

## ARTIGO

# Identificação das necessidades dos pacientes oncológicos e adaptação transcultural do *Needs Evaluation Questionnaire*

*Identification of cancer patients' needs and cross-cultural adaptation of the Needs Evaluation Questionnaire*

### Resumo

A avaliação das necessidades de pacientes oncológicos favorece a comunicação entre pacientes, familiares e profissionais de saúde, permitindo a identificação de necessidades não atendidas. O objetivo do estudo é adaptar para o contexto brasileiro o *The Needs Evaluation Questionnaire* (NEQ), instrumento de autorrelato composta por 23 itens dicotômicos que avaliam necessidades por informação sobre diagnóstico e prognóstico, exames e tratamento, necessidades relacionais e de comunicação. Ainda, o estudo busca identificar em um ambulatório de Oncologia e de Hematologia, as necessidades reportadas pelos pacientes. Após tradução transcultural para a língua portuguesa, participaram do estudo 117 pacientes ambulatoriais (M idade = 64.26; DP = 13.46), que responderam a versão traduzida do NEQ e a um questionário sociodemográfico. Análises Fatoriais Exploratórias identificaram uma estrutura de dois fatores para o instrumento [Kaiser-Meyer-Olkin [KMO] = 0.86172; Bartlett's test of sphericity 1249.2; df= 190;  $p < 0.0001$ ; RMSEA= 0.024; NNFI = 0.994; WRMR= 0.0592]. Necessidades de informação sobre o prognóstico (43.6%; n= 51) e sobre os direitos sociais (44.4%; n= 52) foram as mais prevalentes. Necessidade por mais atenção da equipe de enfermagem foi a menos prevalente (6.8%; n= 8). Os dados gerais refletem possíveis pontos a serem melhorados na comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes.

**Palavras-chave:** Oncologia. Psicometria. Necessidades de Atenção à Saúde.

### Abstract

The assessment of cancer patients' needs favors communication between patients, family and health professionals, allowing the identification of unmet needs. The objective of the study is to adapt The Needs Evaluation Questionnaire (NEQ) to the Brazilian context. It's a self-report instrument composed of 23 dichotomous items that assess needs for information on diagnosis and prognosis, exams and treatment, relational needs and

Laila Pires Ferreira Akerman

[lailaakerman@gmail.com](mailto:lailaakerman@gmail.com)

Elisabete Corrêa Vallois

Camilla de Souza Borges

Katy Conceição Cataldo Muniz  
Rodrigues

Hospital Central do Exército

Recebido em: dez. 2022



communication needs. Furthermore, the study seeks to identify, in an Oncology and Hematology outpatient clinic, the needs reported by patients. After transcultural translation into Portuguese, 117 outpatients participated in the study (M age = 64.26; SD = 13.46). Participants answered the translated version of the NEO and a sociodemographic questionnaire. Exploratory Factor Analysis identified a two-factor structure [Kaiser-Meyer-Olkin [KMO] = 0.86172; Bartlett's test of sphericity 1249.2; df=190;  $p < 0.0001$ ; RMSEA=0.024; NNFI = 0.994; WRMR=0.0592]. Information needs on prognosis (43.6%; n= 51) and on social rights (44.4%; n= 52) were the most prevalent. The need for more attention from the nursing team was the least prevalent (6.8%; n=8). The general data reflect possible points to be improved in the communication between health professionals and patients.

**Keywords:** Oncology. Psychometrics. Health Care Needs.

## Introdução

O câncer é um grupo de doenças caracterizadas pelo crescimento desordenado de células capazes de atingir tecidos adjacentes e outros órgãos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022). A doença encontra-se entre as quatro principais causas de morte prematura, na maioria dos países (INCA, 2019). Segundo dados da Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer, estima-se que em 2020 houve um número de 19.3 milhões de casos, e estima-se que até 2040, esse número chegue a 28.9 milhões (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 2020). Com os avanços nos tratamentos oncológicos, a trajetória da doença e o prognóstico dos pacientes progrediu positivamente ao longo das últimas décadas (HOWLADER et al., 2020; ZHANG; ZHANG, 2020).

Entretanto, a cronicidade da doença, o tratamento e o impacto do diagnóstico ainda acompanham uma série de alterações biopsicossociais. Dentre as mudanças, pode-se citar uma redução na funcionalidade física (BUFFART et al., 2017; O'NEILL et al., 2018), expressa, por exemplo, através de redução na mobilidade ou fadiga oncológica (SHULZ et al., 2017), alterações na imagem corporal (OERS; SCHLEBUSCH, 2020), diminuição da qualidade de vida (MCLNTYRE et al., 2018; NAYAK et al., 2017), ansiedade clínica, depressão (BEEK et al., 2020; PILEVARZADEH et al., 2019), prejuízos cognitivos potencializados pelo tratamento (KIM et al., 2020; RYAN, WEFEL; MORGANS, 2020), alterações nos padrões de sono (HARROLD et al., 2020), dentre outras. O status desafiador da doença exige, dessa forma, uma compreensão sobre as necessidades dos pacientes oncológicos (OKEDIJI; SALAKO; FATIREGUN, 2017).

No contexto da saúde, é possível dizer que nem sempre o conceito de necessidade é definido de forma clara (ASADI-LARI; PACKHAM; GRAY, 2003; ZALETEL-KRAGELJ et al., 2008; SANTANA et al., 2021). Na definição operacional clássica de Culyer e Wagstaff (1993), necessidade é a capacidade de se beneficiar dos cuidados de saúde. Estes cuidados significam tratamento, prevenção e cuidados de suporte que sejam eficazes de forma isolada ou como



parte de um percurso de cuidados, para melhorar, manter ou atenuar a deterioração da saúde. Segundo Zaletel-Kragelj e colaboradores (2008), as necessidades em saúde mesclam diferentes perspectivas, como a perspectiva individual/populacional, industrial/econômica, políticas, perspectivas dos pagantes dos cuidados em saúde e perspectivas dos prestadores dos cuidados em saúde. Os indivíduos e a população, em especial, tendem a pensar nas necessidades de saúde como um construto composto por diferentes dimensões, como físicas, psicológicas, sociais, ambientais, dentre outras, sendo que as dimensões físicas e psicológicas são as necessidades que os indivíduos buscam solucionar nos sistemas de saúde (ZALETEL-KRAGELJ et al., 2008).

Pesquisas sugerem que a satisfação ou não de determinada necessidade, seja ela expressa ou não pelo paciente, contribui positivamente ou negativamente para diferentes desfechos no processo de adoecimento (COLLINS et al., 2017; GOERLING et al., 2020; AL MAQBALI et al., 2021). Pacientes oncológicos em tratamento comumente apresentam quadro de fadiga induzida por quimioterapia, por exemplo. Seu manejo inadequado pode resultar em desidratação, desequilíbrio eletrolítico, perda de peso e desnutrição, ocasionando maiores taxas de visitas ambulatoriais, hospitalizações, reduções nas doses dos quimioterápicos ou atrasos no tratamento (CLARK-SNOW; AFFRONTI; RITTENBERG, 2018). A fadiga oncológica, caracterizada por cansaço físico, emocional ou cognitivo desproporcional à atividade realizada (SAVINA & ZAYDINER, 2019). Metanálise de Al Maqbali e colaboradores (2020) estimou em 49% a prevalência de fadiga em pacientes oncológicos. Ela interfere negativamente na qualidade de vida do paciente, em suas atividades ocupacionais e relacionamentos (BOWER, 2014; AL MAQBALI et al., 2021; YEH et al., 2011).

Pacientes com câncer apresentam também maiores taxas de prejuízos associados ao sono, comorbidade que aumenta a taxa de mortalidade (COLLINS et al., 2017), do que a população geral, sendo está estimada de 45% a 80% para o primeiro grupo e de 29 e 32% para o segundo (COLLINS et al., 2017; DOI et al., 2001; ZEITLHOFER et al., 2000). A dor na oncologia é outra necessidade que demanda atenção e cuidado. Estudo metanalítico de Beuken-van Everdingen e colaboradores (2015) identificou uma prevalência de dor em 55% dos pacientes em tratamento oncológico, prevalência de 39.3% de dor em pacientes após tratamento curativo e 66.4% em pacientes em estágio avançado da doença. Apesar de seu impacto devastador e da disponibilidade de medicamentos e diretrizes atualizadas para manejo de dor, esta ainda é uma necessidade pouco reconhecida, pouco avaliada e pouco tratada (Shen et al., 2017).

Outras necessidades dos pacientes oncológicos que podem ser mencionadas referem-se às informações ao longo do diagnóstico oncológico



e tratamento (FLETCHER et al., 2017; GOERLING et al., 2020). Estudos indicam que a necessidade por informação é maior durante as fases de diagnóstico e tratamento (GOERLING et al., 2020; FLETCHER et al., 2017). Estudo de Goerling e colaboradores (2020) identificou que os níveis de satisfação com a informação recebida pelos pacientes associam-se negativamente aos níveis de ansiedade. Revisão da literatura de Guerra Cheloni, Silva e Souza (2020) identificou diferentes categorias de necessidades de pacientes oncológicos em cuidados ambulatoriais, dentre elas, necessidades associadas à alimentação (eg. presença de distúrbios alimentares; queixas alimentares), necessidades relacionadas à atividade física (eg. fadiga; dificuldade para deambular; dificuldade para realizar atividades cotidianas), necessidades associadas a sexualidade (eg. disfunção reprodutiva; menopausa precoce; queixas na atividade sexual); necessidades relacionadas a oxigenação (eg. presença de infecção respiratória; presença de dispnéia), necessidades psicossociais (eg. embotamento afetivo; sentimento de culpa; medo; fracasso; vergonha; raiva; impotência) e necessidades espirituais (eg. necessidades de vinculação espiritual).

A avaliação das necessidades dos pacientes oncológicos é relevante porque dificuldades na comunicação entre pacientes, cuidadores e profissionais de saúde podem levar a não identificação de uma necessidade (SISK et al., 2021). A identificação inadequada das necessidades pode levar a custos desnecessários aos serviços de saúde, sofrimento e prejuízos aos pacientes (SHEN et al., 2017; WEN; GUSTAFSON, 2004). Dentre as ferramentas disponíveis para obter informações sobre as necessidades dos pacientes oncológicos, encontram-se as escalas psicométricas (WEN; GUSTAFSON, 2004), como a "Needs Evaluation Questionnaire" (NEQ), desenvolvida por Tamburini e colaboradores (2000). O instrumento visa avaliar as necessidades de pacientes oncológicos hospitalizados. Segundo os autores, as necessidades podem ser entendidas como desejos subjetivos por parte dos pacientes ou a falta de algum aspecto necessário no contexto da saúde.

A NEQ trata-se de um instrumento de autorrelato, composto por 23 itens, que incluem afirmações como "Eu preciso de mais informação sobre a minha condição futura", "Eu preciso de mais explicações sobre os tratamentos", "Eu preciso me sentir menos abandonado" e "Eu preciso de um diálogo melhor com os médicos/ clínicos". Os itens do instrumento foram elaborados a partir de entrevistas com 30 pacientes oncológicos. Para responder ao instrumento, o respondente deve assinalar a alternativa "sim" ou "não", afirmando ou negando a necessidade expressa em cada item do instrumento. No estudo original, os autores hipotetizaram uma estrutura de quatro fatores para o instrumento, sendo eles: "necessidades de informação sobre o diagnóstico e prognóstico", "necessidades de informação sobre exames e tratamento",



“fator comunicação” e “fator relacional”. Os autores conduziram análises fatoriais confirmatórias (AFC) e obtiveram índices de ajuste satisfatórios [ $\chi^2=35.1$ ,  $p=0.605$ ; AGFI= 0.99; RMR= 0.059]. Destaca-se que para os autores, o objetivo do instrumento não é obter-se um escore geral de necessidades do respondente. Assim, os itens podem ser observados individualmente para identificar-se a presença ou ausência da necessidade relatada (Tamburini et al., 2000).

Annunziata, Muzzatti e Altoè (2009) também conduziram um estudo de validação do instrumento em uma amostra de 600 pacientes oncológicos hospitalizados. Os autores conduziram análises fatoriais exploratórias (AFE) e AFC, obtendo uma solução fatorial composta por cinco fatores, que foram nomeados: “necessidades por informação”, “necessidades relacionadas a assistência/cuidado”, “necessidades relacionais”, “necessidades por suporte psicoemocional” e “necessidades materiais”. Bonacchi e colaboradores (2016) testaram a estrutura fatorial do instrumento para uso em pacientes ambulatoriais. Os autores conduziram AFC para testar a estrutura sugerida no estudo de Annunziata e colegas (2009) e também identificaram índices psicométricos satisfatórios.

No contexto brasileiro, é escassa a disponibilidade de instrumentos psicométricos para a avaliação das necessidades dos pacientes oncológicos. Nenhum instrumento isoladamente é capaz de esgotar a avaliação das necessidades de saúde de um paciente oncológico e ou de seus cuidadores. No entanto, a avaliação das necessidades, ainda que por meio da aplicação de um instrumento, oferece uma oportunidade para uma melhor compreensão sobre a experiência dos pacientes e seus familiares. Também permite a abertura de um canal de comunicação entre pacientes, familiares e profissionais de saúde (WEN; GUSTAFSON, 2004). Diante do exposto, o objetivo do estudo é adaptar para o contexto brasileiro o instrumento de livre acesso *The Needs Evaluation Questionnaire* (TAMBURINI et al., 2000). Além disso, objetiva-se identificar em um ambulatório de Oncologia e de Hematologia, as necessidades reportadas pelos pacientes.

## Método

### *Participantes*

Participaram do estudo 117 pacientes atendidos no ambulatório de Oncologia e Hematologia de um hospital militar no estado do Rio de Janeiro. Os critérios para a participação no estudo eram: ter idade igual ou superior a 18 anos (maioridade civil na legislação brasileira; BRASIL, 2002) e estar em tratamento oncológico no ambulatório de Oncologia e Hematologia do HCE. Dentre os critérios de exclusão, recusa em assinar o Termo de Consentimento



Livre e Esclarecido (TCLE), estado de confusão mental ou incapacidade para responder ao questionário. As características sociodemográficas da amostra estão descritas na Tabela 1. A Tabela 2 descreve os diagnósticos e o tempo aproximado de diagnóstico dos participantes, segundo relato dos mesmos.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos participantes.

<b>Idade</b>		<b>M = 64.26</b>	<b>DP = 13.46</b>	<b>AV = 18 - 88</b>
<b>Variável</b>	<b>%; n</b>	<b>Variável</b>	<b>%; n</b>	<b>Região de habitação</b>
<b>Sexo</b>		<b>Estado civil</b>		<b>RJ (cidade)</b>
feminino	78.6% (n = 92)	casada(o)	47.9% (n = 56)	63.2% (n = 74)
masculino	21.4% (n = 25)	viúva(o)	25.6% (n = 30)	<b>Baixada</b>
<b>Cor/ etnicidade</b>		divorciada(o)	10.3% (n = 12)	<b>Fluminense</b>
branca	43.6% (n = 51)	solteira(o)	7.7% (n = 9)	15.3% (n = 17)
parda	35.9% (n = 42)	mora junto	3.4% (n = 4)	<b>Região dos Lagos</b>
preta	17.1% (n = 20)	namoro	1.7% (n = 2)	6% (n = 7)
indígena	1.7% (n = 2)	noivado	0.9% (n = 1)	<b>Região de</b>
não declarou	1.7% (n = 2)	não declarou	2.6% (n = 3)	<b>Resende</b>
<b>Religião*</b>	-	<b>Escolaridade**</b>	-	1.7% (n = 2)
católica	41.9% (n = 49)	EMC	34.2% (n = 40)	<b>Niterói/São</b>
evangélica	30.8% (n = 36)	EFC	19.3% (n = 23)	<b>Gonçalo</b>
kardecista	9.4% (n = 11)	ESC	17.1% (n = 20)	5.4% (n = 6)
umbandista	4.3% (n = 5)	EFI	10.3% (n = 12)	<b>Região Serrana</b>
sem religião*	4.3% (n = 5)	ESI	9.4% (n = 11)	1.7% (n = 2)
outra	8.5% (n = 10)	PGC	6% (n = 7)	<b>Volta Redonda/Barra</b>
candomblé	0.9% (n = 1)	EMI	2.6% (n = 3)	<b>do Pirai</b>
		não declarou	0.9% (n = 1)	2.6% (n = 3)
				<b>Campos</b>
				0.9% (n = 1)
				<b>não declarou</b>
				3.4% (n = 4)
				<b>Itacuruça</b>
				0.9% (n = 1)

Nota: \* Religião ou prática espiritual; \*\*EMC= Ensino Médio Completo; EFC= Ensino Fundamental Completo;

### Instrumentos

Questionário sociodemográfico: elaborado para o estudo, visa coletar informações sociodemográficas sobre os participantes relevantes para a descrição e caracterização geral da amostra (Apêndice B; AKERMAN, 2022). *The Needs Evaluation Questionnaire*: trata-se de um instrumento de autorrelato elaborado por Tamburini e colaboradores (2000), e composto por 23 itens que avaliam as necessidades dos pacientes oncológicos hospitalizados (Anexo 3; AKERMAN, 2022). Em relação à validade de construto do instrumento, os autores conduziram AFC para testar uma estrutura composta por quatro fatores e identificaram índices de ajuste satisfatórios [ $X^2 = 35.1$ ,  $p = 0.605$ ; AGFI = 0.99;



RMR= 0.059]. Os fatores foram nomeados “necessidades de informação sobre o diagnóstico e prognóstico”, “necessidades de informação sobre exames e tratamento”, “fator comunicação” e “fator relacional”. Quanto à fidedignidade do instrumento, os 23 itens apresentam coeficientes de Kappa de Cohen variando entre 0.54 e 0.93. O instrumento encontra-se em domínio público.

**Tabela 2.** Diagnóstico e tempo de diagnóstico dos pacientes.

<b>Diagnóstico*</b>	<b>%; n</b>	<b>Diagnóstico*</b>	<b>%; n</b>
Neoplasia maligna da mama	33.4%; n= 39	Neoplasia maligna do estômago	0.9%; n= 1
Neoplasia maligna do cólon	15.5%; n= 18	Neoplasia maligna de ovário	0.9%; n= 1
Neoplasia maligna da próstata	6.9%; n= 8	Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	0.9%; n= 1
Mieloma múltiplo e neoplasia maligna de plasmócitos	5.1%; n= 6	Neoplasia maligna secundária dos ossos e da medula óssea	0.9%; n= 1
Neoplasia maligna da bexiga	3.4%; n= 4	Policitemia Vera	0.9%; n= 1
Neoplasia maligna do rim	3.4%; n= 4	Diagnóstico não identificado	11.1%; n= 13
Linfoma não Hodgkin	3.4%; n= 4		
Leucemia	2.6%; n= 3		
Neoplasia maligna de colo de útero	2.6%; n= 3		
		<b>Tempo de diagnóstico**</b>	
Neoplasia maligna do endométrio	1.7%; n= 2	< 1: 3.4%; n= 4	
Neoplasia maligna do esôfago	1.7%; n= 2	1 a 3: 7.8%; n= 9	
Doença de Hodgkin	1.7%; n= 2	4 a 6: 8.5%; n= 10	
Carcinoma de vias biliares	0.9%; n= 1	6 a 12: 18.8%; n= 22	
Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido	0.9%; n= 1	13 a 23: 14.7%; n= 17	
Neoplasia maligna de pâncreas		24 a 38: 19.8%; n= 23	
		40 a 50: 11.3%; n= 13	
		59 a 84: 4.3%; n= 5	
		> 96: 8.5%; n= 10	
		Não soube responder: 3.4%; n= 4	

Nota: \*Diagnósticos oncológicos; \*\*Em meses

### *Processo de adaptação transcultural*

Inicialmente, foi realizada a tradução do instrumento do inglês para o português, por dois tradutores bilíngues independentes, fluentes em inglês e nativos da língua portuguesa. Em seguida, realizou-se uma síntese das versões traduzidas. A versão síntese foi apresentada a uma amostra piloto de 4 pacientes do ambulatório de Oncologia e Hematologia do referido hospital (Apêndice C; AKERMAN, 2022). Após o processo de tradução, buscou-se avaliar a validade interna do instrumento. A tabela 3 apresenta a versão original e a versão em português sugerida.

**Tabela 3.** Versão original e tradução para o português do NEQ.



Versão original (inglês)	Tradução em português
1. I need more information about my diagnosis	1. Eu preciso de mais informações sobre o meu diagnóstico.
2. I need more information about my future condition	2. Eu preciso de mais informação sobre a minha condição futura.
3. I need more information about the exams I am undergoing	3. Eu preciso de mais informações sobre os exames que eu vou realizar.
4. I need more explanations of treatments	4. Eu preciso de mais explicações sobre os tratamentos.
5. I need to be more involved in the therapeutic choices	5. Eu preciso estar mais envolvido nas decisões terapêuticas.
6. I need clinicians and nurses to give me more comprehensible information	6. Eu preciso que os médicos/clínicos e as enfermeiras me dêem informações mais completas.
7. I need clinicians to be more sincere with me	7. Eu preciso que os médicos/clínicos sejam mais sinceros comigo.
8. I need to have a better dialogue with clinicians	8. Eu preciso de um diálogo melhor com os médicos/clínicos.
9. I need my symptoms (pain, nausea, insomnia, etc.) to be better controlled	9. Eu preciso que os meus sintomas (dor, náusea, insônia, etc.) sejam melhor controlados.
10. I need more help with eating, dressing, and going to the bathroom	10. Eu preciso de mais ajuda para comer, me vestir e ir ao banheiro.
11. I need better respect for my intimacy	11. Eu preciso de mais respeito pela minha intimidade.
12. I need better attention from nurses	12. Eu preciso de mais atenção das enfermeiras.
13. I need to be more reassured by the clinicians	13. Eu preciso ser mais tranquilizado pelos médicos/clínicos.
14. I need better services from the hospital (bathrooms, meals, cleaning)	14. Eu preciso de melhores serviços do hospital (banheiros, refeições, limpeza).
15. I need to have more economical insurance information (tickets, invalidity, etc.) In relation to my illness	15. Eu preciso ter mais informação sobre os direitos sociais associados a minha doença (auxílio-transporte, aposentadoria, etc...)
16. I need economic help	16. Eu preciso de ajuda financeira
17. I need to speak with a psychologist	17. Eu preciso conversar com um psicólogo(a).
18. I need to speak with a spiritual advisor	18. Eu preciso conversar com um conselheiro espiritual.
19. I need to speak with people who have this same experience	19. Eu preciso conversar com pessoas que tenham essa mesma experiência.
20. I need to be more reassured by my relatives	20. Eu preciso ser mais tranquilizado pelos meus familiares.
21. I need to feel more useful within my Family	21. Eu preciso me sentir mais útil dentro da minha família.
22. I need to feel less abandoned	22. Eu preciso me sentir menos abandonado.
23. I need to receive less commiseration from other people	23. Eu preciso que as pessoas demonstrem menos pena de mim.

Font: Tamburini et al., 2000.

### *Procedimento de Coleta de Dados*

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Capacitação Física do Exército (CAAE nº 46222721.20000.9433), a coleta de dados foi realizada presencialmente, na sala de espera do ambulatório de Oncologia e Hematologia de um hospital militar no estado do Rio de Janeiro. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).





### *Procedimento de Análise dos Dados*

Para a avaliação de evidência de validade com base na estrutura interna do instrumento, realizou-se uma Análise Fatorial Exploratória (EFA) no programa Factor versão 9.3 (LORENZO-SEVA; FERRANDO, 2006). A análise foi conduzida a partir de matriz de correlação policórica, tendo em vista o nível de medida dicotômico característico do instrumento e da violação da hipótese e da normalidade multivariada dos dados (HOLGADO-TELLO; CHACÓN-MOSCOSO; BARBEROGARCIA; VILA-ABAD, 2010). Utilizou-se o método de extração *Robust Unweighted Least Squares* (RULS), método que pode ser utilizado em dados com distribuição normal e não normal e apresenta boa performance em bancos de dados com muitos itens (DAMÁSIO; DUTRA, 2018). Para a retenção de fator foi utilizado o método de análises paralelas (*Optimal implementation of Parallel Analysis - PA*), que é considerado um método apropriado na literatura (LORENZO-SEVA; TIMMERMAN; KIERS, 2011). A confiabilidade da escala foi avaliada utilizando a fórmula de fidedignidade composta (RAYKOV, 1997) na ferramenta de calculadora online *The Composite Reliability Calculator* (COLWELL, 2016). Para descrição geral da amostra, foram conduzidas análises estatísticas descritivas. Teste de correlação de Pearson foi utilizado para identificar a associação entre a idade dos participantes e os escores para cada fator do instrumento, e escores gerais do instrumento.

### **Resultados**

Inicialmente, foi realizada uma AFE com os 23 itens do questionário. A análise fatorial não foi computada, uma vez que o percentual de covariância destruída foi inaceitável (53%). Assim, recomenda-se a exclusão de itens com baixa variabilidade ou alta correlação (LORENZO-SEVA; FERRANDO, 2020). Os índices de correlação entre os 23 itens variaram entre 0.004 (entre os itens 7 e 10) e 0.874 (entre os itens 6 e 8). Em seguida, observou-se os itens que apresentassem correlação acima de 0.8, isto é, itens 6 e 8 (0.874), itens 7 e 8 (0.808), itens 7 e 11 (0.863), itens 11 e 13 (0.832), itens 12 e 13 (0.815). Destes, optou-se pela remoção dos itens com correlação acima de 0.85, excluindo-se, então, os itens 8, 11 e 13. Após a exclusão dos itens, foi realizada uma nova AFE com os 20 itens restantes. O método PA sugeriu dois fatores como a solução mais representativa dos dados (Kaiser-Meyer-Olkin [KMO] = 0.86172; Bartlett's test of sphericity 1249.2; df= 190;  $p < 0.0001$ ; RMSEA= 0.024; NNFI = 0.994; WRMR= 0.0592). Utilizando como ponto de corte cargas fatoriais maiores que 0.35, o primeiro fator, aqui nomeado "Suporte", inclui os itens 10, 16, 18, 20, 21, 22 e 23. O segundo fator, denominado "Informação", inclui os itens 1, 2,



3, 4, 5, 6, 7 e 15. A correlação interfatorial foi 0.648. A frequência de respostas para os 23 itens originais do instrumento também está descrita na Tabela 4.

Não identificou-se correlação estatisticamente significativa entre a idade dos participantes e os escores do fator "Informação" (R= -0.082; p= 0.379), "Suporte" (R= 0.133; p= 0.154) e escores totais (R= -0.015; p= 0.870).

## Discussão

O objetivo do estudo foi adaptar para o contexto brasileiro o "The Needs Evaluation Questionnaire" (TAMBURINI et al., 2000) e identificar em um ambulatório de Oncologia e de Hematologia, as necessidades reportadas pelos pacientes. Primeiramente, em relação ao processo de tradução do instrumento, cabe destacar duas traduções que representam a adaptação cultural, em detrimento da tradução literal, conforme recomendado na literatura (BORSA, DAMÁSIO & BANDEIRA, 2012). Optou-se por traduzir o termo "clinicians" como "médicos/ clínicos", para maior compreensão por parte dos respondentes. No item 15 do instrumento, isto é, "I need to have more economical insurance information (tickets, invalidity etc.) In relation to my illness", optou-se por traduzir "economical insurance information" como "direitos sociais", uma vez que no Brasil existem os direitos sociais da pessoa com câncer, que concede ao paciente oncológico auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, vale social, isenção de imposto de renda na aposentadoria, dentre outros direitos (INCA, 2012).

**Tabela 4.** Cargas fatoriais dos itens.

Item	CF*		Frequência	
	Suporte	Informação	Sim	Não
1 .Eu preciso de mais informações sobre o meu diagnóstico.	-0.310	<b>0.971</b>	n = 27; (23.1%)	n = 90; (76.9%)
2.Eu preciso de mais informação sobre a minha condição futura.		<b>0.841</b>	n = 51; (43.6%)	n = 66; (56.4%)
3.Eu preciso de mais informações sobre os exames que eu vou realizar.		<b>0.649</b>	n = 35; (29.9%)	n = 82; (70.1%)
4. Eu preciso de mais explicações sobre os tratamentos.	-0.314	<b>0.702</b>	n = 36; (20.8%)	n = 81; (69.2%)



**Tabela 4.** Cargas fatoriais dos itens (continuação).

5. Eu preciso estar mais envolvido nas decisões terapêuticas.	<b>0.795</b>		n = 35; (29.9%)	n = 82; (70.1%)
6. Eu preciso que os médicos/clínicos e as enfermeiras me dêem informações mais completas.	<b>0.811</b>		n = 43; (36.8%)	n = 74; (63.2%)
7. Eu preciso que os médicos/clínicos sejam mais sinceros comigo.	<b>0.786</b>		n = 29; (24.8%)	n = 88; (75.2%)
8. Eu preciso de um diálogo melhor com os médicos/clínicos.	-	-	n = 25; (21.4%)	n = 92; (78.6%)
9. Eu preciso que os meus sintomas (dor, náusea, insônia, etc.) sejam melhor controlados.	0.385	0.399	n = 50; (42.7%)	n = 67; (57.3%)
10. Eu preciso de mais ajuda para comer, me vestir e ir ao banheiro.	<b>0.441</b>		n = 12; (10.3%)	n = 105; (89.7%)
11. Eu preciso de mais respeito pela minha intimidade.	-	-	n = 12; (10.3%)	n = 105; (89.7%)
12. Eu preciso de mais atenção das enfermeiras.	0.342		n = 8; (6.8%)	n = 109; (93.2%)
13. Eu preciso ser mais tranquilizado pelos médicos/ clínicos.	-	-	n = 24; (20.5%)	n = 93; (79.5%)
14. Eu preciso de melhores serviços do hospital (banheiros, refeições, limpeza).	<0.300	<0.300	n = 43; (36.8%)	n = 74; (63.2%)
15. Eu preciso ter mais informação sobre os direitos sociais associados a minha doença (auxílio-transporte, aposentadoria, etc...).	<b>0.444</b>		n = 52; (44.4%)	n = 65; (55.6%)
16. Eu preciso de ajuda financeira.	<b>0.426</b>		n = 28; (23.9%)	n = 89; (76.1%)
17. Eu preciso conversar com um psicólogo(a)	0.743	0.361	n = 35; (29.9%)	n = 82; (70.1%)
18. Eu preciso conversar com um conselheiro espiritual.	<b>0.408</b>		n = 23; (19.7%)	n = 94; (80.3%)
19. Eu preciso conversar com pessoas que tenham essa mesma experiência.		0.379	n = 44; (37.6%)	n = 73; (62.4%)
20. Eu preciso ser mais tranquilizado pelos meus familiares.	<b>0.548</b>		n = 25; (21.4%)	n = 92; (78.6%)
21. Eu preciso me sentir mais útil dentro da minha família.	<b>0.445</b>		n = 34; (29.1%)	n = 83; (70.9%)
22. Eu preciso me sentir menos abandonado.	<b>0.700</b>		n = 17; (14.5%)	n = 100; (85.5%)
23. Eu preciso que as pessoas demonstrem menos pena de mim.	<b>0.494</b>		n = 15; (12.8%)	n = 102; (87.2%)
Fidedignidade Composta	0.757	0.915		
Variância explicada	0.853	0.930		

Nota: CF\*= Carga Fatorial



Em relação às propriedades psicométricas do instrumento, observa-se que no presente estudo, identificou-se uma estrutura de dois fatores para o mesmo, enquanto o estudo original hipotetizou e testou uma estrutura de quatro fatores (TAMBURINI et al., 2000). Annunziata e colaboradores (2009), por outro lado, identificaram uma estrutura de cinco fatores para o instrumento, que posteriormente foi confirmada por Bonacchi e colaboradores (2016). É provável que as diferenças nas estruturas identificadas se dão principalmente pelas diferenças nos tipos de análises estatísticas conduzidas. As Análises Fatoriais Exploratórias (AFE) representam um conjunto de técnicas multivariadas que visam encontrar a estrutura subjacente em uma matriz de dados e identificar o número de variáveis latentes que melhor representa um conjunto de variáveis observada. As AFE devem ser conduzidas quando o pesquisador não possui uma teoria prévia subjacente ou evidências empíricas que sustentem como os itens de um instrumento devem ser agrupados. Também podem ser usadas quando um pesquisador pretende confirmar ou refutar a estrutura de um instrumento (BROWN, 2006; DAMASIO, 2012).

Em contrapartida, o papel da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) é confirmar uma hipótese prévia, isto é, confirmar uma estrutura teórica (BROWN, 2006). No presente estudo, optou-se por uma análise guiada pelos dados, que permite uma melhor compreensão sobre o comportamento das variáveis latentes utilizadas. Além disso, entende-se que não há evidências empíricas robustas sobre a relação entre as variáveis latentes contempladas no instrumento. Tamburini e colaboradores (2000) também buscaram confirmar outras estruturas para a escala, por vezes excluindo itens com altos valores residuais ou índices de modificação insatisfatórios. A estrutura observada também difere da estrutura de cinco fatores identificada no estudo de Annunziata e colaboradores (2009). Cabe pontuar que os autores conduziram Análises dos Componentes Principais como método de extração de fatores. Esses procedimentos são considerados imprecisos na análise de variáveis latentes, por desconsiderar a covariância entre os itens (DAMÁSIO, 2012).

Identificou-se que os itens originalmente presentes nos fatores "necessidades de informação sobre o diagnóstico e prognóstico" e "necessidades de informação sobre exames e tratamento" agruparam-se no mesmo fator (TAMBURINI et al., 2000). Provavelmente isto ocorreu porque todos os itens (item 1, item 2, item 3, item 4, item 5, item 6, item 7 e item 15) dizem respeito a necessidade de informações sobre diagnóstico, prognóstico, exames, direitos sociais, tratamento, informações mais completas e necessidade por maior participação nas decisões terapêuticas. Todas as variáveis envolvem a troca de informações com os profissionais de saúde. Os itens originalmente pertencentes ao fator "relacional" (item 20, item 21 e item



22) no estudo de Tamburini e colaboradores (2000) agruparam-se em um mesmo fator, tal como hipotetizado pelos autores originais. No mesmo fator, agrupou-se também o item 23, tal como identificado na pesquisa de Annunziata e colaboradores (2009), juntamente com o item 16, (fator “necessidades materiais”), item 10 (fator “necessidades relacionadas à assistência/ cuidado”) e item 18 (fator “necessidade por suporte psicoemocional”). No presente estudo, optou-se por nomear este fator como “suporte”, uma vez que todos os itens refletem a necessidade por algum tipo de suporte, como espiritual, financeiro, suporte na realização de tarefas cotidianas, suporte emocional, suporte social etc.

Observando a correlação entre os itens do instrumento, verifica-se que os respondentes tendem a não discriminar o item 6 (“Eu preciso que os médicos/clínicos e as enfermeiras me deem informações mais completas”) do item 8 (“Eu preciso de um diálogo melhor com os médicos/clínicos”), provavelmente inferindo que um diálogo melhor com o profissional de saúde relaciona-se a comunicação adequada de informações. Também não discriminam o item 7 (“Eu preciso que os médicos/clínicos sejam mais sinceros comigo”) do item 8, associando a comunicação de informações com a sinceridade. Revisão sistemática de Prip e colaboradores (2018) identificou, por exemplo, que pacientes oncológicos expressam necessidade por uma boa comunicação com a equipe de saúde, e valorizam uma comunicação pessoal, significativa, contato visual, empatia e a capacidade de converter as informações em uma linguagem acessível.

Também não discriminam o item 7 do item 11 (“E u preciso de mais respeito pela minha intimidade”). Ainda, não discriminam o item 11 do item 13 (“E u preciso ser mais tranquilizado pelos médicos/clínicos”). Não se identificou na literatura uma hipótese clara para esta associação, entretanto, pode-se pensar que a sinceridade e o respeito pela intimidade compõem características desejáveis na comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes (MARUZZO et al., 2021; PRIP et al., 2018). A confiança no profissional de saúde, juntamente com a satisfação com o profissional são duas variáveis preditoras da aderência ao tratamento oncológico e da aliança terapêutica entre o profissional e o paciente (DIMATTEO, 2003; MARUZZO et al., 2021; PLATONOVA et al., 2008). Por fim, não discriminam o item 13 do item 12 (“Eu preciso de mais atenção das enfermeiras”), o que indica que a percepção da qualidade da atenção recebida associa-se ao sentimento de tranquilização e à qualidade da comunicação percebida pelo paciente (LAM; WONG; CHAM, 2018).

Em relação aos dados de frequência, destaca-se que pelo menos 20% dos respondentes reportaram necessidades relativas à informação no curso do diagnóstico e tratamento, e necessidades relativas à comunicação com os



profissionais de saúde. Em especial, salienta-se que mais de 40% dos respondentes (43.6%; n = 51) referem a necessidade de mais informação sobre o prognóstico. Esse achado está em consonância com a literatura. Segundo Derry, Reid e Prigerson (2019), o medo de perguntar sobre o prognóstico ou mesmo dificuldades na compreensão da informação transmitida podem prejudicar a compreensão sobre a informação do diagnóstico. A comunicação do prognóstico é considerada por médicos e pacientes um dos aspectos mais difíceis da comunicação (HAGERTY et al., 2005) e caracteriza-se pelo desafio dos médicos de decidir transmitir informações estatísticas de sobrevivência, comunicar notícias difíceis, exercer a comunicação empática e adaptar a comunicação ao contexto cultural do paciente (BUTOW; CLAYTON; EPSTEIN, 2020; HAGERTY et al., 2005). A incerteza sobre o prognóstico, entretanto, é considerada uma fonte de estresse para os pacientes oncológicos e associa-se a menores níveis da qualidade de vida dos pacientes (GRAMLING et al., 2018). A comunicação clara do prognóstico, mediante desejo do paciente, é uma questão de ética do profissional da saúde. Segundo Butow e colaboradores (2020), esforços de pesquisa devem ser centrados para providenciar e ensinar essas estratégias de comunicação.

Mais de 40% dos respondentes (42.7%; n= 50) referem, ainda, a necessidade de melhor controle dos sintomas. Sabe-se que o diagnóstico e tratamento oncológicos podem acompanhar múltiplas comorbidades, como dor (SHEN et al., 2017), náusea (CLARK-SNOW; AFFRONTI; RITTENBERG, 2018), fadiga oncológica (BOWER, 2014; AL MAQBALI et al., 2021; YEH et al., 2011) e insônia (COLLINS et al., 2017). Assim, deve-se incentivar os pacientes a comunicar adequadamente seus diversos sintomas durante as consultas, assim como os profissionais de saúde devem avaliar adequadamente estas necessidades. Quanto à necessidade de mais atenção das enfermeiras, observa-se que menos de 7% da amostra (6.8%; n = 8) declarou esta necessidade, o que pode indicar, de forma geral, satisfação na relação com esta categoria profissional no ambulatório de Oncologia e Hematologia do referido hospital. Este achado pode ser visto de forma positiva, uma vez que a equipe de enfermagem é uma das protagonistas dos cuidados aos pacientes, executando ampla assistência técnica e suporte emocional (LAM; WONG; CHAM, 2018).

O fato de 44.4% (n= 52) dos participantes reportarem a necessidade de mais informações sobre os direitos sociais associados ao câncer representa um desconhecimento sobre os direitos previstos na legislação brasileira (INCA, 2012). Esta desinformação leva a inaplicabilidade desses direitos e padecimento do paciente (RODRIGUES; REIS, 2019). Neste contexto, enfatiza-se a significância do assistente social na equipe multiprofissional oncológica e a presença deste profissional no ambulatório. O assistente social, como



profissional de saúde, é um dos protagonistas na intermediação de ações para que o usuário tenha acesso à cidadania plena (SOUZA; GILEÁ, 2020). Entretanto, cabe também aos demais profissionais da equipe multiprofissional oncológica, o conhecimento sobre as funções dos demais profissionais para o encaminhamento adequado dos pacientes.

Destaca-se também que mais de um terço dos respondentes (37.6%; n= 44) refere a necessidade de conversar com pessoas que vivenciam a mesma situação. Os grupos de apoio aos pacientes oncológicos são um dos dispositivos de suporte psicológico mais utilizados na Oncologia (GRASSI; SPIEGEL; RIBA, 2017). Durante a pandemia da COVID-19, no ambulatório onde ocorreu este estudo, visando minimizar os riscos de contágio, estes grupos foram descontinuados. No entanto, é válido pontuar que os grupos de suporte são algumas das intervenções psicossociais com mais evidências empíricas de eficácia disponíveis na literatura (GRASSI; SPIEGEL; RIBA, 2017). Ainda 36.8% (n= 43) dos respondentes reportaram a necessidade de melhores serviços do Hospital. Sugere-se, em estudos futuros, permitir que os respondentes respondam também qualitativamente ao item, de forma que a necessidade relata possa ser melhor compreendida e se possível, atendida.

Os diferentes tipos de necessidades relatadas pelos participantes representam a multi comorbidade e múltiplas necessidades característica do paciente oncológico (CLARK-SNOW, AFFRONTI; RITTENBERG, 2018; GUERRA CHELONI et al., 2020, GRASSI; SPIEGEL; RIBA, 2017; AL MAQBALI et al., 2021; SHEN et al., 2017). Também reforçam a importância da equipe multiprofissional no cuidado oncológico, uma vez que a interação de diferentes saberes profissionais potencializa o cuidado integral ao paciente e o olhar sobre as diferentes necessidades atravessadas (LORENZZONI; VILELA; RODRIGUES, 2019).

Não foi identificado, neste estudo, correlação entre a idade dos participantes e os escores de necessidades no instrumento. Entretanto, o perfil de necessidades de pacientes oncológicos pode variar culturalmente e conforme diferenças sociais dos participantes, tais como diferença em relação à renda, à faixa etária, ao diagnóstico, ao tempo de diagnóstico (GOERLING et al., 2020; FLETCHER et al., 2017; WILLIAMSON et al., 2018). Assim, o perfil de necessidades dos pacientes deste ambulatório pode estar também associado às características culturais próprias do contexto brasileiro, ao perfil educacional e etário dos participantes, por exemplo (LAM et al., 2011; WILLIAMSON et al., 2018). Dessa forma, uma temática de pesquisa que pode protagonizar futuros estudos sobre as necessidades dos pacientes oncológicos no Brasil são os estudos sobre o comportamento dessas necessidades em diferentes contextos sociodemográficos.



Considera-se que o estudo permitiu a disponibilidade de um instrumento para avaliação de necessidades em pacientes oncológicos. O mesmo pode ser utilizado em ambulatório (setting no qual a pesquisa foi conduzida) e em pacientes hospitalizados, conforme estudo de Tamburini e colaboradores (2000). Considerando que o hospital no qual o estudo foi realizado é uma instituição militar, recomenda-se a elaboração de estudos com amostras também derivadas de instituições civis. É importante destacar também, que embora no presente estudo, os procedimentos psicométricos adotados tenham apresentado uma estrutura de dois fatores para o instrumento, os itens também podem ser utilizados individualmente, conforme idealizado no estudo original (TAMBURINI et al., 2000). Um possível campo de investigação de estudos futuros pode ser o desenvolvimento de medidas brasileiras para a identificação das necessidades dos pacientes oncológicos. Outro campo pertinente é a elaboração de estudos de intervenções educacionais, visando conscientizar e instruir os profissionais de saúde sobre a avaliação das necessidades dos pacientes oncológicos.

O estudo também apresenta limitações. Não se analisou, por exemplo, validades de conteúdo para além da validade com base na estrutura interna do instrumento (eg. validade com base na relação com variáveis externas). Também não foram analisadas a relação entre a resposta aos itens e variáveis sociodemográficas, permitindo uma maior compreensão sobre o comportamento dos construtos. Por fim, outra limitação é o fato de que não se utilizou outros instrumentos ou técnicas para coletar as informações sobre as necessidades dos pacientes do ambulatório.

## Referências

AKERMAN, L. P. F. **Identificação das Necessidades dos Pacientes Oncológicos e Adaptação Transcultural do *Needs Evaluation Questionnaire***. Trabalho de Conclusão de Residência. Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia. Hospital Central do Exército, 2022.

AL MAQBALI, M. AL SINANI, M., AL NAAMANI, Z., AL BADI, K., TANASH, M. I. (2021). Prevalence of Fatigue in Patients with Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of pain and symptom management**, v. 61, n. 1, p. 167-189.e14, Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.037>

ANNUNZIATA, M. A., MUZZATTI, B., & ALTOÈ, G. (2009). A contribution to the validation of the Needs Evaluation Questionnaire (NEQ): a study in the Italian context. **Psycho-oncology**, 18(5), 549-553. Doi: <https://doi.org/10.1002/pon.1445>





ASADI-LARI, M., PACKHAM, C., & GRAY, D. (2003). Need for redefining needs. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 34. Doi: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-34>

BONACCHI, A., MICCINESI, G., GALLI, S., PRIMI, C., CHIESI, F., LIPPI, D., MURACA, M., & TOCCAFONDI, A. (2016). Use of the Needs Evaluation Questionnaire with cancer outpatients. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 24(8), 3507-3515. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3176-4>.

BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 22(53), 423-432. Doi <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300014>

BOWER, J. E. (2014). Cancer-related fatigue--mechanisms, risk factors and treatments. *Nat. Rev Clin Oncol*, v. 11, n. 10, p. 597-609. Doi: <https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2014.127>.

BROWN, T. A. *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: The Guilford Press, 2006.

BUFFART, L. M., KALTER, J., SWEEGERS, M. G., COURNEYA, K. S., NEWTON, R. U., AARONSON, N. K., JACOBSEN, P. B., MAY, A. M., GALVÃO, D. A., CHINAPAW, M. J., STEINDORF, K., IRWIN, M. L., STUIVER, M. M., HAYES, S., GRIFFITH, K. A., LUCIA, A., MESTERS, I., VAN WEERT, E., KNOOP, H., ... BRUG, J. (2017). Effects and moderators of exercise on quality of life and physical function in patients with cancer: An individual patient data meta-analysis of 34 RCTs. *Cancer Treatment Reviews*, 52, 91-104. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2016.11.010>

CLARK-SNOW, R., AFFRONTI, M. L., RITTENBERG, C. N. (2018). Chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV) and adherence to antiemetic guidelines: results of a survey of oncology nurses. *Support Care Cancer*, v. 26, p. 557-564, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3866-6>

COLLINS, K. P., GELLER, D. A., ANTONI, M., DONNELL, D. M., TSUNG, A., MARSH, J. W., BURKE, L., PENEDO, F., TERHORST, L., KAMARCK, T. W., GREENE, A., BUYSSE, D. J., & STEEL, J. L. (2017). Sleep duration is associated with survival in advanced cancer patients. *Sleep medicine*, 32, 208-212. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.06.041>



COLWELL, S. R. (2016). The composite reliability calculator. In **Technical Report**, DOI: 10.13140/RG.2.1.4298.088.

CULYER, A.J., WAGSTAFF, A. (1993). Equity and equality in health and health care. **Journal of Health Economics**, v. 12, n.4, p. 431-457.

DAMÁSIO, B. F., DUTRA, D. F. (2018). Análise fatorial exploratória: um tutorial com o software Factor. In: DAMÁSIO, B.F.; BORSA, J.C (Org) **Manual de desenvolvimento de instrumentos psicológicos**. 1 ed. São Paulo: Vetor, p. 241-265.

DAMÁSIO, BRUNO FIGUEIREDO. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Avaliação Psicológica**, 11(2), 213-228, 2012. Recuperado em 13 de fevereiro de 2022, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712012000200007&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712012000200007&lng=pt&tlng=pt).

DIMATTEO, M. R. Future directions in research on consumer-provider communication and adherence to cancer prevention and treatment. **Patient Educ. Couns.**, v. 50, n. 1, p. 23-26, 2003. Doi: [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(03\)00075-2](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(03)00075-2).

DOI, Y., MINOWA, M., UCHIYAMA, M., & OKAWA, M. (2001). Subjective sleep quality and sleep problems in the general Japanese adult population. **Psychiatry and clinical neurosciences**, 55(3), 213-215. Doi: <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2001.00830.x>

FLETCHER, C., FLIGHT, I., CHAPMAN, J., FENNELL, K., & WILSON, C. (2017). The information needs of adult cancer survivors across the cancer continuum: A scoping review. **Patient Education and Counseling**, 100(3), 383-410. Doi: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.008>

GOERLING, U., FALLER, H., HORNEMANN, B., HÖNIG, K., BERGELT, C., MAATOUK, I., STEIN, B., TEUFEL, M., ERIM, Y., GEISER, F., NIECKE, A., SENF, B., WICKERT, M., BÜTTNER-TELEAGA, A., & WEIS, J. (2020). Information needs in cancer patients across the disease trajectory. A prospective study. **Patient Education and Counseling**, 103(1), 120-126. Doi: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.011>

GRASSI, L., SPIEGEL, D., RIBA, M. (2017) Advancing Psychosocial Care In Cancer Patients. **F1000 research**, V. 6, 2083. Doi: <https://doi.org/10.12688/f1000research.11902.1>



GUERRA CHELONI, I., SOARES DA SILVA, J. V., CHAVES DE SOUZA, C. Necessidades humanas básicas afetadas em pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura. **HU Revista**, [S. l.], v. 46, p. 1-11, 2020. Doi: 10.34019/1982-8047.2020.v 46.29242.

HOLGADO-TELLO, F., CHACÓN-MOSCOSO, S., BARBERO-GARCÍA, I., & VILA-ABAD, E. (2010). Polychoric versus Pearson correlations in exploratory and confirmatory factor analysis of ordinal variables. **Quality and Quantity**, 44(1), 153-166. doi: 10.1007/s11135-008-9190-y

HOWLADER, N. et al. The Effect of Advances in Lung-Cancer Treatment on Population Mortality. **N Engl J Med**, 383: 640-649, 2020. Doi: 10.1056/NEJMoa1916623

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA. 2019. Disponível em <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em 13 jan. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Comunicação Social. **Direitos sociais da pessoa com câncer** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Comunicação Social. - 3a ed. - Rio de Janeiro: INCA. 2012. Disponível em [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos\\_sociais\\_pessoa\\_cancer\\_3ed.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sociais_pessoa_cancer_3ed.pdf). Acesso em 18 jan 2022.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. World Health Organization. (2020) **Cancer Today**. Disponível em [https://gco.iarc.fr/today/online-analysispie?v=2020&mode=population&mode\\_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population\\_group=0&ages\\_group%5B%5D=0&ages\\_group%5B%5D=17&nb\\_items=7&group\\_cancer=1&include\\_nmsc=1&include\\_nmsc\\_other=1&half\\_pie=0&donut=0](https://gco.iarc.fr/today/online-analysispie?v=2020&mode=population&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&half_pie=0&donut=0). Acesso em 13 jan. 2022.

KIM, H-J, JUNG, S-O, KIM, H, ABRAHAM, I. (2020) Systematic review of longitudinal studies on chemotherapy-associated subjective cognitive



impairment in cancer patients. *Psycho-Oncology*. 29: 617- 631. Doi: <https://doi.org/10.1002/pon.5339>

LAM, W., WONG, F. Y., & CHAN, A. E. (2020). Factors Affecting the Levels of Satisfaction With Nurse-Patient Communication Among Oncology Patients. *Cancer nursing*, 43(4), E186-E196. Doi: <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000672>

LORENZO-SEVA, U., & FERRANDO, P. J. (2006). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavioral Research Methods, Instruments and Computers*, 38(1), 88-91. doi: 10.3758/BF03192753

LORENZO-SEVA, U., & FERRANDO, P.J. (2019). **Not positive definite correlation matrices in exploratory item factor analysis: Causes, consequences and a proposed solution.** Technical document.

LORENZO-SEVA, U., TIMMERMAN, M. E., & KIERS, H. A. L. (2011). The Hull Method for selecting the number of common factors. *Multivariate Behavioral Research*, 46(2), 340-364. doi: 10.1080/00273171.2011.564527

LORENZZONI, A. M., VILELA, A. F. B., RODRIGUES, F. S. S. (2019). Equipe Multiprofissional Nos Cuidados Paliativos Em Oncologia: Uma Revisão Integrativa. *Revista Espaço Ciência & Saúde*, v. 7, n. 1, p. 34-48. Disponível em <http://hdl.handle.net/10183/201044>. Acesso em 19 jan 2022.

MARUZZO, M., LA VERDE, N., RUSSO, A., MARCHETTI, P., SCAGNOLI, S., GONZATO, O., GORI, S. (2021). Second medical opinion in oncological setting. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 160, 103282. Doi: 10.1016/j.critrevonc.2021.103

MCINTYRE, C., JACQUES, T., PALAZZO, F., FARNELL, K., & TOLLEY, N. (2018). Quality of life in differentiated thyroid cancer. *International Journal of Surgery*, 50, 133-136. Doi: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2017.12.014>

NAYAK, M. G., GEORGE, A., VIDYASAGAR, M. S., MATHEW, S., NAYAK, S., NAYAK, B. S., SHASHIDHARA, Y. N., & KAMATH, A. (2017). Quality of Life among Cancer Patients. *Indian journal of palliative care*, 23(4), 445-450. Doi: [https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC\\_82\\_17](https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_82_17)

O'NEILL, L., MORAN, J., GUINAN, E.M. et al. (2018) Physical decline and its implications in the management of oesophageal and gastric cancer: a systematic review. *J Cancer Surviv* 12, 601-618. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11764-018-0696-6>



OERS, H. V., & SCHLEBUSCH, L. (2020). Indicators of psychological distress and body image disorders in female patients with breast cancer. **Journal of Mind and Medical Sciences**, 7(2), 179+. Disponível em <https://link.gale.com/apps/doc/A640640610/HRCA?u=anon~d012cb58&sid=googleScholar&xid=2897050d>

OKEDIJI, P. T., SALAKO, O., & FATIREGUN, O. O. (2017). Pattern and Predictors of Unmet Supportive Care Needs in Cancer Patients. **Cureus**, 9(5), e1234. Doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.1234>

PILEVARZADEH, M., AMIRSHAHI, M., AFSARGHAREHBAGH, R. et al. (2019). Global prevalence of depression among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. **Breast Cancer Res Treat** 176, 519-533. Doi <https://doi.org/10.1007/s10549-019-05271-3>

PLATONOVA, E. A., KENNEDY, K. N., & SHEWCHUK, R. M. (2008). Understanding Patient Satisfaction, Trust, and Loyalty to Primary Care Physicians. **Medical Care Research and Review**, 65(6), 696-712. Doi: <https://doi.org/10.1177/1077558708322863>

PRIP, A., MØLLER, K. A., NIELSEN, D. L., JARDEN, M., OLSEN, M. H., DANIELSEN, A. K. (2018). The Patient-Healthcare Professional Relationship and Communication in the Oncology Outpatient Setting: A Systematic Review. **Cancer nursing**, v. 41, n. 5, E11-E22. Doi: <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000533>.

RAYKOV, T. (1997) Estimation of composite reliability for congeneric measures. **Applied Psychological Measurement**, v. 21, n. 2, p. 173-184.

RODRIGUES, D. DA S., REIS, G. T. DE S. (2019). Os Direitos Dos Pacientes Com Câncer: A Ineficiência Do Estado E O Papel Humanitário Do Estudante De Direito Em Sua Explicitação. **Revista Vertentes do Direito**, v. 6, n. 1, p. 72-87. Doi: <https://doi.org/10.20873/uft.2359-0106.2019.v6n1.p72-87>

RYAN, C., WEFEL, J.S. & MORGANS, A.K. (2020). A review of prostate cancer treatment impact on the CNS and cognitive function. **Prostate Cancer Prostatic Dis** 23, 207-219. Doi: <https://doi.org/10.1038/s41391-019-0195-5>

SANTANA, I. R.; MASON, A., GUTACKER, N., KASTERIDIS, P., SANTOS, R., RICE, N. (2021). Need, demand, supply in health care: Working definitions, and their implications for defining access. **Health Economics, Policy and Law**, 1-13. Doi: <https://doi.org/10.1017/S1744133121000293>.



SAVINA, S., ZAYDINER, B. (2019). Cancer-related fatigue: some clinical aspects. *AsiaPacific J Oncol Nurs*, v. 6, n. 1, p. 7-9. Disponível em <https://www.apjon.org/text.asp?2019/6/1/7/242774>. Acesso em 18 jan. 2022.

SCHULZ, K.-H., PATRA, S., SPIELMANN, H., KLAPDOR, S., SCHLÜTER, K., & VAN ECKERT, S. (2017). Physical condition, nutritional status, fatigue, and quality of life in oncological outpatients. *SAGE Open Medicine*. Doi: <https://doi.org/10.1177/2050312117743674>

SHEN, W-C. et al. (2017). Impact of Undertreatment of Cancer Pain With Analgesic Drugs on Patient Outcomes: A Nationwide Survey of Outpatient Cancer Patient Care in Taiwan. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 54, n.1, p. 55-65. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.02.018>.

SISK, B. A., FRIEDRICH, A. B., KAYE, E. C.; BAKER, J. N., MACK, J. W., DUBOIS, J. M. (2021). Multilevel barriers to communication in pediatric oncology: Clinicians' perspectives. *Cancer*, v. 127, n.12, p. 2130-2138. Doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.33467>

SOUZA, C. C. O., GILEÁ, J. (2020). Cuidados Paliativos: O Papel Do Assistente Social Na Equipe Multiprofissional. *Revista Scientia*, v. 5, n. 3, p. 59-76. Disponível em <https://www.revistas.uneb.br/index.php/scientia/article/view/8785/6375>. Acesso em 19 jan 2022.

TAMBURINI, M., GANGERI, L., BRUNELLI, C., BELTRAMI, E., BOERI, P., BORREANI, C., FUSCO KARMANN, C., GRECO, M., MICCINESI, G., MURRU, L., & TRIMIGNO, P. (2000). Assessment of hospitalised cancer patients' needs by the Needs Evaluation Questionnaire. *Annals of Oncology*, 11(1), 31-38. Doi: <https://doi.org/https://doi.org/10.1023/A:1008396930832>

VAN DEN BEUKEN-VAN EVERDINGEN, M. H., DE RIJKE, J. M., KESSELS, A. G., SCHOUTEN, H. C., VAN KLEEF, M., & PATIJN, J. (2007) Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, v. 18, n. 9, p. 1437-1449. Doi: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdm056>.

WEN, K. Y., GUSTAFSON, D. H. (2004). Needs assessment for cancer patients and their families. *Health and quality of life outcomes*, v. 2, n. 11, 2004. Doi: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-11>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2022). *Cancer*. Disponível em [https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1). Acesso em 13 jan. 2022.



YEH, E-T. et al. (2011). An examination of cancer-related fatigue through proposed diagnostic criteria in a sample of cancer patients in Taiwan. **BMC Cancer**, v. 11, 387. Doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2407-11-387>.

ZALETEL-KRAGELJ, L.; ERŽEN, I.; PREMIK, M. (2008). "Health Needs" Concept. Some Perspectives And Dimensions From The Public Health Point Of View. In: SALCHEV, P.; HRISTOV, N.; GEORGIEVA, L.M. (Org.). **Management In Health Care Practice**. A Handbook for Teachers, Researchers and Health Professionals. Evidence Based Policy - Practical Approaches.

ZEITLHOFER, J., SCHMEISER-RIEDER, A., TRIBL, G., ROSENBERGER, A., BOLITSCHKEK, J., KAPFHAMMER, G., SALETU, B., KATSCHNIG, H., HOLZINGER, B., POPOVIC, R., & KUNZE, M. (2000). Sleep and quality of life in the Austrian population. **Acta neurologica Scandinavica**, 102(4), 249-257. Doi: <https://doi.org/10.1034/j.1600-0404.2000.102004249.x>

ZHANG, Y., ZHANG, Z. (2020) The history and advances in cancer immunotherapy: understanding the characteristics of tumor-infiltrating immune cells and their therapeutic implications. **Cell Mol Immunol** 17, 807-821. Doi: <https://doi.org/10.1038/s41423-020-0488-6>

