohana afirmava que, qualquer indivíduo homem ou mulher, um dia irá se indagar sobre o “porquê” e o “para quê” cada coisa acontece na sua vida, com intenção de questionar o sentido da vida. Horta não argumenta por que adotou a classificação de Mohana, mas apenas escreve que prefere utilizar na enfermagem as necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual, sendo os dois primeiros níveis tidos como comuns a todos os seres vivos e o terceiro nível, dentro dos conhecimentos atuais, é uma característica única do homem (CIANCIARULLO, 1987; GARCIA *et al.*, 2010; NEVES, 2006) conforme descritas no quadro 1 apresentado a seguir.

**Quadro 1** - Classificação das Necessidades Humanas Básicas segundo Horta. Salvador, Bahia, 2020.

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oxigenação</li> <li>▪ Hidratação</li> <li>▪ Nutrição</li> <li>▪ Eliminação</li> <li>▪ Sono e repouso</li> <li>▪ Exercícios e atividades físicas</li> <li>▪ Sexualidade</li> <li>▪ Abrigo</li> <li>▪ Mecânica corporal</li> <li>▪ Motilidade</li> <li>▪ Cuidado corporal</li> <li>▪ Integridade cutaneomucosa</li> <li>▪ Integridade física</li> <li>▪ Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular</li> <li>▪ Locomoção</li> <li>▪ Percepção: olfatória, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa</li> <li>▪ Ambiente</li> <li>▪ Terapêutica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Segurança</li> <li>▪ Amor</li> <li>▪ Liberdade</li> <li>▪ Comunicação</li> <li>▪ Criatividade</li> <li>▪ Aprendizagem (educação a saúde)</li> <li>▪ Sociabilidade</li> <li>▪ Recreação</li> <li>▪ Lazer</li> <li>▪ Espaço</li> <li>▪ Orientação no tempo e espaço</li> <li>▪ Aceitação</li> <li>▪ Autoestima</li> <li>▪ Participação</li> <li>▪ Autoimagem</li> <li>▪ Atenção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida</li> </ul>

Fonte: (HORTA, 2011, p. 39).

Elas se manifestam quando há um desequilíbrio instalado que origina sinais e sintomas chamados problemas de enfermagem. Quando não são atendidas ou são de forma inadequada, trazem desconforto para o ser humano, e podem se tornar causa de adoecimento (HORTA, 2011).

O psicobiológico diz respeito aos aspectos necessários à vida do ponto de vista biológico (forças, intentos ou energias) e compõe a base sobre os quais as demais necessidades irão se apoiar. O nível psicossocial reflete os aspectos presente no paciente a partir das relações e interações sociais e se expõem, por exemplo, na necessidade de interagir, comunicar-se, de viver em grupo e participar de trocas sociais. E por último, o psicoespiritual, expressa à dimensão religiosa ou teológica. Nesse nível o homem busca compreender o que vivencia de inexplicável cientificamente, ultrapassando os limites de sua experiência (GUIMARÃES *et al.*, 2016; MARQUES; MOREIRA; NÓBREGA, 2008).

A partir dos três níveis de Mohana, e da classificação das Necessidades Humanas Básicas proposta por Horta (2011) é possível identificar quatro dimensões as quais serão discutidas nesse estudo:

**As necessidades físicas** repercutem principalmente em funções fisiológicas básicas que afetam o bem estar físico do indivíduo. A pessoa idosa com comorbidades em cuidados paliativos pode apresentar; dispneia, eliminações ausentes, sono diminuído e repouso prejudicado, presença de edema e lesões, alteração cognitiva, desorientação entre outros (HOCHMAN *et al.*, 2016). Os quais podem ser identificados no primeiro nível de Mohana.

As modificações do bem estar físico na pessoa idosa em cuidados paliativos ocorre pela presença das doenças crônicas e dos diversos sinais e sintomas que dificultam o diagnóstico e tratamento específico, induzindo o paciente a um desgaste lento, incapacitante e consequentemente a uma morte rápida (AMARAL *et al.*, 2019).

As incapacidades associadas às necessidades físicas podem estar relacionadas ao processo do envelhecimento ou pela progressão das doenças crônicas. Tais perdas pode ocasionar a pessoa idosa uma aceitação da terminalidade e uma despreocupação com sua qualidade de vida caracterizando alteração em nível emocional (AMARAL *et al.*, 2019).

Com relação às **necessidades emocionais**, essas encontram-se associadas à percepção de mal estar, dependente de um diagnóstico, que associa a imagem corporal da pessoa, bem como a sensação dela em relação àqueles que a rodeiam.

As necessidades emocionais discutidas acima podem ser identificadas na classificação no nível Psicossociais com as seguintes necessidades: segurança emocional, aceitação, autoestima, autoconfiança, auto respeito.

Além disso, em alguns estudos ainda indicam que as pessoas idosas em palição frequentemente referem o medo de morrer, tem alterações no seu padrão de sexualidade, associado às questões de alteração da autonomia (BUŽGOVÁ *et al.*, 2014). Assim o medo da doença, dos tratamentos e da própria morte compromete a estabilidade emocional da pessoa, podendo agravar a situação em que já se encontram.

O aparecimento da necessidade física no paciente pode conduzi-lo a uma maior vulnerabilidade emocional, a pessoa idosa em situação paliativa sente a necessidade de demonstrar as suas preocupações e emoções, de ser ouvido e compreendido, reiterando a importância do apoio afetivo por parte de todos os que o rodeiam.

Por outro lado, de acordo com Kozlov e colaboradores (2018), as necessidades emocionais associam-se às psicológicas, podendo ser presenciados episódios de depressão, ansiedade, alterações do sono, irritabilidade, dificuldade de atenção, pesadelos e delirium.

Correlacionando ainda ao nível psicossocial, podemos identificar as **necessidades de suporte social** através dos domínios: comunicação gregária, momentos de recreação e lazer, liberdade e participação, entre outros.

Inicialmente essas necessidades podem aparecer, quando a pessoa idosa retorna para sua residência, na adaptação da casa e na presença de um prestador de cuidados formal, permanente ou não, ele ajuda a cuidar na pessoa idosa e a família em atividades do dia a dia (MARQUES; MOREIRA; NÓBREGA, 2008).

Os principais domínios identificados por alguns estudos associados às necessidades sociais são: a segurança económica, a realização de atividade durante o dia, falar com outras pessoas numa situação idêntica, a presença de alguém por perto, bem como a perda do seu papel na sociedade, entre outras (BUŽGOVÁ *et al.* 2014; AMARAL *et al.*, 2019).

Além destes o apoio financeiro, físico e emocional para com os prestadores de cuidados também é considerado (KOZLOV *et al.*, 2018).

Com relação às **necessidades espirituais**, essas tendem a surgir, quando a pessoa enfrenta uma doença terminal. Desta forma, abrange e integra a dimensão física, emocional e social do ser humano, estando ligada ao significado e finalidade da vida, à interligação e harmonia com outras pessoas, com a Terra e com o universo e a relação com Deus/Realidade. Essas necessidades são encontradas no último nível proposto na classificação da teoria NHB: Necessidades psicoespirituais, com os domínios: religiosidade e espiritualidade.

A espiritualidade e a religião, não são sinônimas, mas, encontram-se interligadas, onde a pessoa em situação paliativa usa a sua espiritualidade como elo entre as dificuldades da sua vida, da dimensão física, emocional, da social entre outras e as questões supremas que regem a sua existência.

As necessidades espirituais devem ser identificadas antecipadamente, minimizando sentimentos de desamparo, desespero, ausência de significado, de sofrimento intenso, de quebra dos laços religiosos, de cólera à religião, de amargura (MENEGUIN; MATOS; FERREIRA, 2018).

Sendo assim, a teoria das NHB se aplica ao processo de identificar e atender os fatores associados e as necessidades, visto que as necessidades Biopsicosocioespirituais afetam a pessoa idosa em cuidado paliativo em um processo de adoecimento e crônico, daí a importância da enfermeira na reconstrução do equilíbrio orgânico e mental, auxiliando e incentivando o autocuidado, conforme potencial do paciente para tal.

## 4 MÉTODO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de revisão do tipo *Scoping Review* em conformidade com as recomendações propostas pelo *Joanna Briggs Instituto (JBI)*.

A revisão do tipo *Scoping Review* é a síntese de evidências sobre uma determinada temática que esteja no centro da prática, fundamentando-se nas melhores informações disponíveis, sendo amoldável às diversas origens dos problemas de saúde e utilizando uma variada gama de metodologias de pesquisa para gerar evidências relativas para a temática (SANTOS; SECOLI; PÜSCHEL, 2018). Um método que permite identificar lacunas, mapear os principais conceitos e esclarecer áreas de pesquisa do conhecimento (PETERS; GODFREY; BPHARM, *et al.*, 2017).

Dentre as diversas modalidades de revisão sistemática está a Revisão de Escopo (*Scoping Review*), frequentemente usada para mapeamento e ‘reconhecimento’, esclarecer definições de trabalho e limites conceituais de um tópico ou campo. Essa revisão em geral é desenvolvida quando um corpo da literatura ainda não foi revisado de maneira abrangente ou exibem a grande e complexa de natureza diversa, não passível de uma revisão sistemática (PETERS; GODFREY; BPHARM, *et al.*, 2017).

As revisões de escopo constituem-se de uma abordagem emergente e cada vez mais presente (PETERS, 2016) nas publicações internacionais (BOLT *et al.*, 2019; HOFMEISTER *et al.*, 2018; KAASALAINEN *et al.*, 2019; RETICENA *et al.*, 2019) nacionais (ARAÚJO *et al.*, 2019; FORNARI; FONSECA, 2019; GONÇALVES, 2018; MENDES *et al.*, 2018). Assim como tem feito parte das estratégias metodológicas para o desenvolvimento de dissertações (CRUZ, 2015; SOUZA, 2019) e teses (ALVES, 2017; VIANA 2013) em busca por mapear a literatura existente em um determinado campo do conhecimento.

Em meados de 2015, o Instituto Joanna Briggs desenvolveu uma definição própria para a Revisão de Escopo e a abordagem metodológica para a realização dessa revisão. A proposta de uma revisão de escopo é mapear as evidências disponíveis em termos da importância do estudo, sua configuração geográfica, a população e o foco de modelos de cuidados, por exemplo. O mapeamento de tais evidências visa permitir uma discussão sobre como determinado fenômeno vem sendo visto e quais os encaminhamentos dados para uma solução quando indicado (PETERS, 2016).

## 4.2 SCOPING REVIEW SEGUNDO O JBI

A JBI é uma organização internacional de pesquisa em saúde que trabalha com universidades e hospitais em todo o mundo. O Instituto e suas entidades colaboradoras promovem e apoiam a síntese, transferência e utilização de evidências através da identificação de práticas de saúde, apropriadas, significativas e eficazes para ajudar na melhoria dos resultados da saúde em todo o mundo (AROMATARIS; MUNN, 2020).

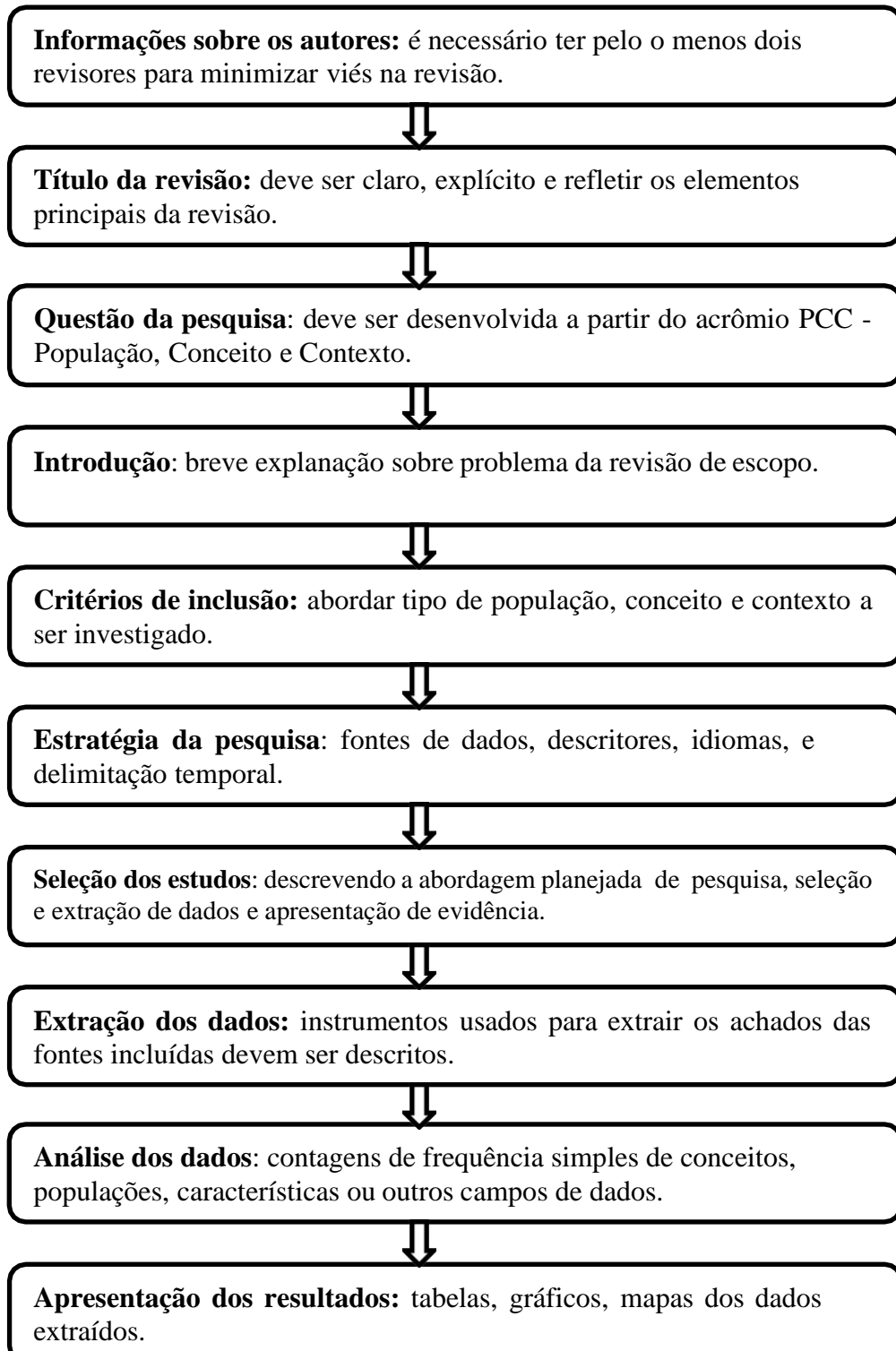
No Brasil, o Centro de Excelência do Instituto Joanna Briggs (JBI – Brasil), como Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Baseado em Evidências está sediado na Universidade de São Paulo sob a coordenação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo como apoio do Hospital Universitário (USP, 2020).

A prática baseada em evidências é um campo em expansão. Há diversas formas de evidência e diferentes tipos de objetivos e perguntas de revisão que exigem o desenvolvimento de novas abordagens para sintetizar de maneira mais eficaz e rigorosa as evidências (PETERS *et al.*, 2015).

Para o desenvolvimento das revisões sistemáticas segundo a JBI, incluindo as revisões de escopo, é necessário o desenvolvimento de um protocolo com uma abordagem sistemática para direcionar e melhor conduzir a comunicação dos revisores e permitir a clareza do processo. O protocolo deve descrever os critérios que os revisores irão usar para incluir e excluir estudos e identificar quais dados serão relevantes e como os dados serão extraídos e mapeados (PETERS *et al.*, 2015).

O protocolo é importante na limitação da ocorrência de viés de relatório. Quaisquer desvios do protocolo para a revisão do escopo devem ser explicados no relatório final da revisão (AROMATARIS; MUNN, 2020). Para o presente estudo resultante da dissertação, o protocolo da *Scoping Review* apresenta-se na Figura 01.

**Figura 1-** Fluxograma do Protocolo para Scoping Review, Salvador, Bahia, Brasil, 2020.



Fonte: Adaptado do Manual para Scoping Review do Instituto Joanna Briggs, 2020.



### 4.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo ocorreu no Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (PPGENf-UFBA), localizado no Campus da Reitoria, no bairro da Canela. O PPGENf ocupa dois andares da Escola de Enfermagem, com espaço físico para: sala de coordenação e vice coordenação, secretaria, sala para orientação, sala para atividades administrativas e reunião; quatro salas de aula, três salas de estudos com computadores e mesas para atividades acadêmicas, copa, banheiros e auditórios compartilhados com toda a Escola. Oferece também recursos audiovisuais alocados no Centro de Tecnologia Educacional de Enfermagem/CTEE e um laboratório de informática.

### 4.4 QUESTÃO DE PESQUISA

Para construção da questão da pesquisa, utilizou-se da Estratégia PCC para direcionar o desenvolvimento de critérios de inclusão específicos e nortear a coleta de dados. A Estratégia PCC é um mnemônico que auxilia na identificação dos tópicos chave: População, Conceito e Contexto da temática a ser pesquisada (AROMATARIS; MUNN, 2020).

Tal estratégia foi adotada para conduzir as questões norteadoras da revisão de escopo que se constituiu como: quais as principais necessidades humanas básicas afetadas na pessoa idosa em cuidado paliativo?

<b>População</b>	Pessoa idosa
<b>Conceito</b>	Necessidades humanas básicas afetadas
<b>Contexto</b>	Cuidado paliativo

### 4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Considerando a estratégia PCC para essa revisão de escopo foram definidos como critérios de inclusão: **população** alvo, predomínio de pessoa idosa nos estudos que apresentam o **conceito** das necessidades humanas básicas afetadas devido ao processo de envelhecimento e adoecimento crônico e, no **contexto** do Cuidado Paliativo em todos os cenários de assistência em saúde. Conciliando os tópicos chave do PCC com o objetivo da revisão de escopo, são também critérios de inclusão: estudos disponíveis na íntegra; nos idiomas inglês, português e espanhol; dentro do recorte temporal da última década - 2009 a 2019. E como critérios de exclusão: artigos incompletos; estudos de nota prévia, sem resultados, estudos com pessoas nas demais fases da vida (infância e adultos), não referência a idade dos participantes e aqueles cujo objeto não correspondesse à questão de pesquisa.

#### 4.6 COLETA DE DADOS E A AMOSTRA

A coleta de dados foi realizada por dois pesquisadores independentes e, por último contou com um terceiro avaliador para consensualizar as divergências, conforme as recomendações da JBI. As buscas foram realizadas nas bases de dados via Portal de Periódicos CAPES, por meio da Rede de Internet/UFBA. A coleta e seleção da amostra ocorreram em quatro etapas, adotando-se o método PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*).

A **primeira etapa** contou com a construção das estratégias de busca pré-estabelecidas a partir da combinação dos descritores (DeCS e MeSH), os quais foram submetidos ao banco eletrônico de dados online relacionado. Inicialmente as estratégias foram aplicadas e os artigos obtidos contabilizaram o total de 1227. Aplicaram-se os filtros de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, resultando num quantitativo de 539 estudos.

Na **segunda etapa** foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos estudos previamente selecionados, o que permitiu a exclusão de 426 artigos por não responder à questão da pesquisa e não atender aos critérios de inclusão. Além disso foram excluídos nove artigos por repetição nas distintas bases de dados. Os 104 artigos resultantes dessa etapa foram armazenados em ordem sequencial num arquivo gerado no Software *Microsoft Excel*<sup>®</sup> 2016.

A **terceira etapa** consistiu na leitura na íntegra dos artigos selecionados na etapa anterior para identificar a relevância destes para a pesquisa e se atendiam os critérios de inclusão conforme a estratégia PCC (População, Conceito e Contexto). Nesta etapa foram excluídos 51 artigos por não atenderem os critérios de inclusão.

Por fim, na **quarta etapa** os 53 artigos selecionados foram relidos em busca de identificar com precisão a sua relevância para a pesquisa e assim, extrair os dados relevantes para posterior análise com base no objetivo do estudo.

#### 4.7 ESTRATÉGIAS DE BUSCAS

A seleção dos Descritores DeCS e MeSH nos idiomas português, inglês e espanhol foram realizadas previamente pelos pesquisadores para traçar as estratégias de busca no Portal CAPES. Assim, os descritores utilizados para o estudo referente à pessoa idosa, necessidades e cuidados paliativos, respectivamente foram:

Português (DeCS)	Inglês (MeSH)	Espanhol (DeCS)
Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde	<i>Needs Assessment</i>	<i>Evaluación de Necesidades</i>
Idoso	<i>Aged</i>	<i>Anciano</i>
Cuidados Paliativos	<i>Palliative Care</i>	<i>Cuidados Paliativos</i>
Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida	<i>Hospice Care</i>	<i>Cuidados Paliativos al Final de la vida</i>

As estratégias de buscas ocorreram da seguinte forma: Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde *AND* Idoso *AND* Cuidados Paliativos *OR* Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde *AND* Idoso *AND* Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida; *Needs Assessment AND Aged AND Palliative Care OR Needs Assessment AND Aged AND Hospice Care; Evaluación de Necesidades AND Anciano AND Cuidados Paliativos OR Evaluación de Necesidades AND Anciano AND Cuidados Paliativos al Final de la vida*

#### 4.8 BASES DE DADOS

A busca nas bases de dados foi realizada utilizando os seguintes recursos eletrônicos/Bases de Dados:

- Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL/EBSCO).
- Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE).
- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).
- Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS).
- Science Citation Index Expanded (Web of Science).
- Scopus (Elsevier).

#### 4.9 SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Após as etapas e leituras na íntegra dos estudos selecionados para a amostra final os dados foram armazenados em uma planilha do Software *Microsoft*® Excel versão 2016, para melhor análise e extração dos dados conforme demonstrado na figura 02.

**Figura 2** - Modelo de quadro para extração de dados dos estudos selecionados. Salvador, Bahia, Brasil, 2020.

Estudo	Âmbito (Base, país, ano)	Periódico	Título	Cenário	Necessidade	Dimensão

Fonte:  
A autora.

#### 4.10 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados extraídos foram armazenados e mapeados em tabelas e planilhas com o objetivo de identificar as NHB afetadas e classificá-las conforme o aporte teórico adotado da Teoria das NHB de Wanda Horta. Para extração foi utilizado um instrumento desenvolvido para esta pesquisa conforme o item 4.9 e recomendado pela JBI (AROMATARIS; MUNN, 2020). Após análise e tabulação das NHB afetadas, estas foram estruturadas numa figura conforme apresentada nos resultados e discutidas com base na literatura correlatada e com suporte teórico da Teoria das NHB de Wanda Horta.

#### 4.11 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

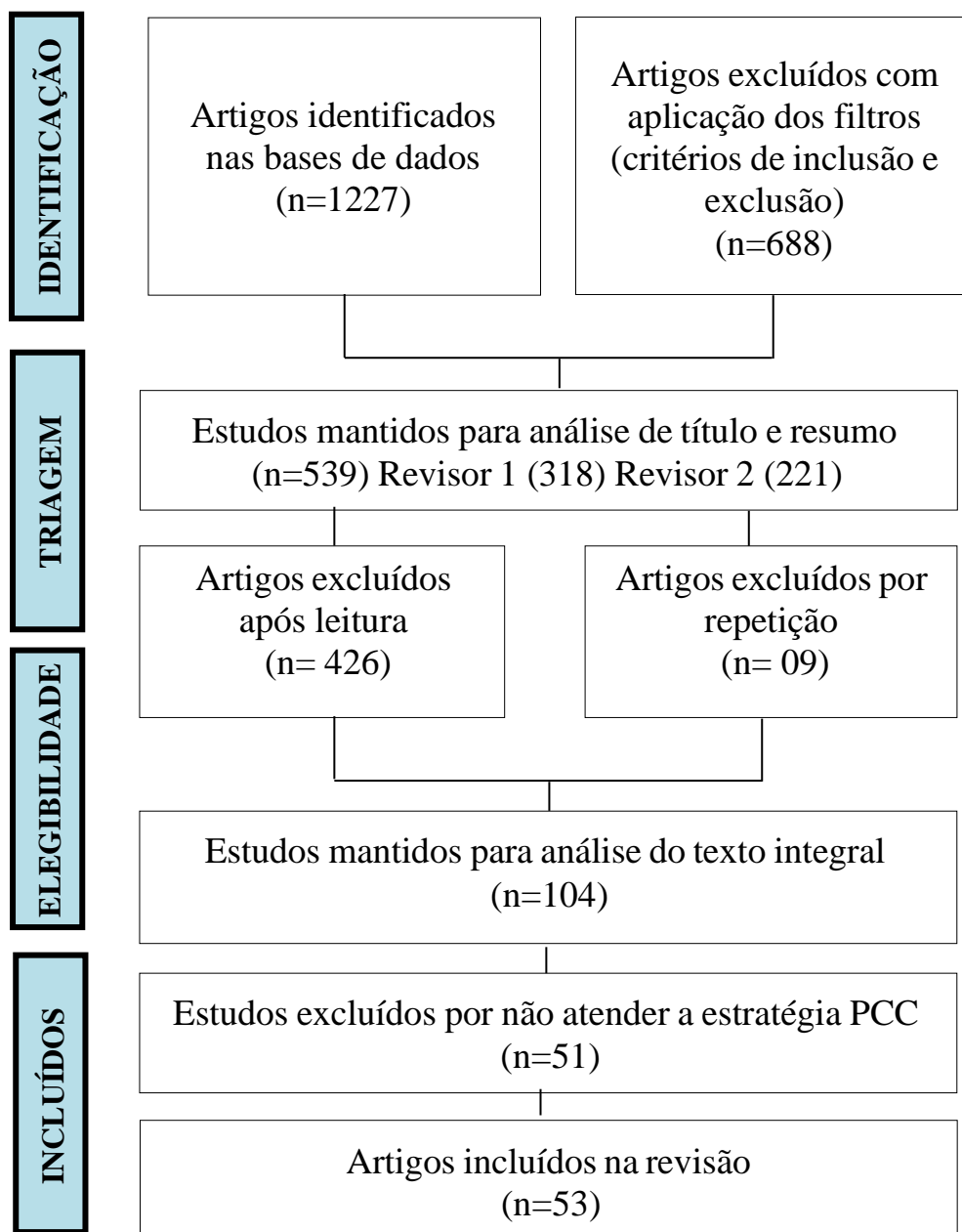
Considerando que um estudo de revisão implica a confiabilidade e a veracidade das informações contidas nos estudos originais selecionados, não há necessidade de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa, todavia, todos os aspectos inerentes as questões éticas com a pesquisa, foram assegurados, levando-se em consideração o rigor no método e o cuidado na atribuição correta das fontes consultadas, referenciando-as, além do rigor no tratamento e apresentação dos dados.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 BUSCA E SELEÇÃO DOS ESTUDOS

A figura 03 a seguir traz uma descrição detalhada do processo de seleção e inclusão dos artigos conforme recomendações da JBI. A partir da pesquisa realizada via Portal de Periódicos CAPES nas bases CINAHL, IBECs, LILACS, MEDLINE, SCOPUS e WEB OF SCIENCE, foi realizada uma sistematização do processo de inclusão dos estudos através da metodologia PRISMA de revisão de escopo, resultando em 53 artigos finais, descritos no fluxograma a seguir.

**Figura 3** - Processo da identificação dos artigos, adaptado do Fluxograma PRISMA.



Fonte: A autora.

Os artigos selecionados para a extração das informações, encontrados nas bases de dados eletrônicas online estão distribuídos conforme a Tabela 1.

**Tabela 1.** Distribuição dos artigos conforme as bases de dados, Salvador, Bahia, 2020.

<b>Bases de dados</b>	<b>Número de artigos</b>
WEB OF SCIENCE	15
CINAHL	13
MEDLINE	13
SCOPUS	11
IBECS	1
LILACS	0
<b>Total</b>	<b>53</b>

Fonte: A autora.

A partir dos resultados da *Scoping Review* foi possível evidenciar que as publicações sobre a temática são pouco comuns nos periódicos nacionais, maioritariamente são estudos internacionais, com maior número de estudos realizados nos Estados Unidos (21) e nove deles no Reino Unido.

O periódico que teve maior número de publicações foi *Journal of Pain and Symptom Management* com 16 artigos, seguindo pelas revistas *Palliative Medicine* e *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* com cinco e oito estudos respectivamente observados na tabela 02. Com relação ao ano de publicação, nove artigos são recentes, foram publicados nos anos de 2018 e 2017, seguidos do ano de 2017 com sete artigos.

Com relação ao cenário em que as pesquisas foram desenvolvidas, prevaleceu o contexto hospitalar com 29 estudos, seguido por serviços ambulatoriais com 15 publicações, os Hospices com nove, pacientes acompanhados no domicílio com seis estudos e apenas um desenvolvido com pacientes residentes de Instituição de Longa Permanência para idosos (ILPI).

O número de artigos selecionados para a extração das informações e respectivos periódicos online, dos quais foram originados os manuscritos, estão distribuídos conforme a Tabela 2 e codificados, sendo que esses códigos foram usados no quadro 02, para identificação dos periódicos.

**Tabela 2.** Número de artigos por periódicos. Salvador, Bahia, 2020.

<b>Código</b>	<b>Periódicos</b>	<b>Número de artigos</b>
001	Journal of Pain and Symptom Management	16
002	Palliative Medicine	8
003	American Journal of Hospice & Palliative Medicine	5
004	BMC Palliative Care	3
005	International Journal of Palliative Nursing	3
006	Support Care Cancer	3
007	Journal of Renal Care	2
008	Progress in Palliative Care	2
009	BMC Geriatrics	1
010	Clinical Journal of the American Society of Nephrology	1
011	Gero Komos	
012	J Gen Intern Med	1
013	Japan Academy of Nursing Science	1
014	Journal of Palliative Medicine	1
015	Nutrition in Clinical Practice	1
016	Plos One	1
017	Rural and Remote Health	1
018	Supportive Care in Cancer	1
019	The Permanente Journal	1

Fonte: A autora.

A amostra desse estudo foi composta por 53 artigos que tiveram seus dados extraídos, analisados e posteriormente organizados em uma tabela, conforme podem ser observados no Quadro 2.

Da análise dos estudos que compuseram a amostra foram identificadas 17 NHB e estas classificadas nos níveis da TNHNB de Wanda Horta. No nível das necessidades Psicobiológicas foram observadas as seguintes NHB: **ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza)** evidenciados em 33 estudos (E1, E3, E5-E7, E9-E11, E16-E19, E21, E24-E28, E30-E35, E39-E40, E42-E43, E45, E47-E49, E-51); **Sentir-se seguro** (E1, E8-E9, E35-E36, E45); **ter controle das funções intestinais e urinárias** (E3, E11-E12, E17, E24, E40); receber **suporte nutricional** identificada nos artigos (E3, E5, E7, E12, E17, E24, E37, E40, E46-E48, E51-E52) e, **manter o sono preservado** (E8, E30).

A necessidade de **ajuda financeira** se mostrou presente nos estudos (E25, E27, E36-E37, E46) e foi categorizada de modo a atender tanto as necessidades psicobiológicas quanto as psicossociais, considerando suas implicações em ambas as dimensões.

Já no nível das Psicossociais foram identificadas as NHB de **estar próximo da família**, presente nos estudos (E8, E19); **fazer escolhas quanto ao tratamento** apontado em dois dos estudos (E14, E36); **minimizar a ansiedade, tristeza e incerteza** estiveram presentes em 41 dos estudos analisados (E3, E5, E10-E13, E15, E17-E19, E21-E25, E27, E29-E31, E33, E35-E36, E38-E47, E49-E53); a NHB **ser compreendido e ter uma comunicação efetiva** evidenciada nos estudos (E5, E9, E13, E16, E19, E35, E39, E45, E50, E53); contar com um **ambiente calmo** (E8, E14, E25, E43); **maior atenção dos profissionais de saúde** (E8-E9, E36, E45, E50, E53); **sentir-se reconhecido** esteve presente nos estudos (E1, E8); **interação social**, (E1, E8, E10, E29, E32, E39) e, a NHB de ter **ajuda nas atividades da vida diária** (E3, E7-E8, E10, E15, E20, E26, E36, E40, E49).

No nível Psicoespirituais pôde ser observada duas NHB, a saber: **honestidade nas informações no curso da doença** identificada nos estudos (E22, E35-E36, E41, E45, E47, E53) e a NHB de **apoio espiritual** foi evidenciada em 19 estudos (E1-E2, E4, E8-E9, E11, E13, E22, E25, E27, E29-E30, E34, E36, E38, E43, E46-E47, E51).



**Quadro 2** - Dados extraídos dos artigos incluídos na revisão. Salvador, Bahia, Brasil, 2020.

<b>ESTUDO</b>	<b>BASE PAÍS ANO</b>	<b>PERIÓDICO</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>CENÁRIO</b>	<b>NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</b>
E1	CINAHL Reino Unido 2009	008	Towards a re-conceptualisation of the management of distress in palliative care patients: the self-integrity model	Hospitalar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoio espiritual</li> <li>2. Interação social</li> <li>3. Sentir-se seguro</li> <li>4. Sentir-se reconhecido</li> <li>5. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</li> </ol>
E2	WEB FOR SCIENCE Estados Unidos 2009	012	Symptom Burden, Depression, and Spiritual Well-Being: A Comparison of Heart Failure and Advanced Cancer Patients	Ambulatorial	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoio espiritual</li> <li>2. Minimizar ansiedade, tristeza e incertezas</li> </ol>
E3	PUBMED Estados Unidos 2009	015	Home Care for the Elderly	Domiciliar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajuda nas atividades básicas de vida diária</li> <li>2. Suporte nutricional</li> <li>3. Ter controle das funções intestinais e urinárias</li> <li>4. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza)</li> </ol>
E4	WEB FOR SCIENCE Canadá 2010	001	Existential and Supportive Care Needs Among Patients with Chronic Kidney Disease	Domiciliar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoio espiritual</li> <li>2. Minimizar ansiedade, tristeza e incertezas</li> </ol>
E5	WEB FOR SCIENCE Reino Unido 2010	001	Symptoms in the Month Before Death for Stage 5 Chronic Kidney Disease Patients Managed Without Dialysis	Domiciliar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</li> <li>2. Ser compreendido e uma comunicação efetiva</li> <li>3. Suporte nutricional</li> <li>4. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</li> </ol>
E6	WEB FOR SCIENCE Estados Unidos 2011	001	Association Between Self-Reported Sleep Disturbance and Other Symptoms in Patients with Advanced Cancer	Hospitalar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</li> <li>2. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</li> </ol>

<b>ESTUDO</b>	<b>BASE PAÍS ANO</b>	<b>PERIÓDIC O</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>CENÁRIO</b>	<b>NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</b>
E7	PUBMED Estados Unidos 2011	001	A Rapid Two-Stage Screening Protocol for Palliative Care in the Emergency Department: A Quality Improvement Initiative;	Hospitalar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajuda nas atividades básicas de vida diária</li> <li>2. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</li> <li>3. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</li> <li>4. Suporte nutricional</li> </ol>
E8	CINAHL Alemanha 2011	005	Palliative care needs of chronically ill nursing home residents in Germany: focusing on living, not dying	ILPI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajuda nas atividades da vida diária</li> <li>2. Ambiente calmo</li> <li>3. Apoio espiritual</li> <li>4. Estar próximo da família</li> <li>5. Interação social</li> <li>6. Maior atenção dos profissionais de saúde</li> <li>7. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</li> <li>8. Sentir-se reconhecido</li> <li>9. Sentir-se seguro</li> <li>10. Sono preservado</li> </ol>
E9	SCOPUS Estados Unidos 2011	004	Mapping hospice patients' perception and verbal communication of end-of-life needs: an exploratory mixed methods inquiry	Hospice	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sentir-se seguro</li> <li>2. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</li> <li>3. Apoio espiritual</li> <li>4. Maior atenção dos profissionais de saúde</li> <li>5. Ser compreendido e uma comunicação efetiva</li> </ol>
E10	CINAHL Nova Gales 2012	001	Improving outcomes for people with progressive cancer: interrupted time series trial of a needs assessment intervention	Hospitalar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajuda nas atividades básicas de vida diária</li> <li>2. Interação social</li> <li>3. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</li> <li>4. Próximo a família</li> <li>5. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</li> </ol>

<b>ESTUDO</b>	<b>BASE PAÍS ANO</b>	<b>PERIÓDICO</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>CENÁRIO</b>	<b>NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</b>
E11	PUBMED Estados Unidos 2012	019	Living with advanced illness: longitudinal study of patient, family, and caregiver needs	Hospitalar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoio espiritual</li> <li>2. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</li> <li>3. Ter controle das funções intestinais e urinárias</li> <li>4. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</li> </ol>
E12	CINAHL Reino Unido 2012	005	Constipation management in palliative care: treatments and the potential of independent nurse prescribing	Hospitalar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</li> <li>2. Suporte nutricional</li> <li>3. Ter controle das funções intestinais e urinárias</li> </ol>
E13	CINAHL Estados Unidos 2012	001	Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment	Hospitalar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoio Espiritual</li> <li>2. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</li> <li>3. Próximo a família</li> <li>4. Ser compreendido e uma comunicação efetiva</li> </ol>
E14	PUBMED Reino Unido 2013	005	End-of-life care in neurodegenerative conditions: outcomes of a specialist palliative neurology service	Hospice	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ambiente calmo</li> <li>2. Fazer escolhas quanto ao tratamento</li> <li>3. Sentir-se reconhecido</li> </ol>
E15	CINAHL Reino Unido 2013	008	Palliative care for frail older people: A cross-sectional survey of patients at two hospitals in England	Hospitalar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajuda nas atividades básicas de vida diária</li> <li>2. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</li> <li>3. Estar próximo à família</li> </ol>
E16	PUBMED Reino Unido 2013	002	Perspectives of patients, family caregivers and health professionals on the use of outcome measures in palliative care and lessons for implementation: a multi-method qualitative study	Hospice Hospitalar Domiciliar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ser compreendido e uma comunicação efetiva</li> <li>2. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</li> </ol>

<b>ESTUDO</b>	<b>BASE PAÍS ANO</b>	<b>PERIÓDICO</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>CENÁRIO</b>	<b>NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</b>
E17	WEB FOR SCIENCE Irlanda do Norte 2014	007	An Appraisal of End-of-Life Care in Persons with Chronic Kidney Disease Dying in Hospital Wards	Hospitalar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</li> <li>2. Suporte nutricional</li> <li>3. Ter controle das funções intestinais e urinárias</li> <li>4. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</li> </ol>
E18	SCOPUS Alemanha 2014	001	Breathlessness, functional status, distress, and palliative care needs over time in patients with advanced chronic obstructive	Ambulatorial	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</li> <li>2. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</li> </ol>
E19	PUBMED Reino Unido 2014	018	Using patient-reported outcome measures to deliver enhanced supportive care to people with lung cancer: feasibility and acceptability of a nurse-led consultation model	Ambulatorial	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</li> <li>2. Próximo a família</li> <li>3. Ser compreendido e uma comunicação efetiva</li> <li>4. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</li> </ol>
E20	CINAHL Canadá 2015	017	Feasibility of a rural palliative supportive service	Domiciliar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajuda nas atividades básicas de vida diária</li> </ol>
E21	SCOPUS Austrália 2015	006	Improving national hospice/palliative care service symptom outcomes systematically through point-of-care data collection, structured feedback, and benchmarking	Ambulatorial	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</li> <li>2. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</li> </ol>
E22	IBECS Espanha 2015	015	Necesidades de los familiares de un paciente terminal institucionalizado en un centro geriátrico. Caso clínica.	Hospitalar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoio espiritual</li> <li>2. Honestidade nas informações no curso da doença</li> <li>3. Minimizar ansiedade, tristeza e incertezas</li> </ol>

ESTUDO	BASE PAÍS ANO	PERIÓDICO	TÍTULO	CENÁRIO	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS
E23	SCOPUS Canadá 2016	004	The wish to die among palliative home care clients in Ontario, Canada: A cross-sectional study	Ambulatorial	<b>1. Minimizar ansiedade, tristeza e incertezas</b>
E24	SCOPUS Estados Unidos 2016	001	Comparing Unmet Needs to Optimize Quality: Characterizing Inpatient and Outpatient Palliative Care Populations;	Hospitalar Ambulatorial	<b>1. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas 2. Suporte nutricional 3. Ter controle das funções intestinais e urinárias 4. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</b>
E25	CINAHL República Tcheca 2016	003	Assessing Patients' Palliative Care Needs in the Final Stages of Illness During Hospitalization	Hospitalar	<b>1. Ajuda financeira 2. Ambiente calmo 3. Apoio Espiritual 4. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas 5. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</b>
E26	PUBMED Estados Unidos 2016	001	A High-Touch Model of Community-Based Specialist Palliative Care: Latent Class Analysis Identifies Distinct Patient Subgroups	Hospice	<b>1. Ajuda nas atividades básicas de vida diária 2. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</b>
E27	PUBMED Estados Unidos 2016	001	The impact of a novel tool for comprehensive assessment of palliative care (MPCAT) on assessment outcome at 6- and 12-month follow-up	Hospitalar	<b>1. Ajuda financeira 2. Apoio espiritual 3. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas 4. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</b>
E28	WEB FOR SCIENCE Alemanha 2016	004	Correlation between patient quality of life in palliative care and burden of their family caregivers: a prospective observational cohort study	Ambulatorial	<b>1. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</b>

<b>ESTUDO</b>	<b>BASE PAÍS ANO</b>	<b>PERIÓDICO</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>CENÁRIO</b>	<b>NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</b>
E29	SCOPUS Estados Unidos 2017	010	Characteristics and Outcomes of In-Hospital Palliative Care Consultation among Patients with Renal Disease Versus Other Serious Illnesses	Hospitalar	<b>1. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</b> <b>2. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</b>
E30	WEB FOR SCIENCE África do Sul/ Quênia/Coreia do Sul/Estados Unidos/Canadá/Reino Unido/Bélgica/Finlândia /Polônia 2017	002	Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences, and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries	Ambulatorial	<b>1. Apoio espiritual</b> <b>2. Interação social</b> <b>3. Minimizar ansiedade, tristeza e incertezas</b>
E31	WEB FOR SCIENCE Estados Unidos 2017	015	Characteristics of Participants Enrolled onto a Randomized Controlled Trial of Palliative Care for Patients on Phase I Studies	Hospitalar	<b>1. Apoio espiritual</b> <b>2. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</b> <b>3. Próximo à família</b> <b>4. Sono preservado</b> <b>5. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</b>
E32	PUBMED Estados Unidos 2017	001	Addressing Patient Emotional and Existential Needs During Serious Illness: Results of the Outlook Randomized Controlled Trial	Ambulatorial	<b>1. Interação social</b> <b>2. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</b>

ESTUDO	BASE PAÍS ANO	PERIÓDICO	TÍTULO	CENÁRIO	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS
E33	SCOPUS Estados Unidos 2017	006	Perceptions of familymembers of palliative medicine and hospice patients who experienced music therapy	Hospice Hospitalar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</li> <li>2. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</li> </ol>
E34	PUBMED Estados Unidos 2017	014	Integrating Palliative and Oncology Care for Patients with Advanced Cancer: A Quality Improvement Intervention	Hospitalar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoio espiritual</li> <li>2. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</li> </ol>
E35	CINAHL Alemanha 2017	006	Early integration of palliative cancer care: patients' and caregivers' challenges, treatment preferences, and knowledge of illness and treatment throughout the cancer trajectory	Hospitalar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estar próximo à família</li> <li>2. Honestidade nas informações no curso da doença</li> <li>3. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</li> <li>4. Sentir-se seguro</li> <li>5. Ser compreendido e uma comunicação efetiva</li> <li>6. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</li> </ol>
E36	SCOPUS Polônia 2018	005	Assessment of the needs of hospice patients and their relatives by the Needs Evaluation Questionnaire	Hospice	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajuda financeira</li> <li>2. Ajuda nas atividades da vida diária</li> <li>3. Apoio espiritual</li> <li>4. Fazer escolhas quanto ao tratamento</li> <li>5. Honestidade nas informações no curso da doença</li> <li>6. Maior atenção dos profissionais de saúde</li> <li>7. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</li> <li>8. Sentir-se seguro</li> </ol>

ESTUDO	BASE PAÍS ANO	PERIÓDICO	TÍTULO	CENÁRIO	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS
E37	WEB FOR SCIENCE Suécia 2018	016	Quality of end-of-life care in patients with dementia compared to patients with cancer: A population-based register study	Hospice Hospitalar Domiciliar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajuda financeira</li> <li>2. Suporte nutricional</li> </ol>
E38	SCOPUS Estados Unidos 2018	001	Spiritual needs and perception of quality of care and satisfaction with care in hematology/medical oncology patients: a multicultural assessment	Hospitalar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoio espiritual</li> <li>2. Minimizar ansiedade, tristeza e incertezas</li> </ol>
E39	CINAHL Estados Unidos 2018	001	Acute Leukemia Patients' Needs: Qualitative Findings and Opportunities for Early Palliative Care	Hospitalar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Interação social</li> <li>2. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</li> <li>3. Próximo a família</li> <li>4. Ser compreendido e uma comunicação efetiva</li> <li>5. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</li> </ol>
E40	PUBMED Irlanda 2018	002	Understanding how a palliative-specific patient-reported outcome intervention works to facilitate patient-centred care in advanced heart failure: A qualitative study;	Hospitalar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajuda nas atividades básicas de vida diária</li> <li>2. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</li> <li>3. Suporte nutricional</li> <li>4. Ter controle das funções intestinais e urinárias</li> <li>5. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</li> </ol>



<b>ESTUDO</b>	<b>BASE PAÍS ANO</b>	<b>PERIÓDICO</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>CENÁRIO</b>	<b>NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</b>
E41	WEB FOR SCIENCE Austrália 2018	007	Tracking patients with advanced kidney disease in the last 12 months of life	Hospitalar	<b>1. Honestidade nas informações no curso da doença</b> <b>2. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</b>
E42	CINAHL Estados Unidos 2018	003	Identifying Palliative Care Needs Among Older Adults in Nonclinical Settings	Ambulatorial	<b>1. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</b> <b>2. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</b>
E43	SCOPUS Espanha 2019	002	Estudio Palidem: cuidados al final de la vida en pacientes con demencia avanzada institucionalizados	Hospice	<b>1. Ambiente calmo</b> <b>2. Apoio Espiritual</b> <b>3. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</b> <b>4. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</b>
E44	SCOPUS Estados Unidos 2019	001	Symptom Burden and Palliative Care Needs Among High-Risk Veterans With Multimorbidity;	Ambulatorial	<b>1. Minimizar ansiedade, tristeza e incertezas</b>
E45	CINAHL Holanda 2019	003	Patients' Needs Regarding Anxiety Management in Palliative Cancer Care: A Qualitative Study in a Hospice Setting	Hospice	<b>1. Honestidade nas informações no curso da doença</b> <b>2. Maior atenção dos profissionais de saúde</b> <b>3. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</b> <b>4. Sentir-se seguro</b> <b>5. Ser compreendido e uma comunicação efetiva</b> <b>6. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</b>

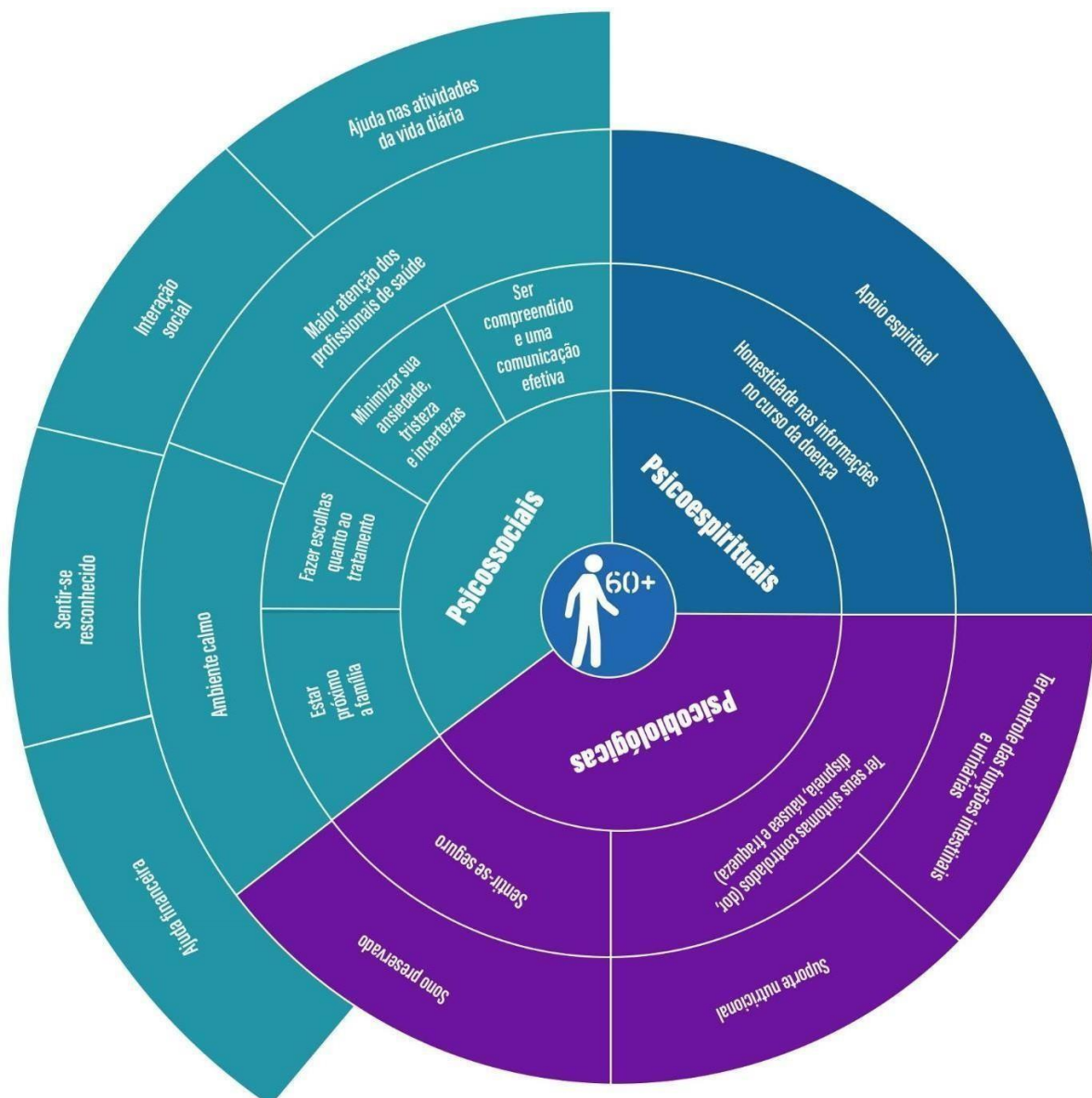
<b>ESTUDO</b>	<b>BASE PAÍS ANO</b>	<b>PERIÓDICO</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>CENÁRIO</b>	<b>NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</b>
E46	CINAHL Estados Unidos 2019	003	Stakeholder Perspectives on the Biopsychosocial and Spiritual Realities of Living With ALS: Implications for Palliative Care Teams	Ambulatorial	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoio Espiritual</li> <li>2. Ajuda financeira</li> <li>3. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</li> <li>4. Suporte nutricional</li> </ol>
E47	PUBMED Estados Unidos 2019	002	Assessing the palliative care needs and service use of Diverse older adults in an urban medically underserved community	Ambulatorial	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoio espiritual</li> <li>2. Honestidade nas informações no curso da doença</li> <li>3. Minimizar ansiedade, tristeza e incertezas</li> <li>4. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</li> </ol>
E48	PUBMED Roma 2019	003	Oral hygiene care in patients with advanced disease: an essential measure to improve oral cavity conditions and symptom management	Hospice	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suporte nutricional</li> <li>2. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</li> </ol>
E49	WEB FOR SCIENCE Bélgica 2018	009	A comparison of symptoms in older hospitalised cancer and non-cancer patients in need of palliative care: a secondary analysis of two cross-sectional studies	Hospitalar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajuda nas atividades básicas de vida diária</li> <li>2. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</li> <li>3. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza )</li> </ol>
E50	WEB FOR SCIENCE Reino Unido 2019	002	Invisible and intangible illness: a qualitative interview study of patients' experiences and understandings of conservatively managed end-stage kidney disease	Hospitalar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Maior atenção dos profissionais</li> <li>2. Minimizar ansiedade, tristeza e incertezas</li> <li>3. Ser compreendido e uma comunicação efetiva</li> </ol>

<b>ESTUDO</b>	<b>BASE PAÍS ANO</b>	<b>PERIÓDICO</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>CENÁRIO</b>	<b>NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</b>
E51	WEB FOR SCIENCE Japão 2019	013	Spirituality and associated factors among cancer patients undergoing chemotherapy	Hospitalar Ambulatorial	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Apoio espiritual</b></li> <li><b>2. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</b></li> <li><b>3. Suporte nutricional</b></li> <li><b>4. Ter seus sintomas controlados (dor, dispneia, náusea e fraqueza)</b></li> </ol>
E52	WEB FOR SCIENCE Canadá 2019	001	The Association of Physical and Psychological Symptom Burden with Time to Death Among Palliative Cancer Outpatients	Hospitalar	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Minimizar ansiedade, tristeza e incertezas</b></li> <li><b>2. Suporte nutricional</b></li> </ol>
E53	WEB FOR SCIENCE Reino Unido 2019	002	The Frailty Phenotype and Palliative Care Needs in Older Survivors of Critical Illness	Hospitalar	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Honestidade nas informações no curso da doença</b></li> <li><b>2. Minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas</b></li> <li><b>3. Maior atenção dos profissionais de saúde</b></li> <li><b>4. Ser compreendido e uma comunicação efetiva</b></li> </ol>

Fonte: A autora.

As 17 NHB identificadas nesse estudo foram organizadas em uma figura denominada de **Gráfico da Explosão Solar das Necessidades Humanas Básicas mais afetadas na pessoa idosa em cuidados paliativos** organizadas levando-se em consideração a classificação de João Mohana das NHB e a Hierarquia das Necessidades Humanas Básicas proposta por Maslow que embasaram e foram adotadas por Wanda Horta ao desenvolver a TNHB. A figura está dividida em três grupos: Psicobiológico, Psicossocial e Psicoespiritual conforme apresentado na a figura 4 na página a seguir.

**Figura 4** - Gráfico da Explosão Solar das Necessidades Humanas Básicas mais afetadas na pessoa idosa em cuidados paliativos. Salvador, Bahia, 2020.



Fonte: A autora.

## 6 DISCUSSÃO

Considerando os estudos realizados, na sua maioria predominantemente com pessoas idosas, com diagnóstico de doença crônica e em palição, priorizando a qualidade e o conforto nos cuidados de fim de vida, este estudo buscou evidenciar na literatura as NHB afetadas e como ajudar a esses pacientes a terem suas NHB atendidas, de modo a mitigar o sofrimento. A discussão se norteará em conformidade com a TNHB, proposta por Wanda Horta (1979).

Partindo deste referencial teórico, o presente estudo possibilitou identificar 17 NHB as quais foram organizadas de acordo com a classificação de João Mohana e a Hierarquia das Necessidades Humanas Básicas proposta por Maslow que embasaram e foram adotadas por para a TNHB proposta por Horta (1979), prevalecendo um maior quantitativo de nove NHB na dimensão psicossocial, seis na psicobiológica e duas na dimensão psicoespiritual.

As necessidades psicobiológicas tem relação mais restrita com as alterações no corpo físico do indivíduo, a exemplo das necessidades de oxigenação, do sono, da alimentação, eliminação. E tais necessidades sofrem também interferências de outras, como a necessidade de ajuda financeira que perpassa tanto a dimensão psicobiológica quanto a social, assim, a NHB de ajuda financeira foi considerada como integrando ambas as dimensões, sendo apresentada na discussão logo após as psicobiológicas e antes das psicossociais.

A primeira NHB da dimensão psicobiológica a ser discutida tem relação com o **controle de sintomas** como dor, dispneia, náuseas e fraqueza, comuns em pacientes hospitalizados e com diagnóstico de doenças crônicas limitantes. Os pacientes em cuidados ao fim de vida, durante o período de internação podem cursar períodos prolongados de manifestações desses sintomas devido ao agravamento da doença e da sobrecarga ocasionada ao paciente (ALABA *et al.*, 2019).

Conforme apontado pelos estudos (E3, E5-E6, E9, E16-E19, E21, E24-E28, E30-E33, E35, E40, E43, E45), a dor e a dispneia são sintomas altamente angustiantes, com impactos importantes na qualidade de vida da pessoa idosa em palição. A dor é uma das queixas mais frequentes e, pelo sofrimento que causa ao paciente e à família, o cuidado com o controle da dor é considerado prioritário dentre as NHB, representada na base da pirâmide como uma necessidade fisiológica.

A dor, com base na hierarquia de Maslow, adotada na Teoria proposta por Horta é considerada como a base da pirâmide, envolvendo as necessidades básicas de ordem fisiológica e de segurança. A dor representa um sintoma que, se não controlada, repercute em todos os outros sinais e sintomas que geram desconforto, mal-estar e perda da qualidade de vida na

pessoa idosa em cuidados paliativos. A dor deve ser prioridade no plano de intervenções proposto pelos profissionais de saúde, para que em seguida, as demais necessidades sejam percebidas e atendidas.

A dispneia é um sintoma comum, complexo e angustiante para os pacientes com doenças crônicas. Após a dor, é o sintoma mais relatado nos estudos E6, E16-E18, E24, E26. O desconforto respiratório pode ter origem por interações de sintomas físicos, psicológicos, fatores sociais e ambientais, que podem induzir fisiologicamente a respostas secundárias como o comprometimento funcional (WEINGAERTNER *et al.*, 2013).

Os estudos (E18, E28) relatam a importância de identificar as causas do desconforto respiratório para traçar estratégias que minimizem esse sintoma. A simples abertura da janela pode reverter o quadro, e é utilizada nos casos de desconforto respiratório leve, além da indicação da oxigenoterapia com umidificador, e até mesmo o ventilador mecânico em casos mais graves.

A náusea foi outro sintoma marcante nos estudos (E3, E6, E25). Ela é caracterizada como um sintoma recorrente, principalmente em paciente com diagnósticos oncológicos. Ainda segundo os estudos citados, as náuseas e os vômitos não controlados adequadamente podem levar a outras complicações como anorexia, desequilíbrio hidroeletrólítico, desidratação, necessidade ou prolongamento de internação hospitalar, causando prejuízo à qualidade de vida e impacto negativo no desempenho das atividades do dia a dia.

Outro sintoma que se destacou nos estudos (E1, E24, E47) foi a fraqueza, o qual pode atingir cerca de 85% dos pacientes sob cuidados paliativos (HOCHMAN *et al.*, 2016). O desenvolvimento de fraqueza na pessoa idosa com doença crônica está relacionado, em sua maioria, à hipotrofia muscular gerada em pacientes acamados, com baixo ou mau ingesta e com dificuldade de mobilidade (ANDREWS; MORGAN, 2012).

Na hospitalização prolongada, os sinais e sintomas podem afetar praticamente todas as necessidades psicobiológicas, visto que os pacientes apresentam desequilíbrio hemodinâmico ocasionado pela doença. A pessoa idosa hospitalizada e em palição tem avaliações diárias realizadas pelos profissionais de saúde e tem acesso a uma gama de intervenções, significando que as queixas relacionadas aos sintomas podem ser mais atendidas pela equipe (ARNOLD, 2011; REINKE *et al.*, 2019).

Os estudos (E5, E7, E19, E28, E40, E43) apontam que a dor intensa, a náusea e a fraqueza também podem ser observadas com mais intensidade em pacientes idosos atendidos em ambulatório, isso pode ser resultado de diferenças no planejamento do cuidado e na frequência das consultas. O estudo (E5) ainda evidencia que a maior frequência de queixas

relacionadas à dor e náuseas nos pacientes atendidos a nível ambulatorial pode ser decorrente das transições descoordenadas de atendimento ou nas alterações das dinâmicas da gravidade da dor após a pessoa idosa deixar o hospital.

Com relação aos pacientes que recebem cuidados paliativos no Hospice, os estudos (E9, E26, E45) trazem que os idosos relatam um maior controle de sintomas, sendo que para esse cenário de cuidado, foi observado um maior controle das necessidades psicobiológicas. O que pode se justificar pela maior qualidade na gestão da dor por parte da equipe paliativista que atua no Hospice.

A necessidade de **sentir-se seguro** é importante a ponto de que esta seja representada na teoria de Wanda Horta como Segurança de ordem social e emocional e Integridade física no campo biológico. A pessoa idosa com doença crônica em cuidados paliativos quer se sentir segura, tanto para o corpo-físico quanto para o corpo-sujeito, ter confiança nos cuidados recebidos, no ambiente em que está inserida e nos profissionais de saúde. Nesse contexto, é importante considerar a percepção do profissional de saúde de prontamente identificar os sinais de ansiedade e inquietude do paciente que podem estar relacionado ao sentimento de não se sentir seguro. Os participantes dos estudos (E8, E45), residentes de ILPI e assistidos num Hospice, respectivamente, referiram que se sentem mais seguros quando percebem que existe uma disponibilidade contínua por parte dos profissionais de saúde, demonstrado por atitudes de segurança e confiança nas habilidades técnicas das enfermeiras nos procedimentos e a ideia de não estar sozinho.

A estrutura física também se apresenta como medida de segurança para as pessoas idosas em cuidados paliativos, a partir de uma estrutura que contemple leitos confortáveis, com proteção lateral, enfermarias com um menor número de leitos e com o banheiro adaptado. Segundo os estudos (E9) realizado em Hospice e (E45) no hospital, domicílio e ambulatório, com o objetivo de verificar a presença de necessidades não atendidas à pessoa idosa, evidencia que o sentir-se seguro tem relação com a autonomia, à condição na pessoa idosa em ter o controle sobre suas ações, ter conhecimento sobre sua condição clínica e seu plano de cuidados.

Outro elemento importante para a segurança do paciente é o conhecimento que o paciente tem da equipe. Os estudos (E8, E45) apontam que os pacientes idosos referem não se sentirem seguros quando não conhecem o profissional de saúde que presta os cuidados ou, quando havia indícios de dúvidas quanto à experiência individual do profissional. O contrário também é verdadeiro, se sentem seguros quando as enfermeiras prestavam informações claras sobre sua condição clínica, realizando a passagem de plantão próximo ao leito de cada paciente. Assim, entende-se como fundamental que os profissionais de saúde propiciem um ambiente

apropriado, acolhedor e seguro, com o objetivo de ofertar um cuidado como vistas a atender as NHB de cada pessoa.

Outra necessidade da dimensão psicobiológica apresentada nos resultados foi a de **ter controle das funções intestinais e urinárias**. A constipação e a incontinência são situações que podem surgir à pessoa idosa em cuidados paliativos, causando desconforto físico e repercussões emocionais voltadas a autoestima desse paciente.

A constipação pode ser multicausal, o idoso em cuidado paliativo corre maior risco de apresentar esse sintoma por uma combinação de fatores específicos da doença crônica; baixo apetite; baixa ingestão de fibras e a redução na ingestão de líquidos ou ambos; opioides e outros medicamentos utilizadas diante da progressão da doença e de fatores funcionais, como a falta de controle do ato de evacuar com aspectos relativos ao declínio e à perda de autonomia e falta de mobilidade (ANDREWS; MORGAN, 2012).

Diante do incômodo que a constipação pode causar ao paciente idoso, a conduta indicada primeiramente é a prevenção pela hidratação, orientação nutricional, monitoramento pelo toque retal e palpação abdominal, sendo importante a detecção e retirada rápida do fecaloma quando houve formação e indicação para o conforto do paciente (ANDREWS; MORGAN, 2012).

Além da constipação, também é comum os pacientes serem acometidos pela incontinência urinária, os estudos (E11, E17) relatam que as pessoas idosas que são acometidas pela incontinência urinária sentem-se constrangidas em falar sobre o assunto com amigos, familiares, ou até mesmo com o profissional de saúde, fazendo com que haja uma percepção tardia da condição.

Para muitos, a incontinência urinária ainda possui associações a maus hábitos de higiene e provoca mal-estar. Assim, as pessoas idosas que são acometidas por esse distúrbio, vivenciam essa situação, apresentando repercussões físicas e sociais na forma como se manifesta (FUHRMAN, 2015).

A NHB ter controle de suas funções intestinais e urinárias aparece na base da pirâmide na Teoria de Horta, como parte das necessidades de Eliminações no nível das psicobiológicas. É uma necessidade básica a qual deve ser percebida e atendida, evitando que outras NHB se tornem prejudicadas, visto que, a constipação e a incontinência urinária acabam por afetar diversos aspectos da vida, não só o físico, como também o social, emocional, ocupacional, doméstico e sexual. Muitos idosos acabam mudando sua rotina de vida diária e isolando-se, com receio de que as pessoas percebam o odor de fezes e urina (ANDREWS; MORGAN, 2012).



Em seguida veio a necessidade de receber **suporte nutricional**. A inapetência e o baixo peso relacionados à alimentação do paciente em cuidados paliativos têm sido discutidos com frequência nos estudos com ênfase na importância do suporte nutricional aos pacientes geriátricos. Conforme as pessoas vão envelhecendo, as necessidades de energia tendem a diminuir com redução da massa corporal magra e com aparecimento da deficiência de micronutrientes. Além disso, vale destacar os relatos quanto à redução da capacidade do olfato e paladar dos pacientes com os alimentos. Este fato pode diminuir a satisfação em comer e pode resultar na redução geral da ingestão de nutrientes (FUHRMAN, 2015).

A ingesta de líquidos também pode tornar-se prejudicada, os pacientes em cuidados paliativos apresentam a sensação de sede reduzida, além da restrição voluntária do paciente em beber líquidos, para evitar incontinência e a hidratação inadequada (MARTINSSON; LUNDSTRÖ; SUNDELOË, 2018). É fundamental a avaliação por parte dos profissionais de saúde quanto a ingesta de nutrientes e líquidos individualmente, para identificar qualquer problema nutricional com o objetivo de melhorar essa condição e preservar o bem estar do paciente.

Ainda sobre as NHB do nível psicobiológico, manter o **sono preservado** esteve presente em apenas dois estudos (E8, E30). O primeiro estudo foi realizado em uma ILPI e demonstra que a dificuldade para dormir representa uma condição crítica de nível moderado a grave, e que pode estar associada significativamente a sinais e sintomas físicos e emocionais. O ato de não dormir pode favorecer quadro de ansiedade e angústia, mesmo sabendo que a dificuldade para dormir é uma realidade experimentada ao longo da doença, e muitas vezes, aumentam durante o período de hospitalização, afetando assim a qualidade de vida do paciente (FERRELL *et al.*, 2017).

Como consequência dessa NHB afetada, a pessoa idosa em palição que apresenta problemas com sono pode cursar com declínio na função cognitiva, incapacidade de concentração e interação, menor qualidade de vida e alterações diversas ao sistema imunológico e neurológico (DELGADO-GUAY *et al.*, 2011). Logo, é importante avaliar a relação entre qualidade do sono e a presença de sintomas físicos, emocionais e o estado cognitivo dos pacientes que apresentam dificuldades para dormir. Vale destacar que as causas mais comuns de interferências no sono são marcadas por queixas de dor, dispneia, ansiedade, aumento da frequência urinária e até de quadros depressivos (DELGADO-GUAY *et al.*, 2011; FERRELL *et al.*, 2017).

Dessa forma, podemos correlacionar a NHB de manter o sono preservado com a lei do equilíbrio, como um conceito que rege a Teoria de Horta, e assim, afirmar que o sono não

preservado pode ocasionar desequilíbrios a pessoa idosa, repercutindo em sinais e sintomas físicos e emocionais geradores de outras necessidades. Conhecer essa NHB, como as demais, possibilita aos profissionais paliativistas a oportunidade de dar maior atenção aos sinais manifestados pelo paciente e que pode subsidiar o pensamento crítico quanto a melhor escolha do plano de cuidados de modo individualizado.

A necessidade de **ajuda financeira** representa uma condição que interfere sobremaneira na qualidade de vida dessas pessoas idosas em palição, haja vista que o processo de tratamento exige um maior aporte financeiro, tanto para o custeio das despesas rotineiras, quanto daquelas relacionadas às demandas oriundas do adoecimento. A sobrecarga financeira é descrita como fator causador de estresse e desgaste para o paciente idoso e toda sua família, associada à dificuldade com emprego, uma vez que o familiar responsável muitas vezes passa a ter a necessidade de permanecer em casa mais tempo, e com isso, passa a ter que abdicar ou restringir sua jornada de trabalho (MARTINSSON; LUNDSTRÖ; SUNDELOË, 2018).

O paciente idoso e sua família apresentam necessidades materiais que abrangem os recursos financeiros, a moradia, o acesso aos serviços de saúde, as condições de alimentação, transporte e os medicamentos. A realidade apresentada a partir do diagnóstico de uma doença crônica modifica toda a estrutura familiar, entretanto uma parcela considerável da sociedade não conta com condições socioeconômicas que permita as pessoas idosas em palição custear as despesas do tratamento, gerando maiores dificuldades no atendimento as suas NHB, nesse caso de ordem financeira (KUKULKA *et al.*, 2019).

A situação financeira constitui-se como um desafio as famílias, de modo que afeta também o paciente idoso que carece de subsídios para manter uma vida minimamente confortável e adequada mediante sua condição clínica atual. Sendo assim, é relevante discutir a condição de vulnerabilidade na pessoa idosa em palição e do familiar, considerando as implicações em mudanças no estilo de vida, gerando uma sobrecarga ao familiar e ao agravamento do adoecimento do idoso, tendo em vista que existe uma correlação significativa entre a necessidade de suporte financeiro e a qualidade de vida da pessoa idosa em palição.

A NHB ajuda financeira identificada nesse estudo está presente tanto no nível psicobiológico (abrigo, aquisição de mantimentos para nutrição e terapêutica além do cuidado corporal), quanto no psicossocial (condições adequadas que possibilite momentos de recreação, lazer e espaço laboral), daí podemos inferir que as NHB se inter-relacionam e interagem entre si. Sendo assim, a pessoa idosa com doença crônica em palição e sua família devem receber todo o apoio necessário dos profissionais de saúde, para evitar exacerbação de fatores que possam intervir no bem estar do paciente.

As necessidades **psicossociais** refletem as características do paciente a partir das suas relações sociais, ou seja, sua forma de se comunicar, interagir e de se relacionar. O nível das necessidades psicossociais apareceu em maior número nos resultados desse estudo, representada em nove necessidades.

As NHB da dimensão Psicossocial são percebidas com mais prevalência em pacientes com doenças crônicas e degenerativas, não oncológicas, quando comparadas com os pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Esse fato pode estar associado ao período prolongado de enfrentamento dos indivíduos com doenças crônicas, ao passo que os pacientes com doenças oncológicas contam com um maior engajamento no tratamento voltado as necessidades físicas, como o alívio da dor (BUZSGOVA *et al.*, 2016; REINKE *et al.*, 2019).

Estas na pessoa idosa em cuidados paliativos podem mudar com o tempo, diante da individualidade de cada paciente e do avanço e gravidade da doença, em geral, essas necessidades podem se apresentar como: interação com familiares e amigos, acompanhamento do processo de adoecimento, comunicação efetiva e solidão. Nesse contexto, a pessoa idosa pode apresentar diversos sentimentos como tristeza, ansiedade, medo, porém há dificuldade em expressá-los com familiares, amigos (ZWEERS *et al.*, 2019).

A NHB de **minimizar a ansiedade, tristeza e incerteza** estiveram presentes em 41 dos estudos analisados. A ansiedade, tristeza e incerteza têm sido objetos de estudos (E23, E28-E29, E44-E46, E49, E51, E53), que enfatizam a importância da percepção acerca desses sentimentos que naturalmente podem surgir após o diagnóstico de uma doença crônica e seu prognóstico.

Os estudos (E3, E10-E13, E15, E17-E19, E21, E23, E45, E49, E53) relatam em seus resultados que a pessoa idosa em cuidados paliativos apresenta um notável sofrimento logo após o diagnóstico, ou quando ocorria a recidiva em casos de pacientes oncológicos. Os pacientes apresentaram momentos de choro pós diagnóstico, dificuldade de processamento de informações, comunicação deficiente e sentimentos de incerteza em relação ao futuro e etapas do tratamento.

No ambiente domiciliar (E4, E5), ambulatorial (E2, E18, E23, E44), hospitalar (E6, E15-E38), e Hospice (E36, E43) foi possível identificar que os pacientes vivenciaram sua doença como um processo longo e desafiador, notando o surgimento de sentimentos como impotência, medo, estresse e isolamento decorrente da experiência de estar doente.

No enfrentamento do sofrimento causado pelo adoecimento crônico, os pacientes tentam manter a vida como era antes, preservando sua rotina no trabalho, priorizando atividades de lazer, interação com amigos, ações presentes nos estudos (E12, E24, E29). As pesquisas foram

realizadas com pacientes idosos em atendimentos ambulatoriais, o qual foi observado que, manter a rotina preservada, ajuda a evitar sentimentos negativos, promovendo assim atividades típicas de trabalho, reuniões com amigos e encontros com familiares.

Os pacientes idosos em palição relataram nos estudos (E3, E5, E10-E12, E15, E17, E40-E43, E46, E48-E49, E51-E53) que a devida atenção a ser dada as questões que envolvem o domínio social, como o ato de compartilhar as emoções, pode ser importante no processo de enfrentamento da doença crônica.

Foi possível identificar que os pacientes preferiram conversar sobre seus sentimentos com profissionais, ao invés de conversar com familiares, porque eles poderiam expressar sentimentos sem ter que lidar com as emoções dos entes queridos (KOZLOV *et al.*, 2018). Vale ressaltar que os profissionais de saúde não devem pressionar o paciente idoso a expor suas emoções, mas pode acompanhar e verificar se este realmente não deseja conversar sobre suas emoções, ou simplesmente evita falar sobre, para não sobrecarregar seus familiares (KOZLOV *et al.*, 2018). Assim, os profissionais de saúde devem fornecer um ambiente adequado e seguro para que os pacientes compartilhem seus sentimentos de forma espontânea.

Ao contrário do que foi discutido no parágrafo anterior, os estudos (E18, E30, E33) trazem que, embora os pacientes idosos enfatizem a necessidade de expressar sentimentos, alguns pacientes também indicaram que deveria haver um equilíbrio entre conversas sobre sentimentos negativos e aspectos positivos da vida. Já outros pacientes não quiseram falar sobre tristeza, ansiedade, medo e preferiram lidar com as emoções por conta própria.

A NHB de minimizar a ansiedade, tristeza e incerteza discutidas acima podem ser identificadas na classificação de Horta no nível Psicossocial com as necessidades: segurança, atenção, aceitação, autorrealização, autoestima e participação. Estudos (E5, E45) indicam que as pessoas idosas em cuidados paliativos podem apresentar uma gama de sentimentos no avanço da doença, assim, levando em consideração a teoria, é necessário identificar as percepções e expectativas do paciente com relação à doença, utilizando um processo de comunicação que seja claro, possibilite esclarecer as dúvidas e trace estratégias de enfrentamento que possa mitigar a ansiedade e tristeza.

Outra NHB identificada foi a de **estar próximo da família**, a maioria das pessoas nos momentos de final da vida deseja serem cuidadas em seus domicílios. Os familiares nesse contexto desempenham um papel importante na realização de um atendimento domiciliar efetivo, porém muitas famílias não se sentem preparadas emocionalmente para assumir esse cuidado no domicílio, ou não tem condições financeiras para tal cuidado.

Os familiares foram identificados pelos pacientes idosos nos estudos (E8, E19) como fonte de força, apoio e tem um significado e uma identidade para cada paciente. O apoio dos familiares aos pacientes vai desde o suporte nas demandas de cuidados pessoais e da vida diária ao apoio emocionalmente, e muitas vezes chega à necessidade de fazer a administração de bens pessoais, ações que demonstram contribuir positivamente para a continuidade do cuidado e equilíbrio, proporcionando qualidade de vida a pessoa idosa em palição (ZWEERS *et al.*, 2019).

Segundo os estudos (E15, E30, E39), os cuidados prestados pelo familiar possibilitam uma sensação de segurança e confiança, pois à presença de um ente querido no enfrentamento do adoecimento e nos cuidados de fim de vida influenciam os pacientes em se sentirem apoiados fisicamente nas ações para o autocuidado, na melhora no sono e repouso, um incentivo à mobilidade e alimentação, sempre que possível. Emocionalmente os pacientes podem enfrentar melhor os seus medos, solidão, ansiedade e socialmente, pode contribuir para melhorar a interação com familiares, amigos e com os profissionais de saúde.

A NHB de estar próxima a família está inserida no nível psicossocial, representado por atitudes de amor, segurança, comunicação, sociabilidade, autorrealização, autoestima e atenção. É possível inferir que está NHB, quando não atendida, poderá influenciar intimamente em outras necessidades, inclusive atingindo outras dimensões, como por exemplo no sono, nutrição, solidão, comunicação e até mesmo segurança.

O estudo E50 realizado com pacientes idosos acompanhados em domicílio pôde observar que as pessoas idosas que moram sozinhas podem experimentar um maior sofrimento emocional do que aquelas que vivem com parceiro, cônjuge ou familiares. O fato de morar sozinho pode vir a contribuir ou agravar os problemas de saúde e outras dificuldades relacionadas à manutenção do cuidado. Diante destes resultados, os autores sugerem que os idosos que moram sozinhos podem ser bons alvos para medidas mais rigorosas de acompanhamento e cuidados.

Com relação ao acompanhamento e planejamento de cuidado, é relevante que o paciente seja aliado na escolha de atividades e decisões diárias sobre o cuidado com a vida anterior e os hábitos diários, o que remete a mais uma NHB, a de **fazer escolhas quanto ao tratamento** apontado em dois dos estudos (E14, E36). Reforçam à importância da participação ativa dos pacientes idosos em palição no planejamento do cuidado. O estudo E36 realizado com pacientes assistidos num Hospice observou que os idosos levantaram a discussão sobre a escolha do tratamento algumas vezes, e que alguns deles demonstraram preocupação com o futuro, o que suscitou as discussões sobre diretrizes antecipadas de vontade.

É necessário que a equipe multidisciplinar de cuidados paliativos busque estratégias que possibilite ajudar a pessoa idosa em palição na tomada de decisões, esclarecendo suas dúvidas e usando de uma comunicação empática, que possibilite contribuir para reduzir as incertezas e permita ao paciente autoavaliar sua condição, tanto cognitiva quanto emocionalmente, ajudando-o a se preparar para os planos futuros (STROHBUECKER *et al.*, 2011)

Essa aproximação da equipe multidisciplinar com os pacientes requer uma comunicação clara, empática e efetiva, tornando-a uma NHB que foi evidenciada 10 estudos como a de **ser compreendido e ter uma comunicação efetiva**.

A comunicação efetiva permite que a pessoa idosa em palição e sua família tenham clareza quanto ao processo de morrer e morte, ao prognóstico, e as medidas a serem tomadas é fundamental para uma interação de sucesso na construção de uma dinâmica comunicativa adequada, na qual se verifica uma harmonia entre o cuidar instrumental e comportamental, constituindo o eixo do cuidar/cuidado confortador (RIBEIRO; MARQUES; RIBEIRO, 2017).

A comunicação verbal e não verbal descrita por Horta na teoria das NHB, como necessidade de comunicação, é assumida um elemento essencial no estabelecimento das relações interpessoais. Inicialmente, esse contato de comunicação direta com os profissionais ocorre primeiro com as enfermeiras, por ter maior proximidade com o paciente, no entanto, o paciente deve contar com outros profissionais integrantes de uma equipe interdisciplinar para melhor atender suas NHB.

Atender essa NHB é importante no processo de confiabilidade dos pacientes para com os profissionais de saúde, e pode contribuir para minimizar sentimento de insegurança sobre tratamentos e planos de cuidados, ao passo que, quando há uma comunicação com o uso de uma linguagem clara, os pacientes se sentem compreendidos em suas individualidades (BRISTOWE *et al.*, 2018).

Os estudos (E5, E35, E45) realizados respectivamente em âmbito domiciliar, hospitalar e num Hospice demonstraram que a NHB de uma comunicação clara e efetiva marcou o processo de cuidar desses pacientes, quando os profissionais de saúde deixam uma comunicação fragmentada ou marcada por lacunas, até mesmo de silêncios, sobre o prognóstico tendendo a despertar angústia e incerteza sobre o futuro.

Segundo os estudos (E13, E16), as necessidades de informação por parte dos pacientes podem variar ao longo do tempo, principalmente quando se trata de eventos específicos da doença. Para alguns pacientes, existe a necessidade de um maior detalhamento de informações; para outros, pode preferirem saber menos sobre sua doença, cada um a seu modo. Além disso, quando do diagnóstico inicial e as primeiras medidas de tratamento, os pacientes recebem

diversas informações que naquele momento são necessárias para permitir uma compreensão das etapas individuais do tratamento. Todavia, com o passar do tempo pode ocorrer uma diminuição significativa na necessidade dessas informações (BOUCHER; JOHNSON; LEBLANC *et al.*, 2018).

Por outro lado, quando faltam informações ou quando o paciente não foi capaz de entender a mensagem que lhe foi passada, tende a gerar uma situação que reforça a sensação de tristeza, desamparo e frustração (BRISTOWE *et al.*, 2018). O estudo E45 foi realizado com pacientes acompanhados num Hospice e teve como objetivo identificar as necessidades que podem contribuir para o aumento da ansiedade. Os resultados desse estudo apontam que a ausência de informações pode contribuir para o aumento da ansiedade e sentimento de desamparo.

Contar com um **ambiente calmo** foi outra NHB identificada. Considerando a base fundamental das NHB segundo a Teoria defendida por Horta, as necessidades geralmente são percebidas quando ocorre um estado de desequilíbrio dos fenômenos vitais, manifestadas por tensões, sejam elas conscientes ou inconscientes (HORTA, 2011). Daí o ambiente, seja ele físico ou inter-relacional, pode entrar em desequilíbrio diante do processo de morrer na pessoa idosa em cuidados paliativos, passando a ser um desejo do paciente de que se mantenha um ambiente calmo e tranquilo de modo a contribuir para o seu conforto.

O Estudo (E25) realizado com pacientes hospitalizados aponta que um ambiente agitado pode influenciar no estado geral do paciente, repercutindo principalmente no sono e repouso; este por sua vez, quando não preservado; pode desencadear desequilíbrios como discutindo na NHB sono preservado. Este fato reforça ainda mais a importância do silêncio, principalmente no período noturno, momento esperado para o descanso dos pacientes.

Os outros três estudos, sendo o (E8) realizado com pacientes idosos residentes em ILPI, o (E14) e (E43), ambos com paciente assistidos num Hospice, foi possível observar manifestações dos idosos por um quarto privativo ou com poucas camas, com uma menor circulação da equipe de saúde, representando para ele um ambiente mais tranquilo.

Dessa forma, é importante compreender e identificar as influências do ambiente no cuidado ao paciente idoso em palição, para a formulação de possíveis estratégias que visem melhorar a sua condição de saúde e conforto a partir de um ambiental que atenda as demandas da realidade da instituição, mas, também, possibilite um estado de equilíbrio dinâmico para o idoso. Horta (2011) afirma que as necessidades são universais, manifestam-se de modo comum

para todas as pessoas, no entanto sofre variações quanto a sua manifestação e os modos como cada um busca satisfazê-las.

Os estudos (E8-E9, E36, E45, E50, E53) fazem referência à NHB de **maior atenção dos profissionais de saúde**. A atenção, segundo a Teoria das NHB, é uma necessidade de ordem psicossocial e comum a todos os seres vivos, considerando seus distintos aspectos relacionados a complexidade orgânica. Querer ter atenção, no contexto da hospitalização representa o desejo de contar com a presença mais frequente da equipe interdisciplinar, demonstrando apreço, interesses e zelo as especificidades de cada pessoa idosa em palição, fazendo com que ela se sinta mais acolhida e segura quanto ao seu processo terapêutico.

Nos estudos (E9, E45, E50) os pacientes mencionam a importância do papel das enfermeiras e médicos de estarem presentes nas instituições de cuidado em relação ao controle da ansiedade. Alguns pacientes referem que as enfermeiras, diante de sua presença constante, são consideradas como “os olhos e os ouvidos” do paciente, e a partir dessa lógica, representam uma ponte entre eles e os demais profissionais da equipe interdisciplinar.

A NHB de **sentir-se reconhecido** esteve presente nos estudos (E1, E8) e tem relação com a maneira como os profissionais reconhecem as vontades e autonomia dos pacientes, respeitando suas individualidades, e especificidades. Estudo (E1) com pacientes hospitalizados expressa a importância do respeito nas suas escolhas quanto ao aceite ou recusa a um convite para falar sobre determinado assunto, ou participar de qualquer outra atividade.

Já o estudo E8 realizado com pessoas idosas na ILPI, os pacientes relataram que gostariam de se sentir reconhecidos por suas próprias histórias, hábitos e preferências. Esse desejo reflete o quanto as pessoas idosas em palição tentam se afirmar como pessoas que precisam viver a sua integralidade e não apenas como idosos frágeis e doentes com capacidades reduzidas.

Os pacientes também valorizavam o comportamento convidativo do profissional, em querer conversar e dialogar nos momentos oportunos. Portanto é essencial que os paliativistas percebam e valorizem a individualidade e as demandas de cada paciente.

Com relação à NHB de **interação social**, seis estudos, trazem que a pessoa idosa em palição manifesta esse desejo de sociabilidade. Horta (2011) defende que a pessoa é parte integrante do universo dinâmico, desse modo ela está sujeita às leis que rege esse domínio espacial. Assim, como integrante desse universo, a interação é uma das leis que demarca o convívio social. A necessidade de interação social se manifesta pelo desejo na pessoa idosa em estar próximo da família e se revela como um ponto positivo para o enfretamento do adoecimento crônico. Do mesmo modo, a interação com amigos e outras redes de apoio podem



trazer benefícios e estimular os pacientes a lidar com repercussões da doença (ASTROW *et al.*, 2018).

Os estudos (E29, E32) desenvolvidos com pacientes que recebem atendimento a nível ambulatorial mencionaram a importância de ter uma atitude positiva frente às adversidades das doenças, e da relevância de poder contar com os familiares, amigos e os próprios cuidadores informais nas interações rotineiras, de passeios e nos momentos das refeições. Estas são estratégias que contribuem para atender à necessidade de sociabilidade.

Com relação aos pacientes internados/hospitalizados, os estudos (E1, E10, E39) evidenciam que os participantes observaram uma perda significativa de interação social com seus amigos e familiares, como efeito da hospitalização e das limitações funcionais decorrentes da doença, o que contribuiu para essas pessoas idosas a manifestarem sentimentos de tédio ou solidão.

Alguns pacientes propositadamente limitaram sua sociabilidade em decorrência do medo de possíveis constrangimentos devido às limitações funcionais causadas pela doença. As limitações em sua maioria são relacionadas à fala, aos cuidados com a locomoção, alimentação, e com relação as eliminações vesicais. Tal situação pode ser correlacionada a NHB de autoestima e autoimagem na classificação de Horta, considerando que os pacientes quando apresentam limitações funcionais e mudança na aparência devido às repercussões da doença crônica podem apresentar sinais de baixa autoestima e conseqüentemente tem suas relações sociais diminuídas diante de uma crise na autoimagem (HONÓRIO; SANTOS, 2018).

A doença crônica devido a sua progressão e agravamento podem causar limitações e possivelmente a dependência na pessoa idosa as atividades básicas diárias, neste caso muitos idosos precisam de **ajuda nas atividades da vida diária**, caracterizando-a como uma NHB. Essa necessidade passar por dois elementos constitutivos da Teoria de Horta, um é a aceitação e o outro é a aprendizagem (educação à saúde). É preciso que a pessoa idosa aceite a perda de sua funcionalidade para a execução de algumas ou muitas atividades da vida diária e, a partir dessa aceitação ela passe a aprender a lidar com o auxílio de um cuidador, seja ele formal ou informal.

Dez estudos apontam para a presença da NHB de ajuda nas atividades da vida diária. Os pacientes idosos com doença crônica em cuidados paliativos participantes dos estudos (E8, E20) relataram que há uma preocupação em não ser um fardo para os outros. Essa preocupação vem em decorrência das vivências dos pacientes nos cuidados ao fim da vida serem marcadas pela diminuição progressiva da função motora devido ao avanço e agravamento da doença e conseqüentemente a um aumento das atividades de cuidado que pode sobrecarregar os

cuidadores familiares. Nessa perspectiva, também é possível observar que as pessoas idosas se sentem cada vez mais angustiadas e deprimidas em relação ao declínio da sua capacidade funcionar, fato que também pode influenciar na sobrecarga dos cuidadores familiares e repercute nessa preocupação em não ser um fardo para a família (KRUG *et al.*, 2016).

A NHB de ajuda nas atividades de vida diária (vestir-se, alimenta-se, ir ao banheiro e tomar banho) requer uma priorização no atendimento, com o intuito de promover maior autonomia aos pacientes e minimizar as repercussões no déficit do autocuidado. Os estudos (E10, E26, E40) reforçam que a pessoa idosa em palição experimenta a diminuição da função física e ao tornam-se acamada, com limitações para se comunicar, para cuidar da higiene pessoal e viver de forma independente, vivenciam a diminuição da autonomia e, muitas vezes tem seus sentimentos de autoestima reduzidos.

As equipes de cuidados paliativos que acolhem os pacientes e seus familiares devem traçar estratégias para minimizar o risco do paciente idoso em se tornar dependente, e realizar atividades que possam oferecer controle e provisão de apoio psicossocial aos pacientes e suas famílias (KUKULKA *et al.*, 2019).

Existe um crescimento quanto ao interesse e atenção para com a dimensão espiritual como parte integrante dos princípios dos cuidados paliativos e a associação da comunicação ativa para avaliar, ouvir e apoiar pacientes no seu processo e familiares no luto. Além disso, as crenças religiosas do paciente ou a busca pela espiritualidade têm demonstrado resultados positivos em seu processo saúde/doença com repercussão positiva na qualidade de vida, na vontade de viver e num enfrentamento quanto a progressão da doença crônica (BORNEMAN *et al.*, 2010).

Diante dessas considerações iniciais passa-se a discussão das **Necessidades Psicoespirituais** de modo que a NHB de que haja **honestidade nas informações no curso da doença** é tida como um grande desafio no gerenciamento das incertezas no convívio com uma doença avançada e progressiva, sem possibilidade de cura, sendo reconhecida nos pacientes com doença crônica. Dessa forma é importante explorar a compreensão dos conhecimentos dos pacientes idosos acerca de sua condição, seus objetivos e envolvimento no lidar com a doença. A compreensão desses fatores é fundamental para permitir uma abertura e discussões honestas sobre o plano de cuidados e as preferências futuras.

O estudo (E45) realizado na Alemanha com pacientes idosos acompanhados num Hospice demonstrou que o acesso às informações sobre o prognóstico foi um ponto benéfico para reduzir suas incertezas e insegurança. Os estudos (E35, E45) os pacientes manifestaram preferir que as enfermeiras discutissem o plano de cuidados, a exemplo do manejo da dor, na

presença do paciente, uma vez que naquele serviço, as discussões para tomada de decisões entre os profissionais da equipe, ocorrem em uma sala reservada e longe dos olhos do paciente.

Considerando a importância na pessoa idosa como participante ativo do cuidado, a equipe de cuidados paliativos deve reconhecer o desejo do paciente em ter acesso a informações sobre tratamento, medicamentos e possíveis cuidados que serão realizados. A abordagem do paciente inicialmente deve explorar a percepção na pessoa idosa sobre sua condição clínica, pois a percepção do paciente pode ser pior do que os fatos, e ocasionar ansiedade e tristeza, dessa forma, a partir de um ambiente seguro e acolhedor, os pacientes devem receber informações claras e adaptadas e ser inserido no planejamento do cuidado (HEUSE *et al.*, 2017).

Os pacientes que enfrentam uma doença crônica progressiva, em processo de terminalidade, podem experimentar diversas preocupações, a exemplo da incapacidade de encontrar significado e propósito para sua vida diante do diagnóstico e prognóstico, desesperança, raiva de Deus e até a falta vontade de viver (volição). Estas implicações podem repercutir em um baixo bem-estar espiritual, que quando não atendidas podem deixar os pacientes idosos mais propensos a ações suicidas e terem o desejo de apressar sua morte (BOUCHER; JOHNSON; LEBLANC, 2018).

A NHB **ter apoio espiritual** faz parte do nível psicoespirituais na classificação de Horta, que se expressa à dimensão religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida. Nesse nível o paciente busca a compreensão do significado e finalidade da vida, a harmonia com outras pessoas, com a Terra e com o universo e a relação com Deus/Realidade.

Os estudos (E2, E4, E13, E22, E25, E29, E34, E38, E43, E46) enfatizam a importância da ética nas discussões acerca das questões espirituais por parte dos líderes religiosos que frequentavam as instituições de saúde, dessa maneira, os pacientes se sentem mais a vontade em conversar sobre seus pensamentos e emoções de cunho espiritual independente da religião ao qual o líder religioso representa. Observar-se que ao dar ênfase a espiritualidade, prevaleceu durante as reuniões entre membros religiosos e o paciente, o respeito à individualidade, incluindo o não proselitismo.

Os resultados da revisão, com base nos estudos (E2, E4, E13, E22, E29) realizados com pacientes idosos que declaram que tinham fé e professaram uma religião, revelam que a maioria dos participantes com doenças avançadas, sejam oncológicas ou não oncológicas, confiava em sua religião para ajudá-los a lidar com sua doença. Esta informação se intensificava em pacientes acompanhados em unidades de cuidados intensivos, ou seja, na unidade de terapia intensiva, cenário no qual os pacientes manifestavam maior desejo de professar suas crenças

espirituais e religiosas no enfrentamento da progressão da doença (KAMIJO; MIYAMURA, 2018).

Foi possível perceber ainda nos estudos E4, E13 e E46 que os pacientes e familiares cuidadores desejavam ter suas necessidades espirituais atendidas. Os estudos enfatizam a importância da atuação dos profissionais de saúde utilizando-se da comunicação ao realizar as indagações em tempo apropriado sobre crenças espirituais e ao perceber as razões as quais os pacientes gostariam de conversar sobre fé, religião e crenças espirituais (SELMA *et al.*, 2018).

O sofrimento espiritual também pode aguçar e ser exacerbado por fatores sociais e até mesmo por manifestações de sinais e sintomas físicos, como a dor, dispneia, falta de informações, ansiedade e até por um diagnóstico desconhecido da doença. A Organização Mundial da Saúde defende a identificação antecipada e avaliação dos problemas da dimensão espirituais, a partir da identificar dos possíveis fatores que contribuam para o seu surgimento. Em busca por uma avaliação efetiva os profissionais devem se qualificar e assim, ao realizar o atendimento ao paciente, poder proporcionar meios pelos quais ele se sinta seguro ao discutir as questões espirituais (BORNEMAN *et al.*, 2010).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo permitem identificar 17 NHB a saber: minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas, ter seus sintomas controlados (dor, náusea, fraqueza e dispneia), apoio espiritual, suporte nutricional, ajuda nas atividades da vida diária, ser compreendido e uma comunicação efetiva, estar próximo à família, honestidade nas informações no curso da doença, ter controle das funções intestinais e urinárias, sentir-se seguro, maior atenção dos profissionais de saúde, ajuda financeira, ambiente calmo, sono preservado, sentir-se reconhecido, fazer escolhas quanto ao tratamento.

De todas as NHB identificadas, houve um maior número de necessidades humanas básicas do nível psicossocial segundo a classificação de Horta. Este fato nos permite considerar a importância do atendimento à pessoa idosa em todas as suas dimensões, ou seja, o cuidado deve ser direcionado para além dos sinais e sintomas físicos, é necessário priorizar também as repercussões emocionais, sociais e espirituais dos pacientes.

A NHB que mais se destacou foi minimizar sua ansiedade, tristeza e incertezas presentes em quarenta e um dos artigos que compuseram o corpus da pesquisa. Embora o impacto dessas emoções seja reconhecido, a ansiedade, a tristeza e as incertezas frequentemente estão associadas com sintomas físicos e, mais recentemente, já existem estudos que também as associam com as repercussões espirituais. Esses dados reforçam o que enfatiza a teoria Wanda Horta, de que as NHB são interligadas, integrantes e fazem parte de um todo.

Outra consideração importante percebida nos estudos passa pelas diferenças nas apresentações de sintomas entre os pacientes idosos oncológicos e não oncológicos. Os primeiros tendem a dar mais ênfase às necessidades psicobiológicas, justificadas pela agressividade dos sintomas físicos causados pelas doenças e pelo tratamento. Já os pacientes idosos com diagnóstico não oncológico dão maior ênfase às repercussões psicossociais, fato que pode estar relacionado ao enfrentamento prolongado da doença crônica por parte na pessoa idosa e sua família.

A percepção das NHB não atendidas da pessoa idosa desta revisão pode contribuir para melhorar o atendimento oferecido aos pacientes que estão morrendo com a progressão e agravamento da doença crônica. A inclusão dos pacientes e familiares no planejamento do cuidado é uma estratégia que a aproximação com os profissionais de saúde pode facilitar a identificação das NHB e, conseqüentemente, gerar discussões necessárias ao plano de cuidados do paciente sobre o diagnóstico, prognóstico, desejos com relação ao processo de morrer e melhora no gerenciamento dos sintomas comuns nesse processo de agravamento.

Assim, reiteramos que a identificação das NHB pode permitir que as equipes de cuidados paliativos realizem um cuidado mais completo a pessoa idosa em final de vida. Este cuidado pode ser baseado na abordagem da TNHB proposta por Wanda Horta, que abrange não apenas o alívio de sintomas, mas também torna necessário a discussão em abordar as questões emocionais, sociais e espirituais, tirando alguém da dor total e para a realização humana.

Nesta perspectiva, podemos considerar que os cuidados paliativos podem ser inseridos logo após o diagnóstico de uma doença crônica e progressiva. Os profissionais de saúde precisam antecipar e tratar os sinais e sintomas, minimizando os desequilíbrios e o aparecimento das NHB com o objetivo de preservar a independência e a qualidade de vida na pessoa idosa.

Portanto, promover os cuidados de fim de vida adequados para as Necessidades Humanas Básicas de um indivíduo e de sua família, respeitando suas individualidades pode repercutir de maneira positiva no enfrentamento da doença crônica, para que isso ocorra de forma efetiva é importante que haja uma melhor compreensão dos princípios e diretrizes de cuidados de fim de vida, para melhor atender os pacientes.

Profissionais de saúde devem ser sensibilizados para a alta ocorrência de NHB em pacientes idosos oncológicos e não oncológicos. Além disso, deve ocorrer a educação continuada com profissionais de saúde sobre a avaliação sistemática de sintomas em todos os domínios.

Por fim, foi possível observar que ainda há poucos estudos que evidenciam as Necessidades Humanas Básicas relacionadas aos pacientes idosos com doenças crônicas em cuidados paliativos. A temática deve ser mais explorada, tendo em vista que a assistência em saúde direcionada para a pessoa idosa em cuidados paliativos é complexa, pois são frequentemente confrontados com sinais e sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais que, junto à progressão da doença, agrava o quadro de dependência, perda de autonomia, diminuição da qualidade de vida nos cuidados de fim de vida.

### **Limitações do estudo**

Considera-se como limitações deste estudo, o fato de restringi-lo a apenas três idiomas (inglês, espanhol e português), o que pode ter contribuído para apenas 53 artigos sobre a temática, bem como estudos que não estavam disponíveis em texto integral, o que pode ter excluído outros estudos com possíveis resultados importantes.

### **Contribuições para a área de Enfermagem**

Os resultados do presente estudo permitiram a identificação das NHB mais afetadas na pessoa idosa em cuidados paliativos, e assim, ressaltar a importância de que os profissionais do campo da enfermagem passem a ter um olhar mais crítico quanto a identificação das NHB e as percebam como geradoras de desconforto a pessoa idosa em palição, possibilitando um planejamento de cuidados individualizado que vise preservar a sua autonomia e dignidade. Tais conhecimentos podem trazer contribuições na assistência de enfermagem, colaborando para o campo de pesquisa sobre a temática em diferentes contextos institucionais, além de inspirar a realização de futuros estudos que demonstrem o impacto que as NHB têm na vida de cada pessoa idosa em processo de finitude e seus familiares no processo de cuidar.

## REFERÊNCIAS

ALABA, J.; ARRIOLA, E.; ANTÓN, I.; GARCÍA-SOLER, A.; BUIZA, C.; HERNÁNDEZ, C. Estudio Palidem: cuidados al final de la vida en pacientes con demencia avanzada institucionalizados. **Med Paliat**, v.26, n.2, p,143-149. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-190135>. Acesso em 30 abr. 2020.

ALCANTARA, E. H. D.; DE ALCANTARA, E. H.; DE ALMEIDA, V. L.; NASCIMENTO, M. G.; DE ANDRADE, M. B. T.; DAZIO, E. M. R.; RESCK, Z. M. R. Percepção dos profissionais da equipe de enfermagem sobre o cuidar de pacientes em cuidados paliativos. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, 2018. DOI 10.19175/recom.v8i0.2673. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2673>. Acesso em 10 mar 2020.

ALVES, R. F.; DE OLIVEIRA ANDRADE, S. F.; MELO, M. O.; CAVALCANTE, K. B.; ANGELIM, R. M. Cuidados paliativos: desafios para cuidadores e profissionais de saúde. **Fractal : Revista de Psicologia**, v. 27, n. 2, p. 165–176, 2015. DOI 10.1590/1984-0292/943. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/943>. Acesso em 18 abr. 2020.

ALVES, K. Y. A. **Comunicação escrita dos profissionais de saúde em hospitais públicos do Rio Grande do Norte**. 2017. 134f. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências de Saúde, RN. 2017. Disponível em: [https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/24515/1/KisnaYasminAndradeAlves\\_TESE.pdf](https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/24515/1/KisnaYasminAndradeAlves_TESE.pdf). Acesso em 07 de jun. 2020.

AMARAL, J. B. A enfermagem e os Cuidados Paliativos à pessoa idosa. In: SILVA, R. S. (org.); AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em Cuidados Paliativos-Cuidando para uma boa morte**. 2ªed. São Paulo: Martinari, 2019 cap. 4, p217- 225.

ANDREWS, A.; MORGAN, G. Constipation management in palliative care: treatments and the potential of independent nurse prescribing. **International journal of palliative nursing**, v. 18, n. 1, p. 17–22, jan. 2012. DOI 10.12968/ijpn.2012.18.1.17. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2012.18.1.17>. Acesso em 28 de set. 2019.

ARNOLD, B. L. Mapping hospice patients' perception and verbal communication of end-of-life needs: an exploratory mixed methods inquiry. **BMC palliative care**, v. 10, p. 1, 27 jan. 2011. DOI 10.1186/1472-684X-10-1. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-684X-10-1>. Acesso em 28 de set. 2019.

ARAÚJO, M. S. **Conhecimento, satisfação e autoconfiança de estudantes técnicos de enfermagem a partir do uso da simulação clínica: estudo quase experimental**. Natal, 2019. 143f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Atenção à Saúde) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2019. Disponível em: [https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/27077/1/Avalia%C3%A7%C3%A3oseguran%C3%A7acuidado\\_Medeiros\\_2019.pdf](https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/27077/1/Avalia%C3%A7%C3%A3oseguran%C3%A7acuidado_Medeiros_2019.pdf). Acesso em 07 de jun. 2020.

AROMATARIS, E.; MUNN, Z. **JBIR Reviewer's Manual** PDF. 2020. DOI 10.46658/jbirm-20-02. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.46658/jbirm-20-02>. Acesso em 10 de dez 2019.

ASTROW, A. B.; KWOK, G.; SHARMA, R. K.; FROMER, N.; SULMASY, D. P. Spiritual Needs and Perception of Quality of Care and Satisfaction With Care in Hematology/Medical



Oncology Patients: A Multicultural Assessment. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 55, n. 1, p. 56–64, 2018. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2017.08.009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.08.009>. Acesso em 11 de set 2019.

BARBOSA, R. M. S.; CABANA, M. C. F. L. Os Cuidados Paliativos e a Relação da Equipe de Saúde com o Paciente sem Possibilidades de Cura. **Psicologado**, [S.l.]. (2018). Disponível em <https://psicologado.com.br/atuacao/psicologia-hospitalar/os-cuidados-paliativos-e-a-relacao-da-equipe-de-saude-com-o-paciente-sem-possibilidade-de-cura>. Acesso em 02 Abr. 2020.

BEKELMAN, D. B.; RUMSFELD, J. S.; HAVRANEK, E. P.; YAMASHITA, T. E.; HUTT, E.; GOTTLIEB, S. H.; DY, S. M.; KUTNER, J. S. Symptom burden, depression, and spiritual well-being: a comparison of heart failure and advanced cancer patients. **Journal of general internal medicine**, v. 24, n. 5, p. 592–598, maio 2009. DOI 10.1007/s11606-009-0931-y. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-009-0931-y>. Acesso em 03 mai. 2020.

BERNARD, M.; STRASSER, F.; GAMONDI, C.; BRAUNSCHWEIG, G.; FORSTER, M.; KASPERS-ELEKES, K.; WALTHER VERI, S.; BORASIO, G. D.; SMILE CONSORTIUM TEAM. Relationship Between Spirituality, Meaning in Life, Psychological Distress, Wish for Hastened Death, and Their Influence on Quality of Life in Palliative Care Patients. **Journal of pain and symptom management**, v. 54, n. 4, p. 514–522, out. 2017. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2017.07.019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.019>. Acesso em 01 mai. 2020.

BUB, M. B. C.; GARCIA, T. R. Necessidades Humanas: do Mito à Enfermagem atual. In: GARCIA, T. R. (org.); EGRY, E. Y. et al. **Integralidade da Atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Porto Alegre: Artimed, 2010. Cap. 2, p. 41-63.

BOLT, M.; IKKING, T.; BAAIJEN, R.; SAENGER, S. Scoping review: occupational therapy interventions in primary care. **Primary health care research & development**, v. 20, n.28, 20 Mar. 2019. DOI 10.1017/S146342361800049X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1017/S146342361800049X>. Acesso em 18 ago. 2020.

BONNER, A.; CHAMBERS, S.; HEALY, H.; HOY, W.; MITCHELL, G.; KARK, A.; RATANJEE, S.; YATES, P. Tracking patients with advanced kidney disease in the last 12 months of life. **Journal of renal care**, v. 44, n. 2, p. 115–122, jun. 2018. DOI 10.1111/jorc.12239. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jorc.12239>. Acesso em 01 mai. 2020.

BORNEMAN, T.; FERRELL, B.; PUCHALSKI, C. M. Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. **Journal of pain and symptom management**, v. 40, n. 2, p. 163–173, ago. 2010. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2009.12.019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.12.019>. Acesso em 18 ago. 2020.

BOUCHER, N. A.; JOHNSON, K. S.; LEBLANC, T. W. Acute Leukemia Patients' Needs: Qualitative Findings and Opportunities for Early Palliative Care. **Journal of pain and symptom management**, v. 55, n. 2, p. 433–439, fev. 2018. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2017.09.014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.09.014>. Acesso em 18 ago. 2020.

BUŽGOVÁ, R.; HAJNOVÁ, E.; SIKOROVÁ, L.; JAROŠOVÁ, D. Association between unmet needs and quality of life in hospitalised cancer patients no longer receiving anti-cancer treatment. **European journal of cancer care**, v. 23, n. 5, p. 685–694, Sep. 2014. DOI 10.1111/ecc.12181. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/ecc.12181>. Acesso em 10 abr. 2020.

BUZGOVA, R.; SIKOROVA, L.; JAROSOVA, D. Assessing Patients' Palliative Care Needs in the Final Stages of Illness During Hospitalization. **The American journal of hospice & palliative care**, v. 33, n. 2, p. 184–193, mar. 2016. DOI 10.1177/1049909114556528. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1049909114556528>. Acesso em 10 abr. 2020.

BRANDÃO, M. A. G.; BARROS, A. L. B. L. de; CANIÇALI PRIMO, C.; BISPO, G. S.; LOPES, R. O. P. Nursing theories in the conceptual expansion of good practices in nursing. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 577–581, Mar. 2019. DOI 10.1590/0034-7167-2018-0395. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>. Acesso em 07 set. 2019.

BRISTOWE, K.; SELMAN, L. E.; HIGGINSON, I. J.; MURTAGH, F. E. M. Invisible and intangible illness: a qualitative interview study of patients' experiences and understandings of conservatively managed end-stage kidney disease. **Annals of Palliative Medicine**, v. 8, n. 2, p. 121–129, 2019. DOI 10.21037/apm.2018.12.06. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21037/apm.2018.12.06>. Acesso em 06 Out. 2019.

CABIANCA, C. Á. M.; MENEGHETI, G. G.; BERNARDI, I. C. P.; et al. Comparação entre Escala de Performance de Karnofsky e Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton como determinantes na assistência paliativa. **Rev Soc Bras Clin Med**. v.15, n. 1, p.2-5, jan-mar. 2017. Disponível em: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/rjfyp> . Acesso em 29 mar. 2019.

CIANCIARULLO, T. I. TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS — UM MARCO INDELÉVEL NA ENFERMAGEM BRASILEIRA. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 21, sn., p. 100–107, 1987. DOI 10.1590/0080-62341987021esp00100. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0080-62341987021esp00100>. Acesso em jun. 2020.

CLOS, M. B.; GROSSI, P. K. Desafios para o cuidado digno em instituições de longa permanência. **Revista Bioética**, v. 24, n. 2, p. 395–411, 2016. DOI 10.1590/1983-80422016242140. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242140>.. Acesso em 29 mar. 2019.

COSTA, I.; COSTA, S.; ANDRADE, C. G.; FRANÇA, J.; SANTOS, K.; LOPES, M. Cuidados Paliativos no Contexto Hospitalar: Produção Científica no Âmbito da Pós-Graduação em Enfermagem. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 4, p. 387–392, 2013. DOI 10.4034/rbcs.2013.17.04.10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4034/rbcs.2013.17.04.10>. Acesso em 20 mar. 2019.

CHEUNG, W. Y.; BARMALA, N.; ZARINEHBAF, S.; RODIN, G.; LE, L. W.; ZIMMERMANN, C. The association of physical and psychological symptom burden with time to death among palliative cancer outpatients. **Journal of pain and symptom management**, v. 37, n. 3, p. 297–304, mar. 2009. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2008.03.008.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.03.008>. Acesso em 20 set. 2020.

CHIKHLADZE, N.; TEBIDZE, N.; CHABUKIANI, T.; CHABUKIANI, N.; CHKHARTISHVILI, N.; JINCHARADZE, M.; KORDZAIA, D. The Attitudes, Needs, and Requirements at End of Life in the Republic of Georgia (Comparative Analysis of Groups of Patients With Cancer and Elders). **Journal of palliative care**, v. 33, n. 4, p. 252–259, Oct. 2018. DOI 10.1177/0825859718779455. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0825859718779455>. Acesso em 20 set. 2020.

CRUZ, L. F. M. **Análise do Comportamento aplicada à promoção da saúde: uma revisão de escopo**. 2015. 78 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/16762>. Acesso em 05 mai. 2020.

CURROW, D. C.; ALLINGHAM, S.; YATES, P.; JOHNSON, C.; CLARK, K.; EAGAR, K. Improving national hospice/palliative care service symptom outcomes systematically through point of care data collection, structured feedback and benchmarking. **Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer**, v. 23, n. 2, p. 307–315, fev. 2015. DOI 10.1007/s00520-014-2351-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-014-2351-8> Acesso em 05 mai. 2020.

DAVISON, S. N.; JHANGRI, G. S. Existential and supportive care needs among patients with chronic kidney disease. **Journal of pain and symptom management**, v. 40, n. 6, p. 838–843, dez. 2010. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2010.03.015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.03.015>. Acesso em 27 de jul. 2020.

DELGADO GUAY, M.; YENNURAJALINGAM, S.; PARSONS, H.; PALMER, J. L.; BRUERA, E. Association between self-reported sleep disturbance and other symptoms in patients with advanced cancer. **Journal of pain and symptom management**, v. 41, n. 5, p. 819–827, maio 2011. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2010.07.015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.07.015>. Acesso em 01 jun. em 2020.

DHINGRA, L.; BARRETT, M.; KNOTKOVA, H.; CHEN, J.; RIGGS, A.; LEE, B.; HINEY, B.; MCCARTHY, M.; PORTENOY, R. Symptom Distress Among Diverse Patients Referred for Community-Based Palliative Care: Sociodemographic and Medical Correlates. **Journal of pain and symptom management**, v. 55, n. 2, p. 290–296, fev. 2018. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2017.08.015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.08.015>. Acesso em 07 mai. em 2020

DHINGRA, L.; DIECKMANN, N. F.; KNOTKOVA, H.; CHEN, J.; RIGGS, A.; BREUER, B.; HINEY, B.; LEE, B.; MCCARTHY, M.; PORTENOY, R. A High-Touch Model of Community-Based Specialist Palliative Care: Latent Class Analysis Identifies Distinct Patient Subgroups. **Journal of pain and symptom management**, v. 52, n. 2, p. 178–186, ago. 2016. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2016.04.001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.04.001>. Acesso em 07 mai. em 2020

DUARTE, M. C. S.; COSTA, S. F. G.; MORAIS, G. S. N., et al. Produção científica sobre a pessoa idosa em cuidados paliativos: estudo bibliométrico. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, v.7, n.3, p.3093-3109, jun. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-26896>. Acesso em 09 mar. 2019

DURANTE, A. L. T. C. **Cuidados paliativos no hospital geral: o saber-fazer do enfermeiro**. 2014. 92 p. Dissertação (Mestrado) – Pós-Graduação em Enfermagem- Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, 2014. Disponível em: <http://www.unirio.br/ppgenf/dissertacoes/dissertacoes-ppgenf-unirio-ano-2014/dissertacao-ana-luisa-teixeira-da-costa-durante>. Acesso em 13 abr. 2020.

FALLER, J. W.; ZILLY, A.; DE MOURA, C. B.; BRUSNICKI, P. H. ESCALA Multidimensional na avaliação da dor e sintomas de idosos em cuidados paliativos. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, 2016. DOI 10.5380/ce.v21i2.45734. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2.45734>. Acesso em 09 mar. 2019.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 658 p.

FERRELL, B. R.; PATERSON, C. L.; HUGHES, M. T.; CHUNG, V.; KOCZYWAS, M.; SMITH, T. J. Characteristics of Participants Enrolled onto a Randomized Controlled Trial of Palliative Care for Patients on Phase I Studies. **Journal of palliative medicine**, v. 20, n. 12, p. 1338–1344, dez. 2017. DOI 10.1089/jpm.2017.0158. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2017.0158>. Acesso em 13 ago. 2020

FRANCO, H. C. P.; STIGAR, R.; SOUZA, S. J. P; BURCIL. M. Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. **RGS**. v.17, n.2, p. 48-61, jan. 2017. Disponível em: <http://www.herrero.com.br/files/revista/file56fb2faad065b8f7980ccdf2d0aa2da1.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2020.

FREEMAN, S.; SMITH, T. F.; NEUFELD, E.; FISHER, K.; EBIHARA, S. The wish to die among palliative home care clients in Ontario, Canada: A cross-sectional study. **BMC Palliative Care**, v. 15, n. 1, 2016. DOI 10.1186/s12904-016-0093-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-016-0093-8>. Acesso em: 18 ago 2020.

FUHRMAN, D. Y.; NGUYEN, L. G.; SANCHEZ-DE-TOLEDO, J.; PRIYANKA, P.; KELLUM, J. A. Postoperative Acute Kidney Injury in Young Adults With Congenital Heart Disease. **The Annals of thoracic surgery**, v. 107, n. 5, p. 1416–1420, May 2019. DOI 10.1016/j.athoracsur.2019.01.017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.athoracsur.2019.01.017>. Acesso em: 18 ago 2020.

GARDNER, D. S.; PARIKH, N. S.; VILLANUEVA, C. H.; GHESQUIERE, A.; KENIEN, C.; CALLAHAN, J.; CARY REID, M. Assessing the palliative care needs and service use of diverse older adults in an urban medically-underserved community. **Annals of Palliative Medicine**, v. 8, n. 5, p. 769–774, 2019. DOI 10.21037/apm.2019.11.22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21037/apm.2019.11.22>. Acesso em 22 set. 2018.

GARDINER, C.; GOTT, M.; INGLETON, C.; RICHARDS, N. Palliative care for frail older people: A cross-sectional survey of patients at two hospitals in England. **Progress in Palliative Care**, v. 21, n. 5, p. 272–277, 2013. DOI 10.1179/1743291x12y.0000000043. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1179/1743291x12y.0000000043>. Acesso em 09 mar. 2018.

GARRIGUES, S. P.; GARRIGUES, M. P.; BELIO, M. I. P. Necesidades de los familiares de un paciente terminal institucionalizado en un centro geriátrico: caso clínico. **Gerokomos**, v.

26, n. 3, p. 94–96, 2015. DOI 10.4321/s1134-928x2015000300005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2015000300005>. Acesso em 16 mai. 2019.

GALLAGHER, L. M.; LAGMAN, R.; BATES, D.; EDSALL, M.; EDEN, P.; JANAITIS, J.; RYBICKI, L. Perceptions of family members of palliative medicine and hospice patients who experienced music therapy. **Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer**, v. 25, n. 6, p. 1769–1778, jun. 2017. DOI 10.1007/s00520-017-3578-y. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-017-3578-y>. Acesso em 10 jun. 2020.

GUIMARÃES, G. de L.; GOVEIA, V. R.; MENDOZA, Q. et al. Contribuição da teoria de horta para crítica dos diagnósticos de enfermagem no paciente em hemodiálise. *Rev enferm UFPE, Recife*, v.10, n.2, p.554-61, fev. 2016. Disponível em:10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201623. Acesso em 02 mar. 2020.

GLAJCHEN, M.; LAWSON, R.; HOMEL, P.; DESANDRE, P.; TODD, K. H. A rapid two-stage screening protocol for palliative care in the emergency department: a quality improvement initiative. **Journal of pain and symptom management**, v. 42, n. 5, p. 657–662, nov. 2011. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2011.06.011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.06.011>. Acesso em 02 jan. 2020.

GÓMEZ-BATISTE, X.; MARTÍNEZ-MUÑOZ, M.; BLAY, C.; AMBLÀS, J.; VILA, L.; COSTA, X.; ESPAULELLA, J.; VILLANUEVA, A.; OLLER, R.; MARTORI, J. C.; CONSTANTE, C. Utility of the NECPAL CCOMS-ICO tool and the Surprise Question as screening tools for early palliative care and to predict mortality in patients with advanced chronic conditions: A cohort study. **Palliative medicine**, v. 31, n. 8, p. 754–763, Sep. 2017. DOI 10.1177/0269216316676647. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0269216316676647>. Acesso em 20 mar. 2020.

GRUBBS, V.; O’RIORDAN, D.; PANTILAT, S. Characteristics and Outcomes of In-Hospital Palliative Care Consultation among Patients with Renal Disease Versus Other Serious Illnesses. **Clinical journal of the American Society of Nephrology: CJASN**, v. 12, n. 7, p. 1085–1089, 7 jul. 2017. DOI 10.2215/CJN.12231116. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2215/CJN.12231116>. Acesso em 15 jul. 2020.

HANSON, L. C.; COLLICHIO, F.; BERNARD, S. A.; WOOD, W. A.; MILOWSKY, M.; BURGESS, E.; CREEDLE, C. J.; CHEEK, S.; CHANG, L.; CHERA, B.; FOX, A.; LIN, F.-C. Integrating Palliative and Oncology Care for Patients with Advanced Cancer: A Quality Improvement Intervention. **Journal of Palliative Medicine**, v. 20, n. 12, p. 1366–1371, 2017. DOI 10.1089/jpm.2017.0100. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2017.0100>. Acesso em 09 ago. 2020.

HOCHMAN, M. J.; WOLF, S.; ZAFAR, S. Y.; PORTMAN, D.; BULL, J.; KAMAL, A. H. Comparing Unmet Needs to Optimize Quality: Characterizing Inpatient and Outpatient Palliative Care Populations. **Journal of pain and symptom management**, v. 51, n. 6, p. 1033–1039.e3, jun. 2016. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2015.12.338. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.338>. Acesso em 20 mar. 2020.

HOFMEISTER, M.; MEMEDOVICH, A.; DOWSETT, L. E.; SEVICK, L.; MCCARRON, T.; SPACKMAN, E.; STAFINSKI, T.; MENON, D.; NOSEWORTHY, T.; CLEMENT, F. Palliative care in the home: a scoping review of study quality, primary outcomes, and

thematic component analysis. **BMC Palliative Care**, v. 17, n. 1, 2018. DOI 10.1186/s12904-018-0299-z. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-018-0299-z>. Acesso em 04 jul. 2020.

HONÓRIO, M. O.; DOS SANTOS, S. M. A. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 51–56, 2009. DOI 10.1590/s0034-71672009000100008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672009000100008>. Acesso em 04 jul. 2020.

HORTA, de A. W. **Processo de enfermagem**. [S. l.: s. n.], 1979. Disponível em: [https://books.google.com/books/about/Processo\\_de\\_enfermagem.html?hl=&id=C1qoGwAACAAJ](https://books.google.com/books/about/Processo_de_enfermagem.html?hl=&id=C1qoGwAACAAJ). Acesso em 07 mai. em 2020.

HORTA, de A. W. **Processo de Enfermagem**. Ed 3. São Paulo: Horta, 2011.

HUSSAIN, J.; ADAMS, D.; CAMPBELL, C. End-of-life care in neurodegenerative conditions: outcomes of a specialist palliative neurology service. **International journal of palliative nursing**, v. 19, n. 4, p. 162–169, abr. 2013. DOI 10.12968/ijpn.2013.19.4.162. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2013.19.4.162>. Acesso em 04 jul. 2020.

IAHPC. **Definição de cuidados paliativos baseada em consenso global**. (2018). Houston, TX: Associação Internacional de Cuidados Paliativos e Hospitais. Disponível em: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>. Acesso em 17 jun. 2020

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE**. Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro, 29 jun. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 18 set. 2013.

\_\_\_\_\_. Número de pessoas idosas no Brasil vai quadruplicar até 2060, diz IBGE. Rio de Janeiro, 10 jul. 2013. Disponível em: [http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/08/130829\\_demografia\\_ibge\\_populacao\\_brasil\\_lgb](http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/08/130829_demografia_ibge_populacao_brasil_lgb). Acesso em 11 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Dados Históricos dos Censos. Salvador, 30 mar. 2018. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 30 jan. 2018.

JAYALAKSHMI, R.; CHATTERJEE, S.; CHATTERJEE, D. End-of-life characteristics of the elderly: An assessment of home-based palliative services in two panchayats of Kerala. **Indian Journal of Palliative Care**, v. 22, n. 4, p. 491, 2016. DOI 10.4103/0973-1075.191857. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4103/0973-1075.191857>. Acesso em 04 jul. 2020.

JOHNSON, D. E. **The behavioral system model for nursing**. In Riehl JP, Roy C, editors. *Conceptual models for nursing practice*. New York: Appleton-Century-Crofts. 206-216 p.

KAASALAINEN, S.; SUSSMAN, T.; MCCLEARY, L.; THOMPSON, G.; HUNTER, P. V.; WICKSON-GRIFFITHS, A.; COOK, R.; BELLO-HAAS, V. D.; VENTURATO, L.; PAPAIOANNOU, A.; YOU, J.; PARKER, D. Palliative Care Models in Long-Term Care: A Scoping Review. **Nursing leadership**, v. 32, n. 3, p. 8–26, Sep. 2019. DOI 10.12927/cjnl.2019.25975. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12927/cjnl.2019.25975>. Acesso em 04 jul. 2020.

KAMIJO, Y.; MIYAMURA, T. Spirituality and associated factors among cancer patients undergoing chemotherapy. **Japan journal of nursing science: JJNS**, v. 17, n. 1, p. e12276, jan. 2020. DOI 10.1111/jjns.12276. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jjns.12276>. Acesso em 04 jul. 2020.

KANE, P. M.; ELLIS-SMITH, C. I.; DAVESON, B. A.; RYAN, K.; MAHON, N. G.; MCADAM, B.; MCQUILLAN, R.; TRACEY, C.; HOWLEY, C.; O'GARA, G.; RALEIGH, C.; HIGGINSON, I. J.; MURTAGH, F. E.; KOFFMAN, J.; BUILDCARE. Understanding how a palliative-specific patient-reported outcome intervention works to facilitate patient-centred care in advanced heart failure: A qualitative study. **Palliative medicine**, v. 32, n. 1, p. 143–155, jan. 2018. DOI 10.1177/0269216317738161. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0269216317738161>. Acesso em 19 jul. 2020.

KIYANDA, B. G.; DECHÊNE, G.; MARCHAND, R. Dying at home: experience of the Verdun local community service centre. **Canadian family physician Medecin de famille canadien**, v. 61, n. 4, p. 215–8, Apr. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25873716>. Acesso em 09 mar. 2018.

KOTRONOULAS, G.; PAPADOPOULOU, C.; SIMPSON, M. F.; MCPHELM, J.; MACK, L.; MAGUIRE, R. Using patient-reported outcome measures to deliver enhanced supportive care to people with lung cancer: feasibility and acceptability of a nurse-led consultation model. **Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer**, v. 26, n. 11, p. 3729–3737, nov. 2018. DOI 10.1007/s00520-018-4234-x. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-018-4234-x>. Acesso em 04 jul. 2020.

KOZLOV, E.; CAI, A.; SIREY, J. A.; GHESQUIERE, A.; REID, M. C. Identifying Palliative Care Needs Among Older Adults in Nonclinical Settings. **The American journal of hospice & palliative care**, v. 35, n. 12, p. 1477–1482, dez. 2018. DOI 10.1177/1049909118777235. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1049909118777235>. Acesso em 28 ago. 2020.

KUKULKA, K.; WASHINGTON, K. T.; GOVINDARAJAN, R.; MEHR, D. R. Stakeholder Perspectives on the Biopsychosocial and Spiritual Realities of Living With ALS: Implications for Palliative Care Teams. **The American journal of hospice & palliative care**, v. 36, n. 10, p. 851–857, out. 2019. DOI 10.1177/1049909119834493. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1049909119834493>. Acesso em 28 ago. 2020.

KRUG, K.; MIKSCH, A.; PETERS-KLIMM, F.; ENGESER, P.; SZECSENYI, J. Correlation between patient quality of life in palliative care and burden of their family caregivers: a prospective observational cohort study. **BMC palliative care**, v. 15, p. 4, 15 jan. 2016. DOI 10.1186/s12904-016-0082-y. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-016-0082-y>. Acesso em 28 ago. 2020.

LEVINE, M. E. **Introduction to clinical nursing**. 2. ed. Filadélfia: FA Davis, 1973. 515 p.

LIMA, G. A. F. de. **Assistência em cuidados paliativos a pessoa idosa na atenção primária a saúde**. 2015. 98p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências, Natal, 2015. Disponível em: [https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/20804/1/GleyceAnyFreireDeLima\\_DISERT.pdf](https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/20804/1/GleyceAnyFreireDeLima_DISERT.pdf). Acesso em 23 fev. 2020.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2 ed., Florianópolis: SOLDASOF, 2006.

MAGNANI, C.; MASTROIANNI, C.; GIANNARELLI, D.; STEFANELLI, M. C.; DI CIENZO, V.; VALERIOTI, T.; CASALE, G. Oral Hygiene Care in Patients With Advanced Disease: An Essential Measure to Improve Oral Cavity Conditions and Symptom Management. **The American journal of hospice & palliative care**, v. 36, n. 9, p. 815–819, set. 2019. DOI 10.1177/1049909119829411. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1049909119829411>. Acesso em 09 ago. 2020.

MASLOW, A. H. **Motivación y personalidad**. 2.ed. New York: Harper & Row, 1970. 407 p.

MATOS, M. R.; MUNIZ, R. M.; DA COSTA VIEGAS, A.; PRZYLYNSKI, D. S.; HOLZ, A. W. Significado da atenção domiciliar e o momento vivido pelo paciente oncológico em cuidados paliativos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, 2016. DOI 10.5216/ree.v18.35061. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.35061>. Acesso em 30 ago. 2020.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS H. Á. eds. **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.23-30-474-478. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em 03 jun. 2019.

MENDES, D. I. A.; FERRITO, C. R. A. C.; GONÇALVES, M. I. R. Nursing Interventions in the Enhanced Recovery After Surgery®: Scoping Review. **Rev Bras Enferm**, v.71, n. 6, p. 2824-32. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0436>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0436>. Acesso em 14 jul 2020.

MELEIS, Afaf Ibrahim. **Theoretical nursing: development and progress**. 5. ed. Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

MENEGUIN, S.; DE SOUSA, M.; DIONÍSIO, T.; DA SILVA, M. F.; DE LOURDES, M. Perception of cancer patients in palliative care about quality of life. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 4, p. 1998–2004, jan. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0360>. Acesso em 10 de abr. 2020.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MURTAGH, F. E.; ADDINGTON-HALL, J.; EDMONDS, P.; DONOHOE, P.; CAREY, I.; JENKINS, K.; HIGGINSON, I. J. Symptoms in the month before death for stage 5 chronic kidney disease patients managed without dialysis. **Journal of pain and symptom management**, v. 40, n. 3, p. 342–352, set. 2010. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2010.01.021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.01.021>. Acesso em 07 de jul. 2020.

NEVES, R. S. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de reabilitação segundo o modelo conceitual de horta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 556–559, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672006000400016>. Acesso em 29 set. 2019.



RAMALHO, J. M. N.; MARQUES, D. K. A.; MARIA, G.; DA NÓBREGA, M. M. L. Análise de teorias de enfermagem de Meleis: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 174–181, 2016. DOI 10.1590/0034-7167.2016690123i. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690123i>. Acesso em 29 set. 2018.

NOBLE, H.; BROWN, J.; SHIELDS, J.; FOGARTY, D.; MAXWELL, A. P. AN APPRAISAL OF END-OF-LIFE CARE IN PERSONS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE DYING IN HOSPITAL WARDS. **Journal of Renal Care**, v. 41, n. 1, p. 43–52, 2015. DOI 10.1111/jorc.12097. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jorc.12097>. Acesso em 02 set. 2020.

OLIVER, D. J.; VERONESE, S. Symptomatic management of neurodegenerative disease in the elderly. **Progress in Palliative Care**, v. 25, n. 1, p. 11–16, 2017. DOI 10.1080/09699260.2016.1193968. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/09699260.2016.1193968>. Acesso em 17 ago. 2019.

O'REILLY, M.; LARKIN, P.; CONROY, M.; TWOMEY, F.; LUCEY, M.; DUNNE, C.; MEAGHER, D. J. The Impact of a Novel Tool for Comprehensive Assessment of Palliative Care (MPCAT) on Assessment Outcome at 6- and 12-Month Follow-Up. **Journal of pain and symptom management**, v. 52, n. 1, p. 107–116, jul. 2016. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2015.12.343. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.343>. Acesso em 17 set. 2020.

OREM, D. E. **Nursing concepts of practice**. 2.ed. New York: McGraw-Hill; 1980. 232 p.

ORSINI, M.; MORENO, A. M.; CASTRO, R.; BASTOS, V. H.; FIORELLI, R.; ROQUE, G.; AZIZI, M. A. A. Interdisciplinaridade em cuidados paliativos em neurologia: um olhar para o idoso. **Fisioterapia Brasil**, v. 20, n. 6, p. 819, 2019. DOI 10.33233/fb.v20i6.3627. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33233/fb.v20i6.3627>. Acesso em 20 nov. 2019.

ORZECZOWSKI, R.; GALVÃO, A. L.; DA SILVA NUNES, T.; CAMPOS, L. S. Palliative care need in patients with advanced heart failure hospitalized in a tertiary hospital. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019. DOI 10.1590/s1980-220x2018015403413. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018015403413>. Acesso em 03 jun. 2019.

PAGLIUCA, L. M. F. Os princípios da teoria das necessidades humanas básicas e sua aplicabilidade para o paciente com indicação de transplante de córnea. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 46, n. 1, p. 21–31, 1993. DOI 10.1590/s0034-71671993000100003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71671993000100003>. Acesso em 03 jun. 2019.

PASTRANA, T. et al. **Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica**. Houston: IAHP Press, 2013.

PESUT, B.; HOOPER, B. P.; ROBINSON, C. A.; BOTTORFF, J. L.; SAWATZKY, R.; DALHUISEN, M. Feasibility of a rural palliative supportive service. **Rural and remote health**, v. 15, n. 2, p. 3116, abr. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25939666>. Acesso em 09 set. 2020

PETERS, M. D. J. Not just a phase: JBI systematic review protocols. **JBI database of systematic reviews and implementation reports**, v. 13, n. 2, p. 1–2, 12 Mar. 2015. DOI

10.11124/jbisrir-2015-2217. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11124/jbisrir-2015-2217>. Acesso em 08 jul. 2020.

PETERS, M. D. J. In no uncertain terms: the importance of a defined objective in scoping reviews. **JBI database of systematic reviews and implementation reports**, v. 14, n. 2, p. 1–4, Feb. 2016. DOI 10.11124/jbisrir-2016-2838. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11124/jbisrir-2016-2838>. Acesso em 05 ago. 2020.

PETERS, M.; GODFREY, C.; MCINERNEY, P.; MUNN, Z.; TRICCO, A.; KHALIL, H. Chapter 11: Scoping reviews. **JBI Reviewer's Manual**, 2019. DOI 10.46658/jbirm-20-01. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.46658/jbirm-20-01>. Acesso em 04 abr. 2020.

PINTO, C.; BRISTOWE, K.; WITT, J.; DAVIES, J. M.; DE WOLF-LINDER, S.; DAWKINS, M.; GUO, P.; HIGGINSON, I. J.; DAVESON, B.; MURTAGH, F. E. M. Perspectives of patients, family caregivers and health professionals on the use of outcome measures in palliative care and lessons for implementation: a multi-method qualitative study. **Annals of palliative medicine**, v. 7, n. 3, p. S137–S150, out. 2018. DOI 10.21037/apm.2018.09.02. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21037/apm.2018.09.02>. Acesso em 05 ago. 2020.

PIUVEZAM, G.; DE FREITAS, M. R.; COSTA, J. V.; DE FREITAS, P. A.; DE OLIVEIRA CARDOSO, P. M.; MEDEIROS, A. C. M.; CAMPOS, R. O.; MESQUITA, G. X. B. Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças infecciosas em idosos em hospital de referência na cidade do Natal, Rio Grande do Norte. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 63–68, 2015. DOI 10.1590/1414-462x201500010011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201500010011>. Acesso em 29 set. 2018.

POLLACK, L. R.; GOLDSTEIN, N. E.; GONZALEZ, W. C.; BLINDERMAN, C. D.; MAURER, M. S.; LEDERER, D. J.; BALDWIN, M. R. The Frailty Phenotype and Palliative Care Needs of Older Survivors of Critical Illness. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 65, n. 6, p. 1168–1175, jun. 2017. DOI 10.1111/jgs.14799. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.14799>. Acesso em 05 ago. 2020.

PREISLER, M.; HEUSE, S.; RIEMER, M.; KENDEL, F.; LETSCH, A. Early integration of palliative cancer care: patients' and caregivers' challenges, treatment preferences, and knowledge of illness and treatment throughout the cancer trajectory. **Supportive Care in Cancer**, v. 26, n. 3, p. 921–931, 2018. DOI 10.1007/s00520-017-3911-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-017-3911-5>. Acesso em 19 de jul. 2020.

REEVE, J.; Lloyd-Williams, M.; PAYNE, S.; DOWRICK, C. Towards a re-conceptualisation of the management of distress in palliative care patients: the self-integrity model, *Progress in Palliative Care*, v.17, n. 2, p. 51-60. 2009. DOI: 10.1179/096992609X392277. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1179/096992609X392277>. Acesso em 04 mar. 2020.

REICHERT, T.; PRADO, A.; KANITZ, A.; KRUEL, L. Efeitos da hidroginástica sobre a capacidade funcional de idosos: metanálise de estudos randomizados. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 20, n. 5, p. 447, 2015. DOI 10.12820/rbafs.v.20n5p447. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.v.20n5p447>. Acesso em 29 nov. 2018.

REIS, L. de A.; NERI, J. D. C.; ARAUJO, L. L. de. Qualidade de vida de cuidadores formais de pessoa idosas. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 2, p. 156-163,

abr./jun. 2015.

DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v29i2.12548>. Disponível em: 10.18471/rbe.v29i2.12548. Acesso em 29 nov. 2018.

REGIS, L. F. L. V.; PORTO, I. S. Necessidades humanas básicas de los profesionales de enfermería: situaciones de (in)satisfacción en el trabajo, **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.45, n.2, apr. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200005>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200005>. Acesso em fev. 2020.

RETICENA, K. de O.; YABUCHI, V. do N. T.; GOMES, M. F. P.; SIQUEIRA, L. D.; ABREU, F. C. P. de; FRACOLLI, L. A. Role of nursing professionals for parenting development in early childhood: a systematic review of scope. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 27, p. 3213, 5 dez. 2019. DOI 10.1590/1518-8345.3031.3213. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3031.3213>. Acesso em fev. 2020.

REINKE, L. F.; VIG, E. K.; TARTAGLIONE, E. V.; RISE, P.; AU, D. H. Symptom Burden and Palliative Care Needs Among High-Risk Veterans With Multimorbidity. **Journal of pain and symptom management**, v. 57, n. 5, p. 880–889, maio 2019. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2019.02.011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.02.011>. Acesso em fev. 2020.

SANCHES, K. dos S.; RABIN, E. G.; TEIXEIRA, P. T. de O. The scenario of scientific publication on palliative care in oncology over the last 5 years: a scoping review. **Rev. esc. enferm. USP**, v.52, n.25, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017009103336>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017009103336>. Acesso em 19 de jul. 2020.

SELMAN, L. E.; BRIGHTON, L. J.; SINCLAIR, S.; KARVINEN, I.; EGAN, R.; SPECK, P.; POWELL, R. A.; DESKUR-SMIELECKA, E.; GLAJCHEN, M.; ADLER, S.; PUCHALSKI, C.; HUNTER, J.; GIKAARA, N.; HOPE, J.; THE INSPIRIT COLLABORATIVE. Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries. **Palliative Medicine**, v. 32, n. 1, p. 216–230, 2018. DOI 10.1177/0269216317734954. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0269216317734954>. Acesso em 08 ago. 2018.

SILVA, S. M. A. da; DA SILVA, S. M. A. Os Cuidados ao Fim da Vida no Contexto dos Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 62, n. 3, p. 253–257, 2016. DOI 10.32635/2176-9745.rbc.2016v62n3.338. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2016v62n3.338>. Acesso em 12 ago. 2019.

SILVA, R. S.; AMARAL, J. B. Historiografia do Movimento Hospice moderno e as contribuições de Uma Enfermeira. In: SILVA, Rudval de Souza; AMARAL (org.), Juliana Bezerra; MALAGUTTI, William. **Enfermagem em Cuidados Paliativos- Cuidando para uma boa morte**. 2ed. São Paulo: Equipe Martinari, 2019, p.37- 44.

STEINHAUSE, K. E.; ALEXANDER, S.; OLSEN, M. K.; STECHUCHAK, K. M.; ZERVAKIS, J.; AMMARELL, N.; BYOCK, I.; TULSKY, J. A.; Addressing Patient Emotional and Existential Needs, During Serious Illness: Results of the Outlook Randomized Controlled Trial. **Journal of Pain and Symptom Management**, v.6, n. 3, 2017. DOI: doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.06.003. Disponível em: 10.1016/j.jpainsymman.2017.06.003. Acesso em 16 de dez. 2019.

STROHBUECKER, B.; EISENMANN, Y.; GALUSHKO, M.; MONTAG, T.; VOLTZ, R. Palliative care needs of chronically ill nursing home residents in Germany: focusing on living, not dying. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 17, n. 1, p. 27–34, 2011. DOI 10.12968/ijpn.2011.17.1.27. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2011.17.1.27>. Acesso em 05 de jul. 2020.

TALLMAN, K.; GREENWALD, R.; REIDENOUE, A.; PANTEL, L. Living with advanced illness: longitudinal study of patient, family, and caregiver needs. **The Permanente Journal**, v. 16, n. 3, p. 28–35, 2012. DOI 10.7812/tpp/12-029. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7812/tpp/12-029>. Acesso em 09 jul. 2020.

TROTTA, R. L. Quality of Death: A Dimensional Analysis of Palliative Care in the Nursing Home. **Journal of Palliative Medicine**, v. 10, n. 5, p. 1116–1127, 2007. DOI 10.1089/jpm.2006.0263. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2006.0263>. Acesso em 09 jul. 2020.

VAN LANCKER, A.; VAN HECKE, A.; VERHAEGHE, S.; MATTHEEUWS, M.; BEECKMAN, D. A comparison of symptoms in older hospitalised cancer and non-cancer patients in need of palliative care: a secondary analysis of two cross-sectional studies. **BMC geriatrics**, v. 18, n. 1, p. 40, 5 fev. 2018. DOI 10.1186/s12877-018-0721-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-018-0721-7>. Acesso em 09 jul. 2020.

WALLER, A.; GIRGIS, A.; JOHNSON, C.; LECATHELINAIS, C.; SIBBRITT, D.; FORSTNER, D.; LIAUW, W.; CURROW, D. C. Improving outcomes for people with progressive cancer: interrupted time series trial of a needs assessment intervention. **Journal of pain and symptom management**, v. 43, n. 3, p. 569–581, mar. 2012. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2011.04.020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.04.020>. Acesso em 05 de jul. 2020.

WEINGAERTNER, I. R.; KOUTNIK, S.; AMMER, H. Chronic morphine treatment attenuates cell growth of human BT474 breast cancer cells by rearrangement of the ErbB signalling network. **PLoS one**, v. 8, n. 1, p. 53510, 7 Jan. 2013. DOI 10.1371/journal.pone.0053510. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0053510>. Acesso em 08 de abr. 2020.

WIECZOROWSKA-TOBIS, K.; TALARSKA, D.; KROPIŃSKA, S.; JARACZ, K.; TOBIS, S.; SUWALSKA, A.; KACHANIUK, H.; MAZUREK, J.; DYMEK-SKOCZYŃSKA, A.; RYMASZEWSKA, J. The Camberwell Assessment of Need for the Elderly questionnaire as a tool for the assessment of needs in elderly individuals living in long-term care institutions. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 62, p. 163–168, jan. 2016. DOI 10.1016/j.archger.2015.10.005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2015.10.005>. Acesso em 05 de jul. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. Worldwide Palliative Care Alliance permission for the reproduction of Chapter 2, entitled How many people at the end of life are in need of palliative care worldwide? Cidade: WHO, 2014. p. 1045. Disponível em: [https://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf). Acesso em 29 jan. 2019.

WŁOSTOWSKA, K.; DOBOSZYŃSKA, A.; TRYLIŃSKA-TEKIELSKA, E. Assessment of the needs of hospice patients and their relatives by the Needs Evaluation Questionnaire.

**Palliative Medicine in Practice**, v. 12, n. 4, p. 186–192, 2019. DOI 10.5603/pmpi.2018.0009. Available at: <http://dx.doi.org/10.5603/pmpi.2018.0009>. Acesso em 09 jul. 2020.

YASH PAL, R.; KUAN, W. S.; KOH, Y.; VENUGOPAL, K.; IBRAHIM, I. Death among elderly patients in the emergency department: a needs assessment for end-of-life care. **Singapore medical journal**, v. 58, n. 3, p. 129–133, mar. 2017. DOI 10.11622/smedj.2016179. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11622/smedj.2016179>. Acesso em 09 de jul. 2020.

ZWEERS, D.; DE GRAEFF, A.; DUIJN, J.; DE GRAAF, E.; WITTEVEEN, P. O.; SASKIA C C. Patients' Needs Regarding Anxiety Management in Palliative Cancer Care: A Qualitative Study in a Hospice Setting. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, v. 36, n. 11, p. 947–954, 2019. DOI 10.1177/1049909119846844. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1049909119846844>. Acesso em 09 jul. 2020.

## APÊNDICE A -

Itens de verificação para revisões sistemáticas e extensão de meta-análises para revisões de escopo (PRISMA-ScR)

## LISTA DE VERIFICAÇÃO

Seção	Item	Checklist - PRISMA-ScR	Nº da página
<b>TÍTULO</b>			
Título	1	Identifique o relatório como uma revisão de escopo.	01
<b>RESUMO</b>			
Resumo estruturado	2	Fornecer um resumo estruturado que inclui (conforme aplicável): histórico, objetivos, critérios de elegibilidade, fontes de evidência, métodos de mapeamento, resultados e conclusões que se relacionam com as questões e objetivos da revisão.	04
<b>INTRODUÇÃO</b>			
Justificativa	3	Descreva a justificativa para a revisão no contexto do que já é conhecido. Explique por que as questões / objetivos da revisão se prestam a uma abordagem de revisão de escopo.	15
Objetivos	4	Fornecer uma declaração explícita das questões e objetivos sendo abordados com referência aos seus elementos-chave (por exemplo, população ou participantes, conceitos e contexto) ou outros elementos-chave relevantes usados para conceituar as questões e / ou objetivos da revisão.	16
<b>MÉTODOS</b>			
Protocolo e registro	5	Indique se existe um protocolo de revisão; indique se e onde ele pode ser acessado (por exemplo, um endereço da Web); e, se disponível, forneça informações de registro, incluindo o número de registro.	42
Critérios de elegibilidade	6	Especifique as características das fontes de evidência usadas como critérios de elegibilidade (por exemplo, anos considerados, idioma e status de publicação) e forneça uma justificativa.	43
Fontes de informação*	7	Descreva todas as fontes de informação na pesquisa (por exemplo, bancos de dados com datas de cobertura e contato com os autores para identificar fontes adicionais), bem como a data em que a pesquisa mais recente foi executada.	45
Pesquisa	8	Apresente a estratégia de busca eletrônica completa para pelo menos 1 banco de dados, incluindo quaisquer limites usados, de forma que possa ser repetida.	45
Seleção das fontes de evidência	9	Declare o processo de seleção de fontes de evidência (ou seja, triagem e elegibilidade) incluídas na análise de escopo.	46
Processo de mapeamento de dados	10	Descreva os métodos de mapeamento de dados das fontes de evidência incluídas (por exemplo, formulários calibrados ou formulários que foram testados pela equipe antes de seu uso, e se o mapeamento de dados foi feito de forma independente ou em duplicata) e quaisquer processos para obter e confirmar dados de investigadores.	46

Seção	Item	Checklist - PRISMA-ScR	Nº da Página
Itens de dados	11	Liste e defina todas as variáveis para as quais os dados foram buscados e quaisquer suposições e simplificações feitas.	46
Avaliação crítica de fontes individuais de evidência	12	Se feito, forneça uma justificativa para conduzir uma avaliação crítica das fontes de evidências incluídas; descrever os métodos usados e como essas informações foram usadas em qualquer síntese de dados (se apropriado).	46
Síntese de resultados	13	Descreva os métodos de tratamento e resumo dos dados que foram mapeados.	46
<b>RESULTADOS</b>			
Seleção de fontes de evidência	14	Forneça o número de fontes de evidência selecionadas, avaliadas quanto à elegibilidade e incluídas na revisão, com os motivos das exclusões em cada estágio, de preferência usando um fluxograma.	47
Características das fontes de evidência	15	Para cada fonte de evidência, apresente as características para as quais os dados foram mapeados e forneça as citações.	49
Avaliação crítica dentro das fontes de evidência	16	Se feito, apresente os dados da avaliação crítica das fontes de evidência incluídas (ver item 12).	49
Resultados de fontes individuais de evidência	17	Para cada fonte de evidência incluída, apresente os dados relevantes que foram mapeados e que se relacionam com as questões e objetivos da revisão.	49
Síntese dos resultados	18	Resuma e / ou apresente os resultados do gráfico conforme se relacionam com as questões e objetivos da revisão.	60
<b>DISCUSSÃO</b>			
Resumo das evidências	19	Resuma os principais resultados (incluindo uma visão geral dos conceitos, temas e tipos de evidências disponíveis), faça um link para as questões e objetivos da revisão e considere a relevância para os grupos principais.	61
Limitações	20	Discuta as limitações do processo de revisão do escopo.	79
Considerações Finais	21	Fornece uma interpretação geral dos resultados no que diz respeito às questões e objetivos da revisão, bem como potenciais implicações e / ou próximos passos.	80
<b>FINANCIAMENTO</b>			
Financiamento	22	Descreva as fontes de financiamento para as fontes de evidências incluídas, bem como as fontes de financiamento para a revisão do escopo. Descreva a função dos financiadores da revisão do escopo.	NA

**Fonte:** PRISMA-ScR - Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews. JBI - Joanna Briggs Institute. NA: não se aplica.