UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ALINE MARIA BONINI MOYSÉS

Análise de conceito do diagnóstico de enfermagem Náusea no
tratamento quimioterápico

RIBEIRÃO PRETO

2014

ALINE MARIA BONINI MOYSÉS

Análise de conceito do diagnóstico de enfermagem Náusea no tratamento
quimioterápico

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, para a obtenção
do título de Mestre em Ciências, junto ao
Programa de Pós-Graduação Enfermagem em
Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em
Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Processo Saúde-Doença e
Epidemiologia

Orientadora: Profa. Dra. Thais de Oliveira
Gozzo

Ribeirão Preto

2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL E PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL E ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Moysés, Aline Maria Bonini

Análise de conceito do diagnóstico de enfermagem Náusea no tratamento quimioterápico. Ribeirão Preto, 2014.

152 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Gozzo, Thais de Oliveira.

1. Náusea. 2. Quimioterapia. 3. Neoplasias. 4. Diagnóstico de Enfermagem.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: MOYSÉS, Aline Maria Bonini

Título: Análise de conceito do diagnóstico de enfermagem Náusea no tratamento quimioterápico.

Dissertação apresentada ao Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. (a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. (a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. (a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos pacientes com câncer, grandes guerreiros, por enfrentarem sem escolhas o desafio entre o tratamento quimioterápico e os eventos adversos advindos dele.

Mulheres, idosos, crianças, que mesmo indiretamente contribuíram tanto no decorrer deste trabalho, só tenho a lhes agradecer.

AGRADECIMENTOS

*Ao meu esposo **Marcelo**, por compartilhar cada momento comigo, os bons, os difíceis, as angústias, privações e agora esta conquista.*

*Aos meus pais, **Sueli e José Pedro**, pela educação, apoio, segurança e palavras de otimismo diante dos desabafos sobre a profissão.*

*Aos meus irmãos, **Alexandre, André e Amanda**, que também acompanharam o transcorrer deste trabalho.*

*A minha **família e família do Marcelo** que estiveram presentes e dando palavras de apoio nesta trajetória.*

*A todos os meus **amigos** que de alguma forma acompanharam este momento, sempre apoiaram e incentivaram minha escolha.*

*A minha orientadora, Profa Dra **Thais de Oliveira Gozzo**, pela leveza com que conduziu esta orientação, pelas discussões clínicas, não cobrando mais do que eu poderia oferecer, respeitando minhas limitações e acima de tudo pela parceria.*

*A Profa Dra **Ana Maria de Almeida**, pelas contribuições, ensinamentos no Grupo de Pesquisa e por estar presente neste momento. Você tem todo meu respeito.*

*A Profa Dra **Emília Campos de Carvalho**, pela sugestão do tema a ser investigado, pelo importante e rico aprendizado durante as disciplinas na pós-graduação.*

*A Profa Dra **Maria Célia Barcellos Dalri** e Profa Dra **Renata Cristina de Campos Pereira Silveira** pelas valiosas contribuições durante o exame de qualificação e no decorrer deste trabalho.*

Aos demais docentes, funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e funcionários da Universidade de São Paulo – Campus de Ribeirão Preto, que me forneceram conhecimento, amadurecimento profissional e me auxiliaram em diversos momentos na pós-graduação.

*A minha **chefia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto** que me proporcionou condições e apoio para o desenvolvimento deste trabalho.*

*As minhas amigas **Lilian de Andrade Sá e Rosemeire Aparecida de Oliveira de Carvalho**, primeiramente pela amizade, mas também pelas oportunidades, discussões enriquecedoras, apoio nos momentos de fraqueza, palavras de incentivo, por compartilhar e compreender as barreiras em conciliar assistência e ciência, enfim, meu muito obrigada.*

*A toda equipe de enfermagem e escriturárias da **Central de Quimioterapia e Ambulatório de Oncologia do HCFMRP**, que acompanharam minha jornada e pela forma humanizada com que assistem os pacientes oncológicos.*

DESEJOS

*“Desejo a vocês...
Fruto do mato
Cheiro de jardim
Namoro no portão
Domingo sem chuva
Segunda sem mau humor
Sábado com seu amor
Chope com amigos
Viver sem inimigos
Filme antigo na TV
Ter uma pessoa especial
E que ela goste de você
Música de Tom com letra de Chico
Ouvir uma palavra amável
Ter uma surpresa agradável
Ver a Banda passar
Noite de lua cheia
Rever uma velha amizade
Ter fé em Deus
Rir como criança
Escrever um poema de Amor
Que nunca será rasgado
Tomar banho de cachoeira
Aprender uma nova canção
Esperar alguém na estação
Queijo com goiabada
Pôr-do-Sol na roça
Uma festa
Um violão
Ter um ombro sempre amigo
Bater palmas de alegria
Uma tarde amena
Tocar violão para alguém
Ouvir a chuva no telhado
Vinho branco
E muito carinho meu.”*

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

MOYSÉS, A. M. B. **Análise de conceito do diagnóstico de enfermagem náusea no tratamento quimioterápico.** 2014. 152 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Este estudo trata-se de uma análise de conceito do diagnóstico de enfermagem Náusea no tratamento quimioterápico, de acordo com o modelo de Walker e Avant. Os objetivos foram: identificar e sintetizar o conceito náusea em pacientes durante o tratamento quimioterápico por meio de uma revisão integrativa; identificar os atributos, os antecedentes, as consequências e os referenciais empíricos da náusea relacionada à quimioterapia; elaborar um caso modelo, um caso-relacionado e um caso-contrário do conceito náusea em pacientes durante o tratamento quimioterápico; comparar a definição de náusea da NANDA-I, edição de 2012-2014 com as definições de náusea encontradas nos estudos da revisão integrativa; comparar os atributos definidores da náusea relacionada à quimioterapia na literatura com as características definidoras e os antecedentes com os fatores relacionados do diagnóstico de náusea da NANDA-I. Foram seguidas as oito etapas da análise de conceito de Walker e Avant: seleção do conceito, objetivos da análise conceitual, identificação dos possíveis usos do conceito, determinação dos atributos definidores, identificação do caso modelo, identificação de casos adicionais, identificação de antecedentes e consequências e definição de referenciais empíricos. Para este estudo foi selecionado o conceito de náusea em pacientes em tratamento quimioterápico e o objetivo da análise foi investigar se o diagnóstico de enfermagem náusea da NANDA-I contempla o tratamento quimioterápico como fatores relacionados. Posteriormente foi realizada uma revisão integrativa para identificar os possíveis usos do conceito, bem como os referenciais empíricos, os antecedentes e consequências. O atributo definidor mais frequente foi transpirar; os antecedentes mais encontrados foram idade menor que 50 anos, potencial emético do quimioterápico e ansiedade e a consequência foi redução na qualidade de vida. Quanto aos referenciais empíricos mais usados pelos autores dos estudos da revisão integrativa foram, diário do paciente, Escala Visual Analógica e entrevista. Não houve divergências entre a definição de náusea da NANDA-I e as dos estudos da revisão. Entre as características definidoras e os fatores relacionados da NANDA-I, edição de 2012-2014, foram identificados nos estudos da revisão integrativa: aversão à comida, relato de náusea, salivação aumentada, cinetose, ansiedade e medicamentos. Esta análise de conceito possibilitou a percepção de que tratamento quimioterápico ou a quimioterapia devem ser incluídos à relação dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Náusea da NANDA-I. Este trabalho poderá ser norteador para o desenvolvimento das outras etapas do processo de validação do diagnóstico de enfermagem Náusea, no tratamento quimioterápico.

Palavras-chave: náusea, quimioterapia, neoplasias, diagnóstico de enfermagem.

ABSTRACT

MOYSÉS, A. M. B. **Concept analysis of diagnosis of nausea during chemotherapy treatment in nursing**. 2014. 152 f. Master's Thesis - University of São Paulo, at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão preto, 2014.

The present study is an concept analysis of nausea during chemotherapy treatment according to the model by Walker and Avant. The objectives of the study were to identify and synthesize the concept of nausea in patients during chemotherapy treatment by means of an integrative review; identify the attributes, antecedents, consequences, and empirical references on chemotherapy-related nausea; construct a model case, a borderline case, and a contrary case of the concept of nausea during chemotherapy treatment; compare the definition of nausea according to 2012-2014 issue of NANDA-I with definitions found in integrative review studies; compare the defining attributes of chemotherapy-related nausea found in the literature with the its defining characteristics, and the antecedents with the factors related to the diagnosis of nausea found in NANDA-I. The eight steps of concept analysis by Walker and Avant were followed: selecting a concept, aims of the analysis, identifying the possible uses of the concept, determining the defining attributes, identifying the model case, identifying the additional cases, identifying the antecedents, and consequences, and defining empirical references. For the present study, the concept of nausea in patients undergoing chemotherapy treatment was selected and the aim of the analysis was to investigate whether the diagnosis of nausea in nursing found in NANDA-I contemplates chemotherapy as a related factor. The, an integrated review was carried out so as to identify the possible uses of the concept as well as empirical references, antecedents and consequences. The most frequently found defining attribute was sweating; the antecedents most commonly found were age (under 50), emetic potential of the medication and anxiety, and the consequence found was lower quality of life. The empirical references most commonly used by authors of integrative review studies were the patients' journal, Visual Analogue Scale, and interview. There were no disagreements between the definitions in the 2012-2014 issue of NANDA-I and the review studies. Among the defining characteristics and related factors in the 2012-2014 issue of NANDA-I, aversion to food, reports of nausea, increased salivation, cinetosis, anxiety, and medication. The present concept analysis has led to the perception that chemotherapy should be included in the list of related factors of the diagnosis of nausea in nursing in NANDA-I. The present study could be a roadmap for the development of other steps in the process of validation of the diagnosis of nausea in nursing.

Key Words: nausea, chemotherapy, neoplasias, diagnosis in nursing.

RESUMEN

MOYSÉS, A. M. B. **Análisis de concepto del diagnóstico de enfermería Náusea en el tratamiento quimioterápico.** 2014. 152 f. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

En este estudio se trata de analizar el concepto del diagnóstico de enfermería Náusea en el tratamiento quimioterápico, de acuerdo con el modelo de Walker y Avant. Los objetivos fueron: identificar y sintetizar el concepto náusea en pacientes durante el tratamiento quimioterápico por medio de una revisión integradora; identificar los atributos, los antecedentes, las consecuencias y los referenciales empíricos de la náusea relacionada con la quimioterapia; elaborar un caso modelo, un caso relacionado y un caso contrario al concepto náusea en pacientes durante el tratamiento quimioterápico; comparar la definición de náusea de la NANDA-I, edición de 2012-2014, con las definiciones de náusea encontradas en los estudios de la revisión integradora; comparar los atributos definitorios de la náusea que es relacionada con la quimioterapia en la literatura con las características definitorias y los antecedentes con los factores relacionados del diagnóstico de náusea de la NANDA-I. Se siguieron las ocho etapas del análisis de concepto de Walker y Avant: selección del concepto, objetivos del análisis conceptual, identificación de los posibles usos del concepto, determinación de los atributos definitorios, identificación del caso modelo, identificación de casos adicionales, identificación de antecedentes y consecuencias y definición de referenciales empíricos. Para este estudio se seleccionó el concepto de náusea en pacientes en tratamiento quimioterápico y el objetivo del análisis fue investigar si el diagnóstico de enfermería Náusea de la NANDA-I contempla el tratamiento quimioterápico como factor relacionado. Posteriormente se realizó una revisión integradora para identificar los posibles usos del concepto, así como los referenciales empíricos, los antecedentes y consecuencias. El atributo definitorio más frecuente fue transpirar; los antecedentes más encontrados fueron edad menor que 50 años, potencial emético del quimioterápico y ansiedad y la consecuencia fue la reducción de la calidad de vida. En cuanto a los referenciales empíricos más usados por los autores de los estudios de la revisión integradora, fueron diario del paciente, Escala Visual Analógica y entrevista. No hubo divergencias entre las definiciones de náusea de la NANDA-I y las de los estudios de la revisión. Entre las características definitorias y los factores relacionados de la NANDA-I, edición de 2012-2014, se identificaron en los estudios de la revisión integradora: aversión a la comida, relato de náusea, salivación aumentada, cinetosis, ansiedad y medicamentos. Este análisis de concepto posibilitó la percepción de que el tratamiento quimioterápico o la quimioterapia se debe incluir a la relación de los factores relacionados del diagnóstico de enfermería Náusea de la NANDA-I. Este trabajo podrá ser conductor para el desarrollo de las otras etapas del proceso de validación del diagnóstico de enfermería Náusea, en el tratamiento quimioterápico.

Palabras clave: náusea, quimioterapia, neoplasias, diagnóstico de enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Considerações anatômicas.....	30
Figura 2	Fluxograma da distribuição do número de artigos encontrados em cada base de dados após a estratégia de busca, dos selecionados após leitura dos títulos e resumos, do texto completo e amostra final.....	62
Figura 3	Escala Visual Analógica para avaliação de náuseas.....	94
Figura 4	Escala Visual Analógica para avaliação de náuseas, segundo Pompeo (2012).....	94

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição dos estudos consultados em relação à autoria, ano de publicação e frequência relativa de náusea após a administração da quimioterapia.....	32
Quadro 2	Distribuição dos estudos consultados em relação à autoria, ano de publicação e frequência relativa de náusea antecipatória.....	32
Quadro 3	Potencial emético dos Agentes Antineoplásicos endovenosos..	34
Quadro 4	Graduação das náuseas e consequências clínicas.....	36
Quadro 5	Regime antiemético para a prevenção de êmese induzida pela quimioterapia por categoria de risco emético.....	38
Quadro 6	Distribuição das bases de dados consultadas segundo os descritores controlados e não controlados utilizados na busca dos estudos.....	56
Quadro 7	Descrição das estratégias de busca realizadas nas bases de dados e o número de artigos identificados.....	59
Quadro 8	Distribuição das publicações excluídas segundo a base dos dados e as causas da exclusão, após leitura dos títulos e resumos.....	61
Quadro 9	Distribuição das causas da exclusão das publicações após a leitura dos estudos na íntegra, segundo as bases de dados.....	62
Quadro 10	Classificação de níveis de evidência.....	64
Quadro 11	Distribuição dos estudos primários incluídos na RI, segundo autoria, título, ano de publicação, periódico, tipo do estudo e nível de evidência.....	69
Quadro 12	Distribuição dos atributos definidores da náusea nos estudos da RI, segundo frequência absoluta e relativa.....	74
Quadro 13	Distribuição dos antecedentes da náusea encontrados nos estudos da RI, segundo frequência absoluta e relativa.....	79
Quadro 14	Distribuição das consequências da náusea encontradas nos estudos da RI, segundo frequência absoluta e relativa.....	88
Quadro 15	Distribuição dos referenciais empíricos da náusea nos estudos da RI, segundo frequência absoluta e relativa.....	93
Quadro 16	Definições da Náusea segundo a NANDA-I, edição de 2012-2014 e os estudos da RI.....	97

Quadro 17	Distribuição das características definidoras do DE Náusea propostos pela NANDA-I, edição de 2012-2014 e os encontrados nos artigos da RI, segundo frequência absoluta e relativa.....	99
Quadro 18	Distribuição dos fatores relacionados do DE Náusea propostos pela NANDA-I, edição de 2012-2014, encontrados nos artigos da RI, segundo frequência absoluta e relativa.....	100

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD - Adriamicina, bleomicina, vimblastina e dacarbazina

ANA - *American Nurses Association*

ASCO - *American Society of Clinical Oncology*

BCRP - Biblioteca Central da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças

CINAHL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

COMUT - Serviço de Comutação Bibliográfica

CTCAE - *Common Terminology Criteria for Adverse Events*

DE - Diagnóstico(s) de Enfermagem

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

EMBASE - Excerpta Medica Database

EORTC-QLQ-C30 - European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-C30

ESMO - European Society for Medical Oncology

EUA - Estados Unidos da América

EVA- Escala Visual Analógica

FACT-G - *Functional Assessment of Cancer Therapy-General*

FDA - *Food and Drug Administration*

FEC - 5-fluoracil, epirrubicina e ciclofosfamida

FLIE - *Functional living index-emesis*

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MANE - *Morrow Assessment of Nausea and Emesis*

MASCC - *Multinational Association of Supportive Care in Cancer*

NANDA - *North American Nursing Diagnosis Association*

NANDA-I - *North American Nursing Diagnosis Association International*

NCCN - *National Comprehensive Cancer Network*

NCBI - *Nacional Center for Biotechnology Information*

NLM - *US National Library of Medicine*

NVIQ - Náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia

OMS - Organização Mundial de Saúde

PE - Processo de Enfermagem

PG-SGA - *Patient-Generated Subjective Global Assessment*

RI- Revisão Integrativa

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SIBi-USP - Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo

WHO - *World Health Organization*

SUMÁRIO

<i>APRESENTAÇÃO</i>	18
<i>1. INTRODUÇÃO</i>	21
1.1.Os diagnósticos de enfermagem	22
1.2. Delimitação do problema – Náusea	29
1.3. Referencial Teórico - Análise de conceito e o modelo proposto por Walker e Avant	40
1.3.1. Primeira etapa: Seleção do conceito	42
1.3.2. Segunda etapa: Objetivos da análise conceitual	43
1.3.3. Terceira etapa: Identificação dos possíveis usos do conceito	43
1.3.4. Quarta etapa: Determinação dos atributos definidores	43
1.3.5. Quinta etapa: Identificação do caso modelo	44
1.3.6. Sexta etapa: Identificação de casos adicionais (casos-limítrofes, casos-relacionados, casos-contrários, casos-inventados e casos-ilegítimos).....	44
1.3.7. Sétima etapa: Identificação de antecedentes e consequências	46
1.3.8. Oitava etapa: Definição de referenciais empíricos	46
<i>2. OBJETIVOS</i>	47
2.1. Objetivo geral	48
2.2. Objetivos específicos	48
<i>3. MÉTODO</i>	49
3.1. Análise de Conceito	50
3.1.1. Primeira etapa: Seleção do conceito	50
3.1.2. Segunda etapa: Objetivos da análise conceitual	51
3.1.3. Terceira etapa: Identificação dos possíveis usos do conceito	51
3.1.4. Quarta etapa: Determinação dos atributos definidores	52
3.1.5. Quinta etapa: Identificação do caso modelo	52
3.1.6. Sexta etapa: Identificação de casos adicionais (casos-limítrofes, casos-relacionados, casos-contrários e casos-inventados).....	52
3.1.7. Sétima etapa: Identificação de antecedentes e consequências	52
3.1.8. Oitava etapa: Definição de referenciais empíricos	53
3.2. Revisão Integrativa da Literatura	53
3.2.1. Primeira fase: Identificação do tema e formulação da questão de pesquisa	54

3.2.2. Segunda fase: Amostragem ou busca na literatura	55
3.2.3. Terceira fase: Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados	63
3.2.4. Quarta fase: Avaliação dos estudos incluídos na amostra	64
3.2.5. Quinta fase: Interpretação dos resultados	65
3.2.6. Sexta fase: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento	65
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
4.1. Avaliação dos estudos incluídos na amostra.....	68
4.2. Análise de conceito	74
4.2.1. Quarta etapa da análise de conceito: Determinação dos atributos definidores ..	74
4.2.2. Quinta etapa da análise de conceito: Identificação do caso modelo	75
4.2.3. Sexta etapa da análise de conceito: Identificação de casos adicionais (casos- limítrofes, casos-relacionados, casos-contrários e casos-inventados)	77
4.2.4. Sétima etapa da análise de conceito: Identificação de antecedentes e consequências	79
4.2.4.1. Antecedentes.....	79
4.2.4.2. Consequências.....	88
4.2.5. Oitava etapa da análise de conceito: Definição de referenciais empíricos	92
4.3. Comparação dos componentes do DE Náusea encontrados nos estudos da RI com os da NANDA-I, edição de 2012-2014.	97
4.3.1. Definição.....	97
4.3.2. Características definidoras	99
4.3.3. Fatores relacionados	100
5. CONCLUSÃO	103
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS.....	110
APÊNDICES	125
ANEXO.....	149

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Há dez anos iniciei minha atividade profissional enquanto enfermeira atuante na área de enfermagem oncológica. Inicialmente, trabalhei em uma Enfermaria de Pediatria de um hospital geral, onde prestava assistência a crianças e adolescentes com câncer, dentre outras especialidades. Nesta fase pude perceber o incômodo de pacientes em relação aos eventos adversos ocasionados pelos tratamentos para o câncer, seja quimioterápico, radioterápico ou para aqueles em cuidados paliativos.

Posteriormente, fui alocada na Central de Quimioterapia do mesmo hospital e o foco da assistência passou a ser o tratamento quimioterápico. Não mais centrado em crianças e adolescente, mas pacientes de todas as faixas etárias e em diferentes fases da doença. Novamente os eventos adversos apresentados por estes me inquietaram e as náuseas e vômitos por eles vivenciados tornaram-se mais marcantes em minha prática clínica. Fatos que despertaram meu interesse em aprofundar meus conhecimentos acerca deste conceito e assim poder lhes proporcionar uma assistência de melhor qualidade.

Com isso busquei capacitação profissional e fiz o curso de Especialização em Enfermagem Oncológica. Tive a oportunidade de aprofundar um pouco mais sobre a temática náuseas e vômitos na elaboração e defesa da monografia intitulada **Toxicidade gastrointestinal e a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama durante o tratamento quimioterápico.**

Manejar o paciente oncológico que apresenta náusea relacionada ao tratamento quimioterápico sem dispor de protocolos ou sistematização da assistência, tem sido um desafio.

A náusea torna-se ainda mais complexa por ser um sintoma subjetivo, sendo que muitas vezes os pacientes a apresentarão no domicílio, longe dos olhos dos profissionais da saúde, o que faz com que este sintoma não tenha a devida importância na prática clínica.

Devido ao fato de a náusea ser um sintoma frequentemente referido pelos pacientes em tratamento quimioterápico e que interfere em suas atividades diárias de forma negativa, acredito que explorar esse conceito nos trará alicerce para prosseguir com o desenvolvimento da validação deste diagnóstico de enfermagem (DE). Além de nortear os enfermeiros oncológicos a elaborarem o processo de enfermagem de forma completa, desde a coleta de dados, planejamento das intervenções e avaliação das mesmas.

O processo de enfermagem é atividade exclusiva do profissional enfermeiro e cabe a nós, enfermeiros, buscar o conhecimento produzido nas pesquisas clínicas bem como nas

revisões integrativas e/ou sistemáticas estreitar os laços entre o que é produzido na literatura e o que é aplicado na prática clínica.

Por isso, julgo pertinente que os enfermeiros passem a desenvolver estudos específicos sobre o processo de enfermagem, mais especificamente acerca dos DE, tendo sido escolhido por mim o DE Náusea.

O DE Náusea da NANDA-I edição de 2012-2014, apesar de listar inúmeros fatores relacionados, não aborda especificamente a náusea relacionada ao tratamento quimioterápico.

Acredito que a partir do momento em que os profissionais conhecerem o fenômeno, poderão melhorar sua prática no sentido de investigar este sintoma, incluindo essa investigação nas consultas médicas e estendendo-a ao histórico de enfermagem no dia da infusão da quimioterapia, dando suporte às intervenções de enfermagem que irão englobar o indivíduo tanto nos aspectos físicos, como no social e no psicológico.

Este estudo proporcionará aos enfermeiros que assistem pacientes oncológicos maior suporte e embasamento científico para conhecer o estado da arte deste conceito e posteriormente desenvolver estratégias para seu controle.

Diante do exposto, senti a necessidade de desenvolver este trabalho, aperfeiçoar o conhecimento do conceito náusea na área da enfermagem, durante o tratamento quimioterápico.

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. Os diagnósticos de enfermagem

A idéia de atividade diagnóstica teve início na Enfermagem com o advento da enfermagem moderna, quando Florence Nightingale, durante a Guerra da Criméia, em 1854. Aliada a 24 freiras e outras 14 mulheres, diagnosticaram e trataram problemas de saúde de forma efetiva e o resultado foi uma queda de 42 para 2,2% na taxa de mortalidade nos hospitais britânicos (FARIAS et al., 1990).

Na década de 1920, ressurgiu a idéia de atividade diagnóstica, quando Harmer sugere que cabe aos enfermeiros usar o método científico, organizar a ciência Enfermagem, identificar problemas específicos de enfermagem, registrar os problemas identificados e designar prescrições para estes problemas (FARIAS et al., 1990). Já na década de 1950, McManus especificou o termo diagnóstico como uma atividade de enfermagem, e descreveu as funções de responsabilidade do enfermeiro da seguinte forma: identificação ou diagnóstico de problemas e a decisão sobre as intervenções de enfermagem a serem implementadas para a solução destes (CARVALHO; GARCIA, 2002).

Já em 1953, Vera Fry acrescentou enfermagem ao termo diagnóstico, quando publicou um estudo em que foram identificadas cinco áreas de necessidades do cliente e considerou-se como domínio da Enfermagem e como foco para os DE. O maior interesse por este conceito evidenciou-se na década de 1960 com a publicação de artigos que fizeram referência aos DE, ao reconhecimento da importância de uma avaliação clínica à identificação dos problemas de saúde que requerem intervenções de enfermagem (FARIAS et al., 1990).

Associado a isso, nos Estados Unidos da América (EUA) desde 1950 o Processo de Enfermagem (PE) tem levado em conta a estrutura para o raciocínio clínico da enfermagem. Ao contrário de outros países, o PE nos EUA foi desenvolvido para organizar o raciocínio e para rapidamente solucionar os problemas enfrentados pelos pacientes. Rituais, tradições e procedimentos operacionais padrão foram substituídos por raciocínios clínicos. O método de identificação de problemas estimulou educadores a lecionar o PE como um método de resolução de problemas fundamentado na avaliação (PESUT, 2006).

A utilização do PE foi incentivada quando lideranças da área da enfermagem reconheceram que este método de trabalho poderia ser útil na busca de autonomia profissional e na individualização do cuidado ao paciente (BARROS, 2012).

A primeira geração do PE (1950-1970) envolvia avaliação, planejamento, intervenção e re-avaliação, ao longo do raciocínio clínico estruturado por problemas solucionados. As ações de enfermagem, procedimentos e intervenções foram desenvolvidas e usadas nos cenários clínicos (PESUT, 2006).

Esta primeira geração evoluiu dando lugar à segunda geração do PE (1970-1990), que passou a explorar as dimensões e processos dos DE e da argumentação (PESUT, 2006).

O PE envolve uma sequência de etapas, tais como obtenção de informações multidimensionais sobre o estado de saúde, identificação das condições que requerem intervenções de enfermagem, planejamento das intervenções necessárias, implementação e avaliação das ações, com a finalidade de prestar atendimento profissional ao cliente. Pode-se dizer que se trata da expressão do método clínico na nossa profissão (CARVALHO; BACHION, 2009).

Em resposta ao crescente interesse na aceitação dos DE e na necessidade de formular um sistema para promover o uso da referida terminologia, Kristine Gebbie e Maryann Lavien, enfermeiras norte-americanas da Universidade de St. Louis convocaram a Primeira Conferência do Grupo Norte-Americano para Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem, em 1973. Foram convidadas enfermeiras dos EUA e Canadá, e o evento contou com cem participantes (GORDON, 1979).

Os DE foram definidos como a “identificação das necessidades básicas afetadas e do grau de dependência do paciente em relação à enfermagem, para seu atendimento” por Horta (1979), precursora na consolidação da enfermagem no Brasil, bem como na implantação do PE.

Em 1982, a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) foi formalmente organizada e seu regimento interno aprovado. A partir de então suas conferências foram abertas a toda a comunidade de Enfermagem (CRUZ, 1994).

Em 1986 a *American Nurses Association* (ANA) encaminha a Taxonomia da NANDA para a Organização Mundial de Saúde (OMS), para sua possível inclusão como um capítulo da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), (FARIAS et al., 1990).

Na sétima Conferência realizada em 1986, foi aprovada a Taxonomia I da NANDA, porém tal aprovação deu-se em meio a críticas por ter sido elaborada sem uma perspectiva teórica específica da Enfermagem. Foi então que em 1989 foi publicada pela NANDA a Taxonomia I revisada, a qual incluiu DE testados em pesquisa e no uso clínico. Foi em março de 1990, na nona Conferência que a NANDA apresentou aos seus membros a

Taxonomia II. Esta surgiu da dificuldade encontrada pelo Comitê de Taxonomia em categorizar os novos diagnósticos recém-aprovados na estrutura revisada da Taxonomia I (FARIAS et al., 1990; NANDA, 2002).

Durante a nona Conferência da NANDA, em 1990, foi aprovada uma definição para DE, como sendo “um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável” (FARIAS et al., 1990).

Em 2002 a NANDA torna-se NANDA International e assim passa a ser chamada a partir da edição de 2003-2004. Tal mudança surgiu do aumento do interesse, em todo o mundo, pelo campo do desenvolvimento de termos para a enfermagem e por ser usada na prática clínica de enfermeiros de diversas nacionalidades (CHAVES, 2008; NANDA-I, 2010).

Além da definição citada, os DE podem ser classificados de diferentes formas, como (NANDA-I, 2005; NANDA-I, 2008):

Diagnóstico de enfermagem real: descreve respostas humanas a condições de saúde/ processos vitais que existem em um indivíduo, família ou comunidade. É sustentado pelas características definidoras (manifestações, sinais e sintomas) que se agrupam em padrões de pistas ou inferências relacionadas.

Diagnóstico de enfermagem de risco: descreve respostas humanas a condições de saúde/ processos vitais que podem desenvolver-se em um indivíduo, família ou comunidade vulneráveis. É sustentado por fatores de risco que contribuem para uma vulnerabilidade aumentada.

Diagnóstico de enfermagem de promoção da saúde: julgamento clínico da motivação e do desejo de uma pessoa, família ou comunidade de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana, conforme manifestado em sua disposição para melhorar comportamentos específicos de saúde, como a alimentação e a atividade física. Diagnósticos de promoção da saúde podem ser utilizados em qualquer condição de saúde, não necessitando de níveis de bem-estar atuais. Essa disposição é sustentada por características definidoras. As intervenções são escolhidas junto com o indivíduo/ família/ comunidade, para melhor assegurar a capacidade de alcance dos resultados enunciados.

Diagnóstico de enfermagem de bem-estar: descreve respostas humanas a níveis de bem-estar em um indivíduo, família ou comunidade que têm potencial de aumento ou melhora deste bem-estar.

A Taxonomia II foi projetada para ser multiaxial na sua forma, aumentando substancialmente, dessa maneira, a flexibilidade da nomenclatura e permitindo realizar facilmente acréscimos e modificações (NANDA, 2002). Foram realizadas modificações adicionais na estrutura, dividindo, renomeando domínios e acrescentando novos. Foram desenvolvidas definições para todos os domínios e classes da estrutura e feitas revisões e modificações na colocação dos diagnósticos para assegurar a máxima combinação entre domínio, classe e diagnósticos. Finalmente a estrutura foi composta por 13 domínios, 46 classes e 167 DE (NANDA-I, 2005).

Um domínio representa uma “esfera de atividade, estudo ou interesse” e uma classe é “uma subdivisão de um grupo maior; uma divisão de pessoas ou coisas por qualidade, grau ou categoria”. À medida que novos diagnósticos foram aprovados pela NANDA International, o Comitê de Taxonomia continuou a incluí-los, sendo que a edição da NANDA-I de 2005-2006 já contava com 13 domínios, 47 classes e 172 DE (NANDA-I, 2006). Atualmente, na edição da NANDA-I de 2012-2014, a taxonomia é composta por 13 domínios, 47 classes e 217 DE (NANDA-I, 2013).

À medida que o trabalho de nomear e classificar a linguagem da enfermagem progride, há uma contínua necessidade de validar essa linguagem e transpor as fronteiras culturais, para testar e validar sua utilização na prática clínica (NANDA, 2000).

Os DE apresentam os seguintes componentes: enunciado diagnóstico, definição, características definidoras, fatores relacionados e/ ou fatores de risco. São definidos como (NANDA-I, 2005; NANDA-I, 2010):

Enunciado diagnóstico: estabelece um nome ao diagnóstico. É um termo ou expressão concisa que representa um padrão de indícios relacionados. Pode incluir modificadores.

Definição: estabelece uma descrição clara e precisa; delinea seu significado e ajuda a diferenciá-lo de diagnósticos similares.

Características definidoras: pistas/ inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um DE real ou de bem-estar.

Fatores de risco: fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, família ou comunidade a um evento insalubre.

Fatores relacionados: fatores que aparecem para demonstrar algum tipo de relacionamento padronizado com o DE. Tais fatores podem ser descritos como antecedentes a, associados com, relacionados a, contribuintes para ou estimuladores.

Os diagnósticos da NANDA-I são conceitos construídos por meio de um sistema multiaxial. É um sistema que consiste em eixos, nos quais os componentes são combinados para tornar os diagnósticos, substancialmente, iguais na forma. Assim sendo, um eixo é definido de forma operacional, como uma dimensão da resposta humana considerada no processo diagnóstico (NANDA-I, 2013). São eles:

-Eixo 1- foco do diagnóstico: O foco do diagnóstico é o elemento principal, ou a parte fundamental e essencial, a raiz do conceito do diagnóstico. Descreve a “resposta humana” que é o elemento central do diagnóstico.

-Eixo 2- sujeito do diagnóstico: O sujeito do diagnóstico é definido como a(s) pessoa(s) para quem é determinado um DE. Os valores neste eixo são indivíduo, família, grupo e comunidade, representando a definição de “paciente” da NANDA-I.

-Eixo 3- julgamento: Um julgamento é um descritor ou modificador que limita ou especifica o sentido do foco do diagnóstico. Este, junto do julgamento do enfermeiro a seu respeito, compõe o diagnóstico. Por exemplo: prejudicado ou ineficaz.

-Eixo 4- localização: A localização descreve as partes/regiões do corpo e/ou as funções relacionadas, ou seja, todos os tecidos, órgãos, locais ou estruturas anatômicas, por exemplo, vesical, auditivo, cerebral.

-Eixo 5- idade: Refere-se à idade da pessoa que é o sujeito do diagnóstico, por exemplo: bebê, criança, adulto.

-Eixo 6- tempo: O tempo descreve a duração do conceito diagnóstico, por exemplo: crônico, agudo, intermitente.

-Eixo 7- situação do diagnóstico: Refere-se à realidade ou à potencialidade do problema/síndrome, ou à categoria do diagnóstico como um diagnóstico de promoção da saúde. Por exemplo: real, de risco, de promoção da saúde.

O DE Náusea da edição da NANDA de 1999-2000 era composto pelos seguintes componentes:

- Definição: uma sensação desagradável, semelhante a uma onda, na parte de trás da garganta, epigástrico ou através do abdômen, que pode ou não levar ao vômito.

- Características definidoras: Normalmente precede o vômito, mas pode ser experimentada após vomitar ou quando o vômito não ocorre; acompanhada de palidez, pele fria e pegajosa, salivação aumentada, taquicardia, estase gástrica e diarreia; acompanhada de movimentos de deglutição causados pela musculatura esquelética; relata “náusea” ou estar “doente do estômago”.

- Fatores relacionados: **Quimioterapia**; anestesia pós-cirúrgica; irritação do sistema gastrointestinal; estimulação de mecanismos neurofarmacológicos.

Em 2003 o DE Náusea foi revisado por Hsiao Chen Jane Tang e sua nova versão foi apresentada na edição da NANDA-I de 2003-2004. Este passou a ser composto por:

- Definição: uma sensação subjetiva desagradável, semelhante a uma onda, na parte de trás da garganta, epigástrico ou no abdome, que pode levar ao impulso ou necessidade de vomitar.

- Características definidoras: relato de “náusea” ou de estar “mal do estômago”, salivagem aumentada, aversão à comida, sensação de tentar vomitar sem conseguir, gosto ácido na boca, deglutição aumentada.

- Fatores relacionados: são subdivididos em *referentes à terapia*, como medicamentos (p. ex., aspirina, antiinflamatórios não-esteróides, esteróides, antibióticos), álcool, ferro e sangue; distensão gástrica (esvaziamento gástrico retardado causado por intervenções medicamentosas, p. ex., uso de narcóticos, agentes anestésicos); medicamentos (p. ex., analgésicos, antiviral contra HIV, aspirina, substâncias similares ao ópio ou a seus derivados, **agentes quimioterápicos**); toxinas (p. ex., radioterapia); *biofísico*, como distúrbios bioquímicos (p. ex., uremia, cetoacidose diabética, gravidez); doença cardíaca; câncer de estômago ou tumores intra-abdominais (p. ex., câncer colorretal ou dos órgãos pélvicos); doença esofágica ou pancreática; distensão gástrica devido ao esvaziamento gástrico, obstrução pilórica, distensão de vesícula biliar e gênito-urinária, compressão externa do estômago, fígado, baço, ou contra dilatação de órgão que diminui a velocidade de funcionamento do estômago-síndrome do estômago comprimido, alimentação excessiva; irritação gástrica devido à inflamação peritoneal e/ou faríngea; distensão da cápsula esplênica ou fígado; tumores localizados (p. ex., neuroma do acústico, tumores cerebrais primários ou secundários, metástases ósseas na base do crânio); cinetose, doenças de Menière ou labirintite; fatores físicos (p. ex., pressão intracraniana aumentada, meningite); toxinas (p. ex., peptídeos produzidos por tumores, metabolismo anormal devido ao câncer); situacional, como fatores psicológicos (p. ex., dor, medo, ansiedade, odores nocivos, estímulo visual desagradável).

Observa-se que com a revisão deste DE, houve alteração tanto na definição, como nas características definidoras e nos fatores relacionados. Porém houve um acréscimo de fatores relacionados e o que antes era chamado de quimioterapia, mudou para agentes quimioterápicos.

A edição da NANDA-I de 2007-2008 trouxe uma maior quantidade de revisões e acréscimos de diagnósticos. Afirma-se também que nesta edição quase todos os diagnósticos apresentaram algumas mudanças em suas características definidoras e em seus fatores relacionados ou de risco. Foi assim que se pode observar a retirada do fator relacionado “agentes quimioterápicos” do DE Náusea, o qual se mantém ausente até a edição atual de 2012-2014.

Mais uma vez, na última edição de 2012-2014, o DE Náusea foi revisado. A apreciação foi enviada por Gilmaikon Roela Pereira e Lílían Guardian. Foi revista a definição deste DE e foram incluídas as referências usadas (NANDA-I, 2013).

Finalmente, o DE Náusea pertence ao Domínio 12: Conforto, à Classe 1: Conforto físico e seu código é 00134. Apresenta-se abaixo a versão atual do DE Náusea, segundo a NANDA-I (2013):

- Definição: um fenômeno subjetivo de uma sensação desagradável, na parte de trás da garganta e no estômago, que pode levar ou não resultar em vômito.
- Características definidoras: aversão à comida, deglutição aumentada, relato de gosto amargo na boca, relato de náusea, salivação aumentada, sensação de vontade de vomitar.
- Fatores relacionados: são subdivididos em *biofísicos*, como cinetose, distensão da cápsula do fígado, distensão da cápsula esplênica, distensão gástrica, distúrbios bioquímicos (exemplo: uremia, cetoacidose diabética), doença de Menière, doença esofágica, doença pancreática, dor, gravidez, irritação gástrica, labirintite, meningite, pressão intracraniana aumentada, toxinas (exemplo: peptídeos produzidos por tumores, metabólitos anormais devido ao câncer), tumores intra-abdominais, tumores localizados (exemplo: neuroma do acústico, tumores cerebrais primários ou secundários, metástases ósseas na base do crânio), *referentes ao tratamento*, como distensão gástrica, medicamentos, irritação gástrica e *situacionais* como ansiedade, dor, estímulo visual desagradável, fatores psicológicos, medo, odores nocivos e sabor nocivo.

Avant na edição de 1999-2000 da NANDA afirma que uma linguagem de enfermagem dinâmica é necessária se deseja expressar a riqueza e a mudança das práticas de enfermagem. Revisões sempre contribuem para aumentar a especificidade e a sensibilidade da linguagem (NANDA, 2000).

Mediante a identificação dos DE em uma clientela, os enfermeiros podem propor intervenções fundamentadas e específicas, proporcionando a implementação de ações eficazes e imediatas para a resolução dos problemas identificados (DALRI; ROSSI;

DALRI, 2006). Por isso estes diagnósticos devem ser validados e, quando necessário, reformulados (CHAVES; CARVALHO; HASS, 2010).

A validação de DE é uma ferramenta necessária para alicerçar a prática clínica do enfermeiro, uma vez que subsidia tanto o estabelecimento das intervenções de enfermagem quanto à avaliação propriamente dita (CHAVES, CARVALHO, ROSSI; 2008).

A taxonomia da NANDA-I não possui todos os seus DE validados contribuindo para uma baixa adesão ao seu uso, uma vez que muitos deles podem não representar as reais necessidades de saúde dos pacientes (CHAVES, 2008).

1.2. Delimitação do problema – Náusea

Náusea pode ser definida como uma sensação desagradável, mal-estar ou desconforto localizado no epigástrio, região da garganta e/ou difusamente pelo abdômen (BONASSA; GATO, 2012). Outra definição de náusea é apresentada pelo *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE), como uma desordem caracterizada por uma sensação de enjôo e/ou impulso para vomitar (UNITED STATES, 2010). Enquanto o vômito pode ser definido como expulsão forçada do conteúdo do estômago, duodeno e/ou jejuno proximal pela boca e nariz, acompanhado de alterações somáticas (BONASSA; GATO, 2012).

Os termos náusea e vômito são frequentemente utilizados juntos, embora cada fenômeno deva ser avaliado separadamente. O vômito pode ser objetivamente medido em termos de número de episódios eméticos, enquanto que a náusea é um fenômeno subjetivo que requer ferramentas de medição e definições diferentes (ROILA, 2010).

Os aferentes vagais abdominais parecem ter a maior importância para as náuseas e os vômitos induzidos pela quimioterapia (NVIQ). Receptores, incluindo os 5-hidroxitriptamina 3 (5-HT₃), neuroquinina-1 e colecistoquinina-1, estão localizados nas extremidades terminais dos aferentes vagais. Estes receptores encontram-se em estreita proximidade com células enterocromafínicas localizadas na mucosa gastrointestinal, do intestino delgado proximal, que contém um número de mediadores locais, tais como a 5-hidroxitriptamina (5-HT), a substância P e colecistoquinina. Agentes antineoplásicos, por meio da mucosa ou mecanismos diretos transmitidos pelo sangue, estimulam as células enterocromafínicas para libertar mediadores, os quais, em seguida, se ligam aos receptores apropriados das fibras vagais adjacentes, conduzindo a um estímulo aferente que termina no tronco dorsal do cérebro, principalmente no núcleo do trato solitário, e, posteriormente,

ativa o gerador de padrão central. Acredita-se que dentre os vários mediadores locais, 5-HT, localizado nas células enterocromafínicas, desempenham o papel mais importante (ANDREWS; SANGER, 2002; HESKETH, 2008).

Esta via vagal-dependente é considerada o principal mecanismo pelo qual a maior parte dos agentes antineoplásicos iniciam a êmese aguda, enquanto que a êmese tardia é desencadeada por dopamina, histamina, mediadores de inflamação como a prostaglandina e substância P (BECKER; NARDIN, 2011). A fisiologia do processo emético está ilustrada na Figura 1.

Figura 1 – Fisiologia do processo emético

Fonte: Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP, 2011). Adaptado de Hesketh (2008).

As náuseas e os vômitos são os eventos adversos mais estressantes e incômodos referidos pelos pacientes durante o período de quimioterapia. São sintomas frequentes e contribuem para a diminuição da qualidade de vida relacionada à saúde (JORDAN; GROTHEY; SCHOBER, 2010; PERWITASARI et al., 2012).

Náuseas e vômitos induzidos pela quimioterapia atualmente estão classificados em agudos, tardios e antecipatórios, e serão descritos a seguir (JORDAN; KASPER; SCHMOLL, 2005; NAVARI, 2003):

Agudos: náuseas e vômitos que ocorrem nas primeiras 24 horas após a administração da quimioterapia, são causados principalmente pela liberação de serotonina, a partir das células enterocromafínicas.

Tardios: são os episódios que ocorrem 24 horas após a administração da quimioterapia e podem permanecer por até cinco dias. Evidências recentes sugerem que podem iniciar em até 16 horas após a administração da quimioterapia. As causas mais frequentes são associadas à indução da substância-P, perturbação da barreira hematoencefálica, alteração na motilidade gastrointestinal e hormônios da adrenal.

Antecipatórios: resposta condicionada que ocorre antes do ciclo de quimioterapia seguinte ao primeiro episódio de náuseas e vômitos significativos devido à quimioterapia anterior. Em geral, são observados em pacientes cujos episódios eméticos estiveram associados a gosto, odores, visão, pensamentos, ou ansiedade, secundários a uma história de má resposta aos agentes antieméticos.

Estudos apontam que, durante a quimioterapia, a prevalência de náusea e vômito varia de 38 a 60% (ESPINOSA et al., 2004; LINDEN et al., 2007; PICCART et al., 2001). Quando avaliados separadamente, náusea apresenta incidência de 37 a 70% e vômitos de 13 a 34% (PIRRI et al., 2011). Estes dados comparativos mostram a importância do desenvolvimento e da implementação de estratégias eficazes na prevenção das náuseas. No Quadro 1, estão apresentados dados relativos à incidência de náusea em estudos publicados ao longo de 15 anos.

Quadro 1 - Distribuição dos estudos consultados em relação à autoria, ano de publicação e frequência relativa de náusea após a administração da quimioterapia

Autores	Ano de publicação	Náusea pós-quimioterapia
Tyc; Mulhern; Bieberich	1997	26%
Tsavaris et al.	1998	83%
Roscoe et al.	2000	97%
Tsavaris et al.	2000	81,4%
Hickok; Roscoe; Morrow	2001	62%
Molassiotis et al.	2002	81,7% aguda 88,7% tardia
Roscoe et al.	2004	22% aguda
Bloechl-Daum et al.	2006	36,2% aguda 54,3% tardia
Shih; Wan; Chan	2009	68,1% aguda 73,6% tardia
Huertas-Fernández et al.	2010	40,7% aguda 47,1% tardia
Fernández-Ortega et al.	2012	31%

Já as náuseas antecipatórias foram abordadas em outros estudos e a sua incidência está descrita no Quadro 2.

Quadro 2 - Distribuição dos estudos consultados em relação à autoria, ano de publicação e frequência relativa de náusea antecipatória

Autores	Ano de publicação	Náusea antecipatória
Komen; Redd	1985	33%
Tyc; Mulhern; Bieberich	1997	25%
Hickok; Roscoe; Morrow	2001	19%
Akechi et al.	2010	10,3%

Náuseas e vômitos podem afetar a condição nutricional causando anorexia, desequilíbrio hidroeletrolítico, complicações metabólicas graves, necessidade ou prolongamento de internação hospitalar, impacto negativo no desempenho das atividades do dia-a-dia, além de comprometer a adesão e até mesmo levar ao abandono do tratamento (GONÇALVES et al., 2009; SANTOS et al., 2008; SILVA et al., 2009).

O controle de vômitos durante o tratamento quimioterápico melhorou consideravelmente durante os últimos anos, sobretudo no que se refere ao manejo medicamentoso com o desenvolvimento e uso de novos e modernos medicamentos antieméticos. Entretanto, o controle de náuseas permanece como um desafio (ROILA, 2010) e, apesar disso, este sintoma tem sido negligenciado tanto pela equipe de saúde quanto pelo próprio paciente.

Algumas das causas prováveis do difícil controle das náuseas induzidas pela quimioterapia podem ser: a subjetividade do sintoma, a falta de foco na sua avaliação que não dispõem de ferramentas validadas, a compreensão limitada da fisiopatologia, o relato deficiente deste evento por parte dos pacientes, além da falha da equipe de saúde em avaliar o impacto da náusea na vida dos mesmos, sobretudo na qualidade de vida (MOLASSIOTIS et al., 2007).

No estudo de Molassiotis et al. (2007) foi identificado que os pacientes entrevistados associaram à náusea principalmente a perda de apetite, os vômitos e a alteração do paladar, além de perturbação do sono e da vida social. Os pacientes referiram ter recebido pouca orientação dos profissionais de saúde sobre o que seria recomendado para manejar esse evento, exceto quanto ao uso de medicamentos.

Pirri et al. (2013) encontraram em seu estudo que a náusea foi mais frequente que os vômitos ou a perda de apetite durante o tratamento oncológico e teve um maior impacto na qualidade de vida global dos pacientes. Embora a terapia antiemética tenha sido eficaz para vômitos, os benefícios para a perda de apetite foram aparentemente limitados por não exercer controle adequado sobre náuseas em muitos pacientes.

O impacto das náuseas sobre o estado nutricional e a qualidade de vida fica evidente poucos dias após a administração da quimioterapia. Como na maioria dos casos o tratamento é feito ambulatorialmente, este sintoma requer avaliação cuidadosa, a utilização de uma combinação de terapias farmacológicas e não-farmacológicas para a gestão deste sintoma, com manejo clínico específico e intervenções nutricionais (FARRELL, 2013).

Neste contexto, o enfermeiro que atua na área da oncologia deve estar preparado, com conhecimento científico atual e amplo para avaliar as náuseas. Além de informar os cuidados preventivos aos pacientes susceptíveis a apresentá-las e para aqueles que já estejam vivenciando este sintoma, como é possível amenizá-lo.

A incidência das náuseas está relacionada primariamente com o potencial emético do quimioterápico utilizado, associado às variações individuais de cada paciente. O conhecimento do potencial emético e das características deste evento adverso, no que se

refere a pico e intervalo de ocorrência é fundamental e indispensável à prática da enfermagem oncológica (MOLASSIOTIS et al., 2008a). A partir deste conhecimento, o enfermeiro poderá elaborar um plano assistencial individualizado e consequentemente obter resultados mais satisfatórios.

Cada paciente submetido ao tratamento quimioterápico deve ser tratado pela equipe holisticamente, como um indivíduo com fatores de risco específicos associados ao potencial emetogênico das drogas quimioterápicas (HESKETH et al., 1997).

O potencial emético e o conjunto de quimioterápicos pertencentes a cada classe estão expostos no Quadro 3. Apesar desta classificação referir-se a êmese, o sucesso do manejo das náuseas é correlacionado. Importante ressaltar que o risco emetogênico pode aumentar caso haja associação de drogas, ou seja, o poder emetogênico de um composto será mais alto do que o de um único quimioterápico administrado (HESKETH et al., 1997).

Quadro 3 - Potencial emético dos Agentes Antineoplásicos endovenosos

Potencial emético	Agentes Antineoplásicos
Alto (> 90%)	Cisplatina Mecloretamina Etreptozotocina Ciclofosfamida (>1500 mg/m ²) Carmustina Dacarbazina Dactinomicina
Moderado (30 a 90%)	Azacitidina Alemtuzumabe Bendamustina Oxaliplatina Citarabina (>1000 mg/m ²) Carboplatina Ifosfamida Ciclofosfamida (<1500mg/m ²) Doxorrubicina* Daunorrubicina* Epirubicina* Idarrubicina* Irinotecano

Continua

Conclusão

Potencial emético	Agentes Antineoplásicos
Baixo (10 a 30%)	Paclitaxel Docetaxel Cabazitaxel Catumaxomabe Doxorrubicina lipossomal Ixabepilona Panitumumabe Mitoxantrona Topotecano Etoposido Pemetrexede Metotrexato Mitomicina Gemcitabina Citarabina (<1000 mg/m ²) Fluorouracil Bortezomibe Temsilolimus Trastuzumabe
Mínimo (< 10%)	Bevacizumabe Bleomicina Bussulfano Cetuximabe 2-Clorodesoxiadenosina Fludarabina Rituximabe Pralatrexato Vimblastina Vincristina Vinorelbina

* As antraciclinas quando combinadas com ciclofosfamida são atualmente consideradas de alto risco emético
Fonte: Basch et al. (2011).

Importante considerar que o fenômeno emético também está relacionado a diferenças individuais, como, idade, sexo, peso, ingestão alcoólica, predisposição, fatores emocionais, alguns tipos de câncer, outros medicamentos ou tratamentos associados (ROSCOE et al., 2010).

As diretrizes clínicas e recomendações práticas para a prevenção de náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia são publicadas e atualizadas regularmente por várias associações oncológicas, tais como *Multinacional Association of Supportive Care in Cancer* (MASCC), *European Society for Medical Oncology* (ESMO), *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) e *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) (RYCKEGHEM; BELLE, 2010). Avaliar as náuseas com instrumentos que graduem sua

intensidade é de extrema importância tanto para intervir em sinais e sintomas imediatos, como prevenir agravos futuros. As náuseas podem ser graduadas, de acordo com a CTCAE (UNITED STATES, 2010), do grau 1 ao 3, como apresentados no Quadro 4.

Quadro 4 - Graduação das náuseas e consequências clínicas

Graduação das náuseas	Consequências clínicas
Grau 1	Perda de apetite, sem alteração nos hábitos alimentares.
Grau 2	Ingestão oral diminuída, sem perda de peso significativa, desidratação ou desnutrição.
Grau 3	Ingestão calórica ou de líquidos por via oral inadequada: alimentação por sonda, nutrição parenteral ou hospitalização indicadas.

Fonte: United States (2010).

Para a prevenção e tratamento de NVIQ, são empregados agentes farmacológicos. Os antieméticos mais utilizados atualmente são (HESKETH, 2008):

Antagonistas do receptor da serotonina (5-HT₃): A introdução desta classe de medicamentos ocorreu no início dos anos 1990 e revolucionou o tratamento de NVIQ. São cinco os antagonistas do receptor da 5-HT₃ disponíveis atualmente: ondansetrona, granisetrona, dolasetrona, tropisetrona e palonosetrona. Estes agentes apresentam maior eficácia em relação às náuseas e vômitos agudos do que em relação aos tardios.

Antagonistas do receptor da neuroquinina-1 (NK-1): Os antagonistas do receptor neuroquinina-1 representam a classe mais recente de agentes antieméticos, eficazes na prevenção de NVIQ. Destaca-se o aprepitante, aprovado pelo *Food and Drug Administration* (FDA) em 2003, que foi o primeiro agente disponível desta classe.

Corticóides: podem ser eficazes quando administrados como agente único em pacientes que recebem quimioterapia de baixo potencial emético, porém são mais benéficos quando usados em combinação, principalmente com os antagonistas do receptor 5-HT₃. São eficazes tanto para êmese aguda quanto tardia. Os corticóides mais utilizados como agentes antieméticos são dexametasona e metilprednisolona.

Fenotiazinas: são antagonistas dopaminérgicos, com um índice terapêutico baixo; apropriados para uso como profilaxia primária em pacientes submetidos à quimioterapia com um baixo potencial emetogênico. Representadas pelos agentes prometazina e clorpromazina.

Benzodiazepínicos: classe de agentes que têm eficácia antiemética modesta, porém suas propriedades ansiolíticas podem ser úteis na prevenção e no tratamento de êmese antecipatória. O agente mais utilizado é o lorazepam.

Antagonistas do receptor de dopamina: representados pelos agentes metoclopramida, bromoprida e domperidona. A eficácia da metoclopramida melhora com doses crescentes, provavelmente devido à sua capacidade para inibir os receptores de 5-HT₃ no sangue em altas concentrações.

Butirofenonas: possuem eficácia terapêutica semelhante a metoclopramida e fenotiazinas. Classe representada pelo haloperidol.

Nabilona canabinóides sintéticos e dronabinol: têm eficácia antiemética para os quimioterápicos com baixo a moderado potencial emético.

Olanzapina: antagonista de vários receptores de neurotransmissores, incluindo a dopamina e os receptores de 5-HT₃, tem sido eficaz na prevenção das náuseas e vômitos induzidos pela quimioterapia, tanto agudos quanto tardios.

A ASCO também define o regime de antieméticos a ser administrado antes da infusão dos quimioterápicos, de acordo com o risco emético de cada droga ou composto (Quadro 5).

Quadro 5 - Regime antiemético para a prevenção de êmese induzida pela quimioterapia por categoria de risco emético

Risco emético	Regime antiemético	Frequência
Alto (> 90%)	Antagonistas NK1 - Aprepitante - Fosaprepitante	Dias 1 a 3 Dia 1
	Antagonistas 5-HT3 - Granisetrona - Ondansetrona - Palonosetrona - Dolasetrona - Tropisetrona - Ramosetrona	Dia 1 Dia 1 Dia 1 Dia 1 Dia 1 Dia 1
	Corticóide - Dexametasona	Dias 1 a 4
Moderado (30 a 90%)	Palonosetrona	Dia 1
	Dexametasona	Dias 1 a 3
Baixo (10 a 30%)	Dexametasona	Dia 1
Mínimo (< 10%)	Prescrever conforme necessário	Conforme necessário

Fonte: Basch et al. (2011).

Estratégias de prevenção das náuseas e vômitos devem ser planejadas no momento da prescrição de um esquema de quimioterapia que envolva antineoplásicos que possuam diferentes riscos eméticos (BECKER; NARDIN, 2011). Sabe-se que a chance do paciente apresentar tais efeitos aumenta nos ciclos posteriores se, no primeiro ciclo, o controle não for adequado (SHIH; WAN; CHAN, 2009).

Ensaio clínico com diversos fármacos têm sugerido também que, assim como alguns agentes podem ser mais eficazes contra o vômito agudo pós-quimioterapia e contra vômitos antecipatórios, outros agentes podem ser mais eficazes contra náuseas do que contra o vômito e vice-versa. A identificação e caracterização de agentes antináusea e a inclusão racional destes em esquemas antieméticos pode ser o principal desafio nos próximos anos (ROILA, 2010).

Segundo a NCCN (2009), a escolha dos antieméticos deveria ser baseada no risco emético do esquema instituído, experiências prévias com antieméticos e fatores de risco dos pacientes. Porém, sabe-se que na maioria das vezes estes critérios não são seguidos ao instituir o tratamento quimioterápico, pois os fatores intrínsecos aos pacientes não são

investigados, o que ocasionará um limitado controle das náuseas e vômitos.

Além do manejo farmacológico, o não farmacológico torna-se um importante aliado para a prevenção e controle de náuseas e vômitos na prática clínica do enfermeiro oncológico. Este manejo consiste em implementar terapias complementares, tais como yoga, hipnose, relaxamento, biofeedback, relaxamento muscular progressivo, dessensibilização sistemática, massagem, toque terapêutico, acupressão, dentre outros (ROSCOE et al., 2011). Tais intervenções podem ser aplicadas pelos enfermeiros independentemente da prescrição de outros profissionais. Por isso, julga-se importante a busca pela capacitação para desenvolver habilidade destas técnicas terapêuticas, pois dessa forma a assistência de enfermagem não farmacológica não será baseada, exclusivamente, em condutas relacionadas aos ajustes dietéticos/alimentares.

Torna-se indispensável que o profissional de enfermagem tenha conhecimentos técnicos e científicos para a prevenção, manejo adequado e ágil destes eventos adversos, pois assim espera-se evitar os atrasos entre os ciclos, reduções de doses, que podem comprometer a resposta ao tratamento, além de melhorar a qualidade de vida desses pacientes (GOZZO, 2008).

A avaliação do potencial emetogênico do esquema quimioterápico e dos fatores de risco do paciente, por meio da anamnese, são essenciais para a elaboração de um plano de cuidados que atenda as necessidades dessa clientela. Para Thompson (2012), terapia antiemética combinada com educação individualizada, comunicação clara, e a gestão das expectativas contribuem para que se consiga o controle emetogênico ideal.

Os enfermeiros, trabalhando com os demais membros da equipe de saúde, podem implementar diretrizes ou práticas institucionais e planos individuais que ofereçam um melhor padrão de atendimento para aos usuários. Barreiras à adesão ao plano antiemético, como, por exemplo, financeiras, precisam ser avaliadas e tratadas antes de iniciar o tratamento (THOMPSON, 2012).

Pensando neste contexto, é possível identificar a importância do envolvimento do enfermeiro no planejamento de sua assistência em prol do bem estar do paciente. Sabe-se que o tratamento quimioterápico provoca eventos adversos, mas se houver uma terapia planejada, se o paciente estiver bem informado, assistido pelos profissionais de saúde e recebendo apoio familiar, o mesmo passará pelo tratamento com menos marcas e sofrimento.

1.3. Referencial Teórico - Análise de conceito e o modelo proposto por Walker e Avant

Métodos sistemáticos são necessários para o desenvolvimento ou para o aperfeiçoamento dos DE, os quais são considerados conceitos. A análise de conceito é considerada um método sistemático importante tanto no desenvolvimento de novos DE, como no aperfeiçoamento dos já existentes na NANDA-I (WALKER; AVANT, 2005).

Lorraine O. Walker e Kay C. Avant (2005), enfermeiras e docentes da Escola de Enfermagem da Universidade do Texas nos EUA, além de especialistas em filosofia da educação e teorias em enfermagem, introduziram na área da enfermagem o método de análise de conceito com adaptações, proveniente do modelo clássico de análise de conceito de Wilson (1963).

Para Walker e Avant (2005), a análise e o desenvolvimento de conceito é um processo fundamental exigido por pesquisadores da área da enfermagem que estão tentando medir fenômenos da sua prática. Afirmam que, por definição, a análise de conceito é um processo de operacionalização de um fenômeno, de modo que este possa ser utilizado para o desenvolvimento de teorias ou mensuração de pesquisa. Para as autoras, um conceito desenvolvido cientificamente é, por conseguinte, o primeiro passo essencial em qualquer processo de pesquisa. A falta de se ter um processo adequado e sistemático para o desenvolvimento da variável, coloca em risco a validade de toda a investigação (DUNCAN; CLOUTIER; BAILEY, 2007).

O desenvolvimento do conceito pode ser entendido como um processo, uma construção mental resultante das observações e experiências em torno dos fenômenos (VENDRAMINI et al., 2003).

Fehring (1987) recomenda que, anteriormente à realização de um estudo de validação de DE, seja realizada uma revisão de literatura, com o objetivo de buscar suporte e sustentação teórica para a efetivação das fases seguintes, ou seja, a validação de conteúdo e a validação clínica (POMPEO, 2007). Barros (2012) afirma que a análise de conceito é uma abordagem adequada para a etapa inicial de revisão de um DE.

Sendo assim, para que se possa afirmar que um DE é válido este deve passar por um processo em que se conclua que as características que o definem realmente são representativas ao que é encontrado na prática clínica (MATOS, 2009).

Os conceitos são fundamentais no processo de pesquisa e suas funções podem ser classificadas em cognitiva, pragmática e comunicativa. No aspecto cognitivo, o conceito é delimitador; no pragmático, deve ser operacional e permitir que o pesquisador trabalhe

com o conceito no campo; no comunicativo, deve ser claro, específico e abrangente e permitir sua compreensão pelos interlocutores de uma mesma área de interesse (MINAYO, 2000).

Os conceitos são essenciais para a construção do conhecimento. Um dos principais requisitos da palavra conceito é que ela seja capaz de expressar por meio de seu significado o que ocorre na realidade, isto é, as palavras utilizadas para designar um conceito devem significar idéias semelhantes para diferentes pessoas (MOTA; CRUZ; PIMENTA, 2005).

Segundo Rodgers e Knafl (2000), o método tem como finalidade definir os conceitos existentes no intuito de diferenciar seus atributos definidores de outros atributos irrelevantes, bem como mantê-lo atualizado, visto que os conceitos modificam-se continuamente.

A análise de conceito é útil na classificação de fenômenos na enfermagem, oferecendo novas formas de conceituação e descrição de uma determinada situação ou na reaplicação de um conceito já existente, dentro de outro campo de interesse (ZAGONEL, 1996).

Considerando que os conceitos advêm da prática cotidiana, faz-se necessário lembrar que é por meio das observações apreendidas e refletidas na dinâmica desse cotidiano vivido no âmbito da prática de enfermagem, bem como ante as modificações contínuas e complexas do conhecimento científico, que emerge a necessidade da análise contínua dos conceitos de interesse (FERNANDES et al., 2011).

O desenvolvimento de um conceito por uma pessoa acontecerá com o direcionamento do contexto social na qual a pessoa interage e desenvolve conceitos. Portanto, os fatores contextuais variarão dependendo do período ou das situações em que os conceitos são analisados (RODRIGUES, 2004).

O estudo de Dalri et al. (2008) revelou a necessidade de novas investigações, enfocando clientelas e situações clínicas de saúde específicas ao validar o DE “Troca de gases prejudicada em adultos no atendimento de emergência”. Neste mesmo contexto, Pompeo (2012) desenvolveu o estudo sobre “Validação do DE Náusea no período pós-operatório imediato” e pretendia que os resultados incentivassem outros enfermeiros a pesquisarem sobre a náusea em diferentes populações.

Outras pesquisas que procederam à análise de conceito, utilizando tanto o modelo de Walker e Avant (2005) como o modelo proposto por Rodgers (2000), destaca-se: Tuberculose no idoso (VENDRAMINI et al., 2003); Cuidados paliativos (RODRIGUES, 2004); Fadiga (MOTA; CRUZ; PIMENTA, 2005); Condição crônica no contexto da saúde

do idoso (FREITAS; MENDES, 2007); Morte digna da criança (POLES; BOUSSO, 2009); Fragilidade em idosos (ANDRADE, 2010); Exercício físico em portadores de hipertensão arterial (GUEDES; LOPES, 2010); Comportamento de prevenção de quedas (VITOR, 2010); Incontinência urinária de esforço (THOMAZINI, 2011); Integridade tissular prejudicada (BARROS, 2012); Náusea relacionada ao período pós-operatório imediato (POMPEO, 2012); Dor de parto (MAZONI, 2012), Risco de lesão do trato urinário (GARBUIO, 2012), Recuperação cirúrgica retardada (ROMANZINI, 2013) e Eliminação urinária prejudicada com foco em lactentes (MIRANDA, 2013).

A flexibilidade da Taxonomia II da NANDA-I favorece a inclusão de novos diagnósticos como também a inclusão, por meio de estudos de revisão e validação, de características definidoras, fortalecendo os achados clínicos (DALRI et al., 2008).

O Modelo de Análise de Conceito de Walker e Avant é composto por oito etapas: seleção do conceito, objetivos da análise conceitual, identificação dos possíveis usos do conceito, determinação dos atributos definidores, identificação do caso modelo, identificação de casos adicionais, identificação de antecedentes e consequências e definição de referenciais empíricos (WALKER; AVANT, 2005).

A seguir, serão apresentadas estas etapas, segundo Walker e Avant (2005).

1.3.1. Primeira etapa: Seleção do conceito

A seleção do conceito deve ser cautelosa, pois deve estar relacionado com a pesquisa, ser de interesse para o pesquisador, associado com o seu trabalho ou incomodá-lo de alguma forma. A análise do conceito selecionado deve contribuir para o desenvolvimento do conhecimento sobre o fenômeno de interesse do pesquisador.

Termos muito amplos devem ser evitados, pelo fato de abrangerem vários significados, o que pode confundir a análise.

Geralmente, a seleção do conceito reflete o tema ou a prática de enfermagem, e pode ser gerada a partir de pesquisas da área de enfermagem ou desenhada a partir de uma teoria ainda incompleta ou que tenha conceitos que não estejam claros.

1.3.2. Segunda etapa: Objetivos da análise conceitual

A segunda etapa refere-se a determinar os objetivos ou propósitos da análise, focando sobre o que exatamente se pretende fazer a partir dos resultados, tentando responder à seguinte questão: “Porque estou fazendo esta análise?”.

A análise de conceito inclui diferentes objetivos, tais como: distinguir entre o uso comum de um conceito e o seu uso científico; esclarecer o significado de um conceito já existente; desenvolver uma definição operacional; desenvolver um instrumento de pesquisa; ou, ainda, adicionar e/ou renovar uma teoria existente.

Além desses, existem outros possíveis propósitos, mas o importante é que se decida, com antecedência, porque há o interesse na realização de uma análise de conceito.

Esta definição de propósito é útil, pois quando começar a determinar os atributos que definem o conceito escolhido, poderá se descobrir vários usos diferentes do conceito. Assim, a seleção do uso específico do conceito escolhido irá refletir os objetivos da análise.

1.3.3. Terceira etapa: Identificação dos possíveis usos do conceito

É recomendado que se realize uma ampla revisão dos possíveis usos do conceito, ou seja, que ele seja investigado a partir de diferentes fontes, tais como, dicionários, enciclopédias, livros, colegas e disponíveis na literatura. A revisão de literatura científica é importante, mas esta não deve ser restrita apenas a pesquisas provenientes da área da enfermagem e médica.

Ignorar os aspectos físicos de um conceito e se concentrar apenas no psicossocial, por exemplo, pode privá-lo de uma grande quantidade de informações valiosas. Importante incluir tanto os usos implícitos como os explícitos do conceito. A leitura extensiva em grande número de diferentes fontes quanto possível é inestimável. Esta revisão da literatura é indispensável para apoiar ou validar as escolhas finais dos atributos definidores.

1.3.4. Quarta etapa: Determinação dos atributos definidores

A medida em que o pesquisador observa e examina o maior número de diferentes instâncias em que o conceito é utilizado, ele irá atentar-se às características que aparecem

com maior frequência, ou seja, as que aparecem repetidas vezes. Esta lista de características é denominada atributos críticos, definidores ou características definidoras.

Eles funcionam muito bem como os critérios para a elaboração de diagnósticos diferenciais em medicina, pois ajudam a nomear a ocorrência de um fenômeno específico, diferenciando-o do outro semelhante ou afim.

Quando todas as instâncias de um conceito são recolhidas, haverá um grande número de possíveis significados. A decisão na escolha deve basear-se nos objetivos da análise. Pode-se optar pela escolha de mais de um significado, porém a análise desses outros significados será contínua.

1.3.5. Quinta etapa: Identificação do caso modelo

Ao mesmo tempo em que uma lista de atributos definidores é desenvolvida, deve-se começar a desenvolver um caso modelo. O pesquisador apresentará um caso em que o conceito é usado, trazendo todos os atributos definidores essenciais; o caso modelo pode ser um exemplo da vida real, achado na literatura ou criado pelo pesquisador.

Nesta fase, muitas vezes é útil e às vezes necessário, procurar colegas que atuem na área em estudo, para auxiliar na identificação de falhas ou erros não percebidos anteriormente.

Segundo o modelo clássico de análise de conceito de Wilson (1963), no qual se basearam Walker e Avant, um caso modelo é quando o pesquisador pode afirmar: “Bem, se isto não é um exemplo deste conceito, então nada será”.

1.3.6. Sexta etapa: Identificação de casos adicionais (casos-limítrofes, casos-relacionados, casos-contrários, casos-inventados e casos-ilegítimos)

Nesta etapa apresentam-se casos semelhantes ou contrários ao conceito de interesse ajudando no julgamento sobre quais atributos definidores ou características do conceito são essenciais. Estes casos são construídos com a finalidade de fornecer exemplos do que não representa o conceito em questão e para promover uma maior compreensão do conceito em discussão.

Os casos-limítrofes ou *borderline* são aqueles casos ou exemplos que contém alguns atributos críticos do conceito examinado, mas não todos eles. Podem ainda conter a

maioria ou todos os critérios, mas diferem substancialmente em um deles, tais como a duração ou a intensidade de ocorrência. Estes casos são inconsistentes de alguma forma e, como tal, eles auxiliam a entender porque não é um caso modelo.

Os casos-relacionados são exemplos de conceitos que estão relacionados com o conceito em estudo, mas que não contêm os atributos críticos. Eles são semelhantes aos do conceito em estudo e apresentam alguns atributos do conceito, mas não os mais importantes. Eles estão de alguma forma ligados ao conceito principal e auxiliam a entender como o conceito em estudo se encaixa na rede de conceitos que o rodeiam.

Os casos-contrários não representam o conceito, ou seja, não contêm os atributos do mesmo; são aqueles casos que são exemplos claros do que "o conceito não é". Entretanto auxilia no julgamento sobre quais atributos definidores ou características são essenciais a esse conceito. Estes casos podem ser reais, extraídos da literatura ou elaborados pelo autor. Wilson (1963) sugere que pode ser feita a seguinte afirmação sobre o caso contrário "Bem, qualquer que seja o conceito, certamente, não é um exemplo disso". Os casos contrários são frequentemente muito úteis ao pesquisador, uma vez que muitas vezes é mais fácil dizer o que não é algo, do que o que é; e descobrir o que um conceito não é, nos ajuda a ver de que maneira o conceito em análise é diferente do caso contrário. Este, por sua vez, nos dá informações sobre o que o conceito deve ter como atributos definidores se os do caso contrário são claramente excluídos.

Os casos-inventados são aqueles construídos usando idéias fora da nossa própria experiência e muitas vezes são lidos como ficção científica. Casos inventados são úteis quando se está examinando um conceito muito familiar, como "homem" ou "amor". Utilizam idéias do conceito, mas não estão presentes na vivência e experiência do pesquisador. Este caso não precisa necessariamente estar presente na análise; se os demais casos clarificam a presença do conceito, este é dispensado.

Os casos-ilegítimos são exemplos do termo do conceito utilizado de forma inadequada. Estes casos são úteis quando o pesquisador se depara com um significado para um termo que é completamente diferente de todos os outros. Ele pode ter um ou dois dos atributos fundamentais, mas a maioria dos atributos não se aplica.

Uma vez que o caso modelo e os demais casos são construídos, os mesmos devem ser comparados com os atributos essenciais ou que o definem mais uma vez para assegurar que todos os atributos essenciais foram descobertos. Pode ser que algumas áreas de sobreposição, imprecisão ou contradição torne-se aparente e neste ponto um refinamento se

torna necessário. Uma análise não pode ser concluída até que não haja sobreposição de atributos e sem contradições entre os atributos definidores e o caso modelo.

1.3.7. Sétima etapa: Identificação de antecedentes e consequências

Esta etapa muitas vezes é ignorada, mas pode clarear os contextos sociais em que o conceito é geralmente utilizado. Pode ser útil para aperfeiçoar ainda mais os atributos críticos, pois o mesmo não pode ser um antecedente e um atributo ao mesmo tempo, por exemplo.

Antecedentes são os acontecimentos ou incidentes que devem ocorrer antes da ocorrência do conceito, portanto não podem ser um atributo do conceito. Consequências, por outro lado, são os acontecimentos ou os incidentes que ocorrem como resultado do aparecimento do conceito.

1.3.8. Oitava etapa: Definição de referenciais empíricos

Referenciais empíricos são classes ou categorias de fenômenos reais que, pela sua existência ou presença demonstram a ocorrência do próprio conceito. Para o esclarecimento desta fase, deve-se responder à seguinte pergunta: “Se formos medir o conceito ou determinar sua existência no mundo real, como faríamos?”.

São úteis para o desenvolvimento de instrumentos porque estão ligados às bases teóricas do conceito, contribuindo para a validação de construto e de conteúdo de um novo instrumento.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Analisar o conceito Náusea no tratamento quimioterápico usando o Modelo de Walker e Avant (2005) e comparar os resultados da análise do conceito com os elementos do DE Náusea apresentados na taxonomia II da NANDA-I (2013).

2.2. Objetivos específicos

- ♦ identificar e sintetizar o conceito náusea em pacientes durante o tratamento quimioterápico por meio de uma revisão integrativa (RI);
- ♦ identificar os atributos, os antecedentes, as consequências e os referenciais empíricos da náusea relacionada à quimioterapia;
- ♦ elaborar um caso modelo, um caso-relacionado e um caso-contrário do conceito náusea em pacientes durante o tratamento quimioterápico;
- ♦ comparar a definição de náusea da NANDA-I (2013) com as definições de náusea relacionada à quimioterapia encontradas nos estudos da RI;
- ♦ comparar os atributos definidores da náusea na literatura com as características definidoras do DE Náusea da NANDA-I (2013);
- ♦ comparar os antecedentes da náusea relacionada à quimioterapia na literatura com os fatores relacionados do DE Náusea da NANDA-I (2013).

3. MÉTODO

3. MÉTODO

Trata-se de uma Análise de Conceito do DE Náusea, em pacientes oncológicos no tratamento quimioterápico. A análise de conceito refere-se à primeira etapa do processo de revisão e validação dos diagnósticos de enfermagem, seguida pela validação de conteúdo e validação clínica (HOSKINS, 1989).

Considera-se a análise de conceito uma etapa fundamental a ser concluída anteriormente à validação de diagnósticos de enfermagem, já que, quando realizada com o rigor metodológico necessário, pode auxiliar os enfermeiros na classificação dos objetos de estudo, proporcionar conhecimentos sobre os atributos que o definem e o diferenciam, principalmente quando o construto selecionado é de natureza subjetiva, como a náusea (POMPEO, 2012).

As etapas do Modelo de Análise de Conceito proposto por Walker e Avant (2005) seguidas neste estudo estão descritas a seguir. Para a realização da terceira etapa - Identificação dos possíveis usos do conceito - optou-se por realizar uma RI da Literatura, utilizando o modelo proposto por Ganong (1987), no qual as fases seguidas estão detalhadas abaixo.

3.1. Análise de Conceito

Para o desenvolvimento da Análise de Conceito do DE Náusea, cujo foco foi o paciente em tratamento quimioterápico, neste estudo foram seguidas as etapas do modelo proposto por Walker e Avant (2005), descritas anteriormente. As autoras ressaltam que, apesar dessas etapas serem apresentadas e discutidas de modo sequencial, elas são interativas.

A seguir, estão descritas como cada uma das etapas foi desenvolvida neste estudo.

3.1.1. Primeira etapa: Seleção do conceito

O conceito escolhido para análise no presente estudo foi náusea, fenômeno que ocorre nos pacientes durante o tratamento quimioterápico com frequência de 10,3% quando a náusea for antecipatória, segundo Akechi et al. (2010), de 40,7% quando agudas e 47,1% quando tardias segundo Huertas-Fernandes et al. (2010). Este sintoma pode afligir

de crianças até idosos, independente do sexo, resulta em alterações negativas na qualidade de vida e pode levar ao abandono do tratamento. Por isso, o aprimoramento deste conceito irá subsidiar a prática clínica do enfermeiro que atua no cuidado a pacientes oncológicos, qualificando a assistência prestada.

3.1.2. Segunda etapa: Objetivos da análise conceitual

O objetivo desta análise de conceito é identificar se o DE Náusea da NANDA-I (2013) contempla a inclusão do tratamento quimioterápico aos fatores relacionados. Parte-se do pressuposto que da forma com que ele está apresentado atualmente pela NANDA-I, este não representa a clientela oncológica em tratamento quimioterápico. Um dos fatores relacionados do DE Náusea da NANDA-I (2013) é “medicamentos” de um modo geral, termo muito amplo e não contempla as especificidades dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico e da náusea por eles vivenciada, que lhes é peculiar.

Além disso, esta análise com enfoque nos pacientes em tratamento quimioterápico, contribuirá para a realização da validação deste diagnóstico no futuro, o que irá favorecer o aperfeiçoamento do planejamento da assistência a esta clientela. Vale destacar que o tratamento do câncer se beneficia com os avanços da indústria farmacêutica que coloca no mercado novos agentes citostáticos ou novas combinações de drogas já conhecidas e que podem proporcionar a cura ou controle da doença, mas estes medicamentos continuam a apresentar potencial emetogênico, tornando o controle da náusea ainda um desafio.

3.1.3. Terceira etapa: Identificação dos possíveis usos do conceito

Para determinar os usos do conceito náusea foi realizada uma pesquisa bibliográfica, do tipo revisão integrativa da literatura que será detalhada a seguir. A revisão de literatura auxilia o pesquisador a sustentar ou validar sua escolha final dos atributos definidores, ou seja, se serão considerados todos os aspectos de seu uso ou somente aqueles pertinentes ao seu uso científico, sendo que para esta tomada de decisão o pesquisador basear-se-á nos objetivos do estudo (WALKER; AVANT, 2005).

Apesar de a NANDA-I recomendar o uso de revisão narrativa da literatura para a análise de conceito, optou-se por desenvolver uma RI para elevar o nível de evidência (BROOME, 2000). Além disso, devido ao rigor metodológico necessário para a construção

da revisão integrativa optou-se por incluir apenas os artigos provenientes da mesma para compor a amostra de estudos usados no desenvolvimento do conceito.

3.1.4. Quarta etapa: Determinação dos atributos definidores

A identificação dos atributos definidores do DE Náusea ocorreu a partir da análise dos estudos incluídos na revisão integrativa. Depois de identificados, foi verificada a frequência com que cada um foi mencionado nos estudos e posteriormente buscou-se definir os mais frequentes para uma melhor compreensão do conceito.

3.1.5. Quinta etapa: Identificação do caso modelo

O caso modelo pode ser definido como um exemplo de uso do conceito em análise, onde são demonstradas as características definidoras. Para responder a esta etapa, neste estudo será apresentado um caso fictício construído com base nos resultados encontrados nos estudos da revisão integrativa, nas experiências assistenciais, conhecimento prévio e na discussão com especialistas na área.

3.1.6. Sexta etapa: Identificação de casos adicionais (casos-limítrofes, casos-relacionados, casos-contrários e casos-inventados)

Nesta etapa apresentam-se casos semelhantes ou contrários ao conceito analisado, que para o presente estudo, de acordo com o conceito estudado, optou-se por apresentar um caso-relacionado e um caso-contrário, os quais são fictícios e foram elaborados pelas autoras.

3.1.7. Sétima etapa: Identificação de antecedentes e consequências

A identificação dos antecedentes e das consequências foi obtida dos estudos avaliados na RI. Para isso as informações obtidas foram transcritas nos instrumentos de extração de dados (APÊNDICES A e B) e posteriormente agrupadas, verificando a frequência com que apareciam nos estudos.

3.1.8. Oitava etapa: Definição de referenciais empíricos

Nesta etapa são apresentados os instrumentos e métodos possíveis de determinação da existência do conceito estudado, ou seja, o pesquisador procura na literatura como o conceito Náusea é identificado, avaliado e graduado.

3.2. *Revisão Integrativa da Literatura*

De acordo com Walker e Avant (2005), a identificação dos usos do conceito deve ser realizada por meio de pesquisa bibliográfica, pois assim permite identificar a maior variedade de aplicação do conceito analisado. Diante disso, neste estudo optou-se pela realização de uma RI.

A RI é um dos métodos de pesquisa da prática baseada em evidência, que sistematiza a forma de análise das pesquisas, aprofundando o conhecimento sobre o tema investigado, com o intuito de melhorar a tomada de decisão dos profissionais na prática clínica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Este método tem como finalidade reunir e sintetizar o conhecimento já produzido sobre o tema investigado, ou seja, permite buscar, avaliar e sintetizar as evidências disponíveis para a sua incorporação na prática (BROOME, 2000; GANONG, 1987).

Deve seguir padrões de rigor metodológico, os quais possibilitam ao leitor identificar as características reais dos estudos analisados. O resultado de uma RI bem elaborada, sobre um tema clínico relevante, acarreta impacto benéfico direto na qualidade dos cuidados prestados ao paciente (FERNANDES, 2000).

Esse tipo de revisão é a mais ampla abordagem metodológica no que se refere às revisões de literatura, pois permite a inclusão, em sua amostra, de estudos de diversos delineamentos de pesquisa, como por exemplo, experimental e não experimental, no intuito de aumentar a compreensão do fenômeno pesquisado (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A elaboração de uma RI da literatura envolve a execução de seis fases: identificação do tema e formulação de uma questão de pesquisa; amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos na amostra da RI; interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (BROOME, 2000; GANONG, 1987).

3.2.1. Primeira fase: Identificação do tema e formulação da questão de pesquisa

Para facilitar a análise dos resultados e para que as conclusões de um estudo de RI sejam de fácil identificação e aplicabilidade, é necessária a identificação clara e específica do tema em estudo. Associado a isso, a elaboração bem delimitada da questão de pesquisa, influencia na identificação dos descritores e palavras-chave para a realização da busca dos estudos, na escolha de quais serão incluídos na amostra da revisão e na determinação de quais informações serão coletadas de cada um (BROOME, 2000; GANONG, 1987).

Para que a formulação da pergunta seja realizada da forma mais eficaz, utiliza-se a estratégia PICO, em que cada letra é representada pelos seguintes elementos (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

P (patient): população, problema;

I (intervention): intervenção;

C (comparison): comparação;

O (outcome): desfecho

A estratégia PICO tem a capacidade de ampliar a busca das evidências nas bases de dados, evitando a realização de buscas desnecessárias, pois auxilia na elaboração da questão norteadora (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Sendo assim, neste estudo a estratégia PICO foi elaborada da seguinte forma:

P: pacientes com neoplasias

I: tratamento quimioterápico

C: ---

O: náusea

No presente estudo não foi utilizado o acrônimo “C” que se refere à comparação e este não foi incluído na elaboração da questão norteadora por não fazer parte do objetivo desta análise.

Com a finalidade de identificar na literatura os atributos definidores, os antecedentes (fatores relacionados), as consequências e os referenciais empíricos do DE Náusea, buscou-se responder a questão norteadora: “Quais são as evidências em relação aos fatores relacionados e características definidoras do diagnóstico de enfermagem náusea nos pacientes com neoplasias em tratamento quimioterápico?”.

3.2.2. Segunda fase: Amostragem ou busca na literatura

Após a identificação do tema e da formulação da questão de pesquisa, inicia-se a amostragem ou busca dos estudos primários publicados na íntegra que serão incluídos na amostra da RI (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Recomenda-se que os seguintes aspectos da amostragem sejam claramente descritos: as bases de dados consultadas, as palavras-chave/descriptores não controlados e os descritores controlados utilizados, os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para a seleção dos estudos e as estratégias de busca utilizadas nas bases de dados (BROOME, 2000; WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Para a realização de uma busca efetiva, deve-se conhecer a forma correta de acesso às diferentes bases de dados, tanto no que se refere à terminologia quanto às estratégias de busca a serem utilizadas (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

A busca nas bases de dados pode apresentar limitações, conforme a terminologia utilizada. Dessa forma, com a finalidade de garantir uma busca ampla e efetiva, o pesquisador deve certificar-se de quais são os descritores controlados e não controlados em cada uma das bases de dados (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Descritores não controlados, ou palavras-chave são termos ou expressões aleatórias retirados de textos de linguagem livre que não obedecem a nenhuma estrutura (BRANDAU; MONTEIRO; BRAILE, 2005). Embora possa descrever o mesmo conceito que um descritor controlado, o descritor não controlado não apresenta regulamentação na indexação da base de dados (LOURENCINI, 2011).

Descritores controlados são termos ou expressões organizados em uma estrutura relacional que influencia a organização dos documentos, à medida que nomeia os pontos de acesso aos documentos e às informações contidas nesses. Os descritores controlados são usados para indexar documentos, o que significa caracterizar seus conteúdos por meio dos descritores de um vocabulário controlado (SMIT; KOBASHI, 2003).

Para a obtenção dos resultados esperados nesta etapa foi realizado um levantamento bibliográfico nas seguintes bases de dados: PUBMED, desenvolvida pelo *Nacional Center for Biotechnology Information* (NCBI) da *US National Library of Medicine* (NLM), *Excerpta Medica Database* (EMBASE), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS).

A partir destes resultados, foram utilizados nas estratégias de busca os descritores controlados e não controlados conforme descrito no Quadro 6. As estratégias de busca foram realizadas separadamente para cada base de dados selecionada, respeitando as especificidades de cada uma.

Quadro 6 - Distribuição das bases de dados consultadas segundo os descritores controlados e não controlados utilizados na busca dos estudos

Base de dados	Descritores controlados	Descritores não controlados
PUBMED	neoplasms	tumors tumor neoplasia neoplasm cancer cancers
	antineoplastic agents	agents, Antineoplastic antineoplastic Drugs drugs, Antineoplastic antineoplastics chemotherapeutic Anticancer Drug drug, Chemotherapeutic Anticancer antitumor Drugs drugs, Antitumor cancer Chemotherapy Agents agents, Cancer Chemotherapy chemotherapy Agents, Cancer cancer Chemotherapy Drugs chemotherapy Drugs, Cancer drugs, Cancer Chemotherapy chemotherapeutic Anticancer Agents agents, Chemotherapeutic Anticancer Anticancer agents agents, Anticancer antitumor Agents agents, Antitumor
	nausea	—

Continua

Base de dados	Descritores controlados	Descritores não controlados
EMBASE	Neoplasm	acral tumor cancer cancers neoplasia neoplasms neoplasms by histologic type neoplasms, cystic, mucinous, serous neoplasms, embryonal mixed neoplasms, germ cell embryonal neoplasms, glandular epithelial neoplasms, 'hormone dependent' neoplasms, 'post traumatic' neoplastic disease section 16 tumor tumour
	antineoplastic agent	anti cancer drug anti neoplastic agent anticancer agent anticancer drug anticancerogen anticarcinogen anticarcinogenic agents antineoplastic agents antineoplastic agents, combined antineoplastic agents, phytogenic antineoplastic immunosuppressive agents antineoplastic combined chemotherapy protocols antineoplastic drug antineoplastic peptide antitumor agent antitumor drug cancer chemotherapeutic agent cancer inhibitor carcinostatic drug drug, antineoplastic tumor inhibitor
	chemotherapy induced nausea and vomiting	—
CINAHL	Náusea	—
	Neoplasms	—
	antineoplastic agents	—

Continua

Conclusão

Base de dados	Descritores controlados	Descritores não controlados
LILACS	Neoplasms	neoplasias câncer cancro (tumor maligno) neoplasmas tumor tumores neoplasia neoplasia maligna
	antineoplastic agents	antineoplásicos antineoplásicos agentes antineoplásicos fármacos antineoplásicos
	náusea	nausea enjoo

Os critérios para inclusão dos artigos nesta revisão, foram: artigos primários, publicados na íntegra, que abordem a náusea em humanos durante o tratamento quimioterápico endovenoso, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol. Não foi estabelecido limite de tempo para a publicação dos artigos.

Os critérios de exclusão foram: artigos de revisão, metanálise, carta, editorial, estudo de caso, estudo piloto, artigos cujos sujeitos apresentavam câncer avançado, metastático ou em tratamento paliativo, pacientes submetidos à cirurgia ou radioterapia concomitante com a quimioterapia.

No Quadro 7, estão descritas as estratégias das buscas realizadas em cada uma das bases de dados, que ocorreu em maio de 2013. O formulário avançado foi utilizado em todas as bases, bem como os operadores booleanos AND e NOT entre os descritores controlados e OR entre os descritores não controlados. Foram identificados 1258 artigos.

Quadro 7 - Descrição das estratégias de busca realizadas nas bases de dados e o número de artigos identificados

Base de dados	Data da busca	Estratégias de busca	Nº artigos
PUBMED	02-05-2013	<p>("Neoplasms"[Mesh] OR (Tumors) OR (Tumor) OR (Neoplasia) OR (Neoplasm) OR (Cancer) OR (Cancers)) NOT "Neoplasm Metastasis"[Mesh] NOT "Pregnancy Complications, Neoplastic"[Mesh]</p> <p>AND</p> <p>("Antineoplastic Agents"[Mesh] OR (Agents, Antineoplastic) OR (Antineoplastic Drugs) OR (Drugs, Antineoplastic) OR (Antineoplastics) OR (Chemotherapeutic Anticancer Drug) OR (Drug, Chemotherapeutic Anticancer) OR (Antitumor Drugs) OR (Drugs, Antitumor) OR (Cancer Chemotherapy Agents) OR (Agents, Cancer Chemotherapy) OR (Chemotherapy Agents, Cancer) OR (Cancer Chemotherapy Drugs) OR (Chemotherapy Drugs, Cancer) OR (Drugs, Cancer Chemotherapy) OR (Chemotherapeutic Anticancer Agents) OR (Agents, Chemotherapeutic Anticancer) OR (Anticancer Agents) OR (Agents, Anticancer) OR (Antitumor Agents) OR (Agents, Antitumor))</p> <p>AND</p> <p>"Nausea"[Majr:NoExp] NOT "Chemoradiotherapy"[Mesh] NOT "Radiotherapy"[Mesh] NOT "Brachytherapy"[Mesh] NOT "surgery" [Subheading]</p> <p>Filters: Humans; English; Spanish; Portuguese</p>	927
CINAHL*	05-05-2013	<p>(MH"Nausea/BL/CF/CI/CL/CO/DI/DH/DT/EC/ED/EM/EP/EI/EH/ET/FG/HI/IM/LJ/ME/MI/MO/NU/OG/PA/PP/PC/PR/PF/R A/RH/RF/SS/TH/TM/TD/US/UR")</p> <p>AND</p> <p>(MH"Neoplasms/AN/BL/BS/CF/CI/CL/CO/DI/DH/DT/EC/ED/EM/EP/EI/EH/ET/FG/HI/IM/LJ/ME/MI/MO/NU/OG/PA/PP/P C/PR/PF/RA/RH/RF/SS/TH/TM/TD/US/UR")</p> <p>AND</p> <p>(MH"Antineoplastic Agents/AD/AE/AA/AN/AI/BL/CF/CL/CT/DU/DE/EC/EI/HI/IM/LJ/ME/PD/PK/PH/PO/RE/ST/SD/TU/UR")</p>	34
EMBASE	02-05-2013	<p>'neoplasm'/exp OR (acral AND tumor) OR cancer OR cancers OR neoplasia OR neoplasms OR (neoplasms AND by AND histologic AND type) OR (neoplasms, AND cystic, AND mucinous, AND serous) OR (neoplasms, AND embryonal AND mixed) OR (neoplasms, AND germ AND cell AND embryonal) OR (neoplasms, AND glandular AND epithelial) OR (neoplasms, AND 'hormone dependent') OR (neoplasms, AND 'post traumatic') OR (neoplastic AND disease) OR (section AND 16) OR tumor OR tumour NOT 'benign tumor'/exp NOT 'metastasis'/exp</p>	

Continua

Conclusão

Base de dados	Data da busca	Estratégias de busca	Nº artigos
EMBASE	02-05-2013	<p>AND</p> <p>'antineoplastic agent'/exp OR (anti AND cancer AND drug) OR (anti AND neoplastic AND agent) OR (anticancer AND agent) OR (anticancer AND drug) OR anticancerogen OR anticarcinogen OR (anticarcinogenic AND agents) OR (antineoplastic AND agents) OR (antineoplastic AND agents, AND combined) OR (antineoplastic AND agents, AND phytogenic) OR (antineoplastic AND immunosuppressive AND agents) OR (antineoplastic AND combined AND chemotherapy AND protocols) OR (antineoplastic AND drug) OR (antineoplastic AND peptide) OR (antitumor AND agent) OR (antitumor AND drug) OR (cancer AND chemotherapeutic AND agent) OR (cancer AND inhibitor) OR (carcinostatic AND drug) OR (drug, AND antineoplastic) OR (tumor AND inhibitor)</p> <p>AND</p> <p>'chemotherapy induced nausea and vomiting'/exp NOT 'surgery'/exp NOT 'brachytherapy'/exp NOT 'chemoradiotherapy'/exp NOT 'radiotherapy'/exp</p>	278
LILACS	05-05-2013	<p>"neoplasms" OR "neoplasias" OR "Câncer" OR "Cancro (Tumor Maligno)" OR "Neoplasmas" OR "Tumor" OR "Tumores" OR "Neoplasia" OR "Neoplasia Maligna" OR "C04\$" OR "SP4.001.012.098\$" OR "SP4.046.452.698.879.165 \$" [Palavras]</p> <p>AND</p> <p>"Antineoplastic agents" OR "antineoplásicos" OR "antineoplásicos" OR "Agentes Antineoplásicos" OR "Fármacos Antineoplásicos" OR "D27.505.954.248\$" [Palavras]</p> <p>AND</p> <p>"Náusea" OR "nausea" OR "nausea" OR "enjoo" OR "C23.888.821.712\$" [Palavras]</p>	19

*Legenda: AD- Administration And Dosage; AE- Adverse Effects; AA- Analogs And Derivatives; AN- Analysis; AI- Antagonists And Inhibitors; BL- Blood; BS- Blood Supply; CF- Cerebrospinal Fluid; CI- Chemically Induced; CL- Classification; CO- Complications; CT- Contraindications; DI- Diagnosis; DU- Diagnostic Use; DH- Diet Therapy; DE- Drug Effects; DT- Drug Therapy; EC- Economics; ED- Education; EM- Embryology; EP- Epidemiology; EI- Ethical Issues; EH- Ethnology; ET- Etiology; FG- Familial And Genetic; HI- History; IM- Immunology; LJ- Legislation And Jurisprudence; ME- Metabolism; MI- Microbiology; MO- Mortality; NU- Nursing; OG- Organizations; PA- Pathology; PD- Pharmacodynamics; PK- Pharmacokinetics; PH- Physiology; PP- Physiopathology; PO- Poisoning; PC- Prevention And Control; PR- Prognosis; PF- Psychosocial Factors; RA- Radiography; RE- Radiation Effects; RH- Rehabilitation; RF- Risk Factors; SS- Symptoms; ST- Standards; SD- Supply And Distribution; TH- Therapy; TU- Therapeutic Use; TM- Transmission; TD- Trends; US- Ultrasonography; UR- Urine.

Após a identificação e leitura dos 1258 títulos e resumos, 1198 foram excluídos e as causas da exclusão, bem como o número de artigos em cada uma, estão listados no Quadro 8. Foram selecionados 60 artigos para a leitura na íntegra.

Quadro 8 - Distribuição das causas da exclusão das publicações, segundo cada base de dados após leitura dos títulos e resumos

Causas da exclusão	PUBMED	EMBASE	CINAHL	LILACS
Não aborda a temática	673	217	18	8
Náusea entre pacientes em tratamento paliativo, com câncer avançado ou metastático	35	6	--	3
Artigos de revisão ou metanálise	139	40	7	5
Estudos de caso, carta e editorial	7	6	7	2
Artigos repetidos em outra base	--	4	2	--
Náusea entre pacientes com uso de quimioterapia oral	2	1	--	--
Estudo piloto	13	1	--	--
Náusea entre pacientes em radioterapia	1	--	--	1
Total	870	275	34	19

Importante ressaltar que a maioria dos artigos excluídos em todas as bases de dados foi por não abordarem a temática, ou seja, não respondia a questão norteadora. A náusea, quando citada nos estudos avaliados, não tinha seus fatores relacionados e características definidoras abordados. A grande maioria destes estudos fazia comparações sobre a eficácia de medicamentos antieméticos e citavam a náusea como um dos diversos sintomas do tratamento.

O acesso na íntegra aos artigos selecionados foi possível por meio do acesso eletrônico às revistas disponíveis no Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo (SIBi-USP), no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), consulta manual ao acervo – periódicos impressos - da Biblioteca Central da USP, Campus de Ribeirão Preto (BCRP) e pelo serviço de Comutação Bibliográfica (COMUT) da BCRP para a obtenção dos artigos não disponíveis no Brasil.

Procedeu-se à leitura dos 60 artigos selecionados para a leitura na íntegra e posteriormente foram excluídos 30 artigos. As causas da exclusão estão listadas no Quadro 9.

Quadro 9 - Distribuição das causas da exclusão das publicações após a leitura dos estudos na íntegra, segundo as bases de dados

Causas da exclusão	PUBMED	EMBASE
Náusea entre pacientes em cuidados paliativos, com câncer avançado ou metastático	11	--
Metanálise	1	--
Não separaram náuseas de vômitos na coleta de dados ou resultados	10	1
Náusea entre pacientes com uso de quimioterapia oral	4	--
Náusea entre pacientes em radioterapia	2	1
Total	28	2

A amostra final desta RI foi de 30 artigos, sendo um artigo localizado na base de dados EMBASE e 29 artigos na PUBMED. A Figura 2 ilustra o percurso deste processo.

Figura 2 - Fluxograma da distribuição dos artigos encontrados nas bases de dados após estratégia de busca, dos selecionados após leitura dos títulos e resumos, do texto completo e amostra final

3.2.3. Terceira fase: Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados

Esta fase envolve a elaboração ou a utilização de um instrumento de coleta de dados já validado, que tem como objetivo extrair as informações chaves de cada artigo selecionado (BEYEA, NICOLL; 1998). O instrumento adotado deve contemplar alguns itens básicos: identificação do estudo, introdução e objetivos (dados do estudo e avaliação crítica), características metodológicas (análise do delineamento de pesquisa, amostra, técnica para coleta de dados e análise dos dados), resultados (descrição e análise crítica dos resultados, fatores relacionados encontrados, incluindo-se os aspectos específicos do tema estudado como, por exemplo, os possíveis fatores relacionados ao diagnóstico em questão), conclusões (descrição e análise crítica e nível de evidência em que o estudo se encontra, identificando-se, no exemplo apresentado, a força de evidência na associação dos fatores identificados em relação ao diagnóstico estudado).

Na literatura nacional apontam-se dois exemplos de instrumentos para a extração de dados dos artigos incluídos na revisão (POMPEO, 2007; URSI, 2005). Para facilitar o acesso e a recuperação das informações, os artigos podem ser organizados e categorizados em *softwares* bibliográficos ou fichários. A organização dos artigos em ordem cronológica possibilita o conhecimento da evolução histórica do fenômeno ou problema estudado (BROOME, 2000).

Nesta revisão, o instrumento de coleta de dados utilizado foi o elaborado por Pompeo (2007), (ANEXO A), sendo realizado modificações no que se refere ao Nível de Evidência (APÊNDICE A). Neste estudo optou-se por utilizar o de Melnyk e Fineout-Overholt (2011). Para a utilização e a modificação do instrumento foi feito contato com a autora que autorizou a utilização e a alteração proposta (APÊNDICE C).

Para cada um dos 30 artigos selecionados, foi utilizada uma cópia do instrumento de coleta de dados e os itens foram preenchidos a partir da extração dos dados dos artigos pela pesquisadora.

Como recomenda Broome (2000), os artigos desta revisão foram identificados por números de 1 a 30, em ordem crescente de acordo com ano de publicação, bem como seus respectivos instrumentos de coleta de dados.

Os artigos selecionados foram classificados de acordo com o nível de evidência, de acordo com Melnyk e Fineout-Overholt (2011) como está apresentado no Quadro 10. Destaca-se que os níveis de evidência 1, 5 e 7 não foram incluídos neste estudo, como descrito nos critérios de exclusão.

Quadro 10 - Classificação de níveis de evidência

Nível de evidência	Fontes de evidência
Nível 1 (forte)	Revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados
Nível 2 (forte)	Ensaio clínico randomizado controlado e bem delimitado
Nível 3 (moderada)	Ensaio clínico controlado sem randomização
Nível 4 (moderada)	Estudos de casos-controle e estudos de coorte
Nível 5 (fraca)	Estudos de revisão sistemáticos descritivos e qualitativos
Nível 6 (fraca)	Único estudo descritivo ou qualitativo
Nível 7 (fraca)	Opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de Especialistas

Fonte: Melnyk; Fineout-Overholt (2011).

3.2.4. Quarta fase: Avaliação dos estudos incluídos na amostra

A fase de análise da qualidade das pesquisas primárias incluídas em uma RI é uma atividade complexa, exigindo tempo e conhecimento do pesquisador. Nesta fase, os artigos selecionados são analisados criticamente em relação aos critérios de autenticidade, qualidade metodológica, importância das informações e representatividade (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A avaliação da qualidade dos estudos é crucial para a integridade científica da revisão integrativa. Alguns questionamentos devem ser considerados para nortear a análise crítica das pesquisas: Qual é a questão de pesquisa?, Por que esta questão?, Para que a questão é importante?, Como eram as questões de pesquisas já realizadas?, A metodologia do estudo está adequada?, Os sujeitos selecionados para o estudo estão corretos?, O que a questão de pesquisa responde?, A resposta está correta?, Quais pesquisas futuras serão necessárias? (BEYEA; NICOLL, 1998).

Após a leitura exhaustiva dos artigos selecionados e a extração dos principais dados com a utilização do instrumento adotado, podem-se construir quadros com informações detalhadas de cada artigo permitindo a sua análise posterior. A elaboração destes quadros proporciona uma síntese de cada artigo que permite ao revisor um exame periódico dos resultados e conclusões evidenciadas em cada artigo (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Os dados referentes às características de cada estudo foram agrupados em quadros e analisados de forma descritiva. As informações referentes às etapas da Análise de Conceito e necessárias para concluir os objetivos específicos deste trabalho, como, definição de náusea, lista de características definidoras, fatores relacionados, antecedentes, consequências e referenciais empíricos, também foram agrupadas em quadros, na medida

em que houve a extração dos mesmos individualmente, com o auxílio de um guia elaborado pelas autoras (APÊNDICE B).

Posteriormente procedeu-se à comparação dos componentes do DE Náusea - definição, características definidoras e fatores relacionados - encontrados nos estudos da RI aos da NANDA-I (2013).

3.2.5. Quinta fase: Interpretação dos resultados

Essa etapa corresponde à fase de discussão de resultados das pesquisas convencionais, em que o pesquisador compara os resultados da RI com o conhecimento teórico, o que permite, a partir da identificação de possíveis lacunas de conhecimento a respeito do tema pesquisado, apontar sugestões para a realização de futuras pesquisas (GANONG, 1987).

Os resultados desta fase serão apresentados concomitantemente com os resultados da análise de conceito do DE Náusea.

3.2.6. Sexta fase: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento

Consiste em elaborar o documento contemplando a descrição das etapas percorridas pelo pesquisador e os principais resultados evidenciados a partir da análise dos estudos primários incluídos na RI (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998).

A RI, segundo Ganong (1987), necessita apresentar detalhes explícitos dos estudos incluídos na amostra para proporcionar ao leitor condições de avaliar a adequação dos procedimentos metodológicos utilizados na elaboração da RI.

Desta forma, os resultados encontrados por meio da elaboração da RI contribuirão para o aprofundamento do tema estudado, proporcionando ao enfermeiro conhecimento científico para seguir os passos subsequentes no processo de validação dos DE (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Esta fase foi realizada por meio do preenchimento de quadros, os quais contêm as seguintes informações de cada artigo da RI: autores/ ano de publicação; objetivos; resultados; conclusões (APÊNDICE D). O estudo de Andrade et al. (2012) foi usado como modelo para o desenvolvimento desta fase.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos estudos incluídos na amostra da RI, foi possível identificar os atributos definidores/ características definidoras, os antecedentes/ fatores relacionados, as consequências e referenciais empíricos do DE Náusea, além da definição de náusea.

4.1. Avaliação dos estudos incluídos na amostra

Este item corresponde à quarta fase da RI, em que foi feita a caracterização dos estudos.

No Quadro 11, estão apresentados os 30 estudos selecionados de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos para esta revisão. Em relação à base de dados, foram identificados 29 artigos na PUBMED e um artigo (Estudo 30) na EMBASE. O idioma predominante foi o inglês, exceto o do estudo 28 publicado em espanhol. As referências destes artigos encontram-se no Apêndice E.

Quadro 11 - Distribuição dos estudos primários incluídos na RI, segundo autoria, título, ano de publicação, periódico, tipo de estudo e nível de evidência

Estudo	Autores	Título do estudo	Ano de publicação	Periódico	Tipo de estudo	Nível de evidência
1	Komen; Redd	Personality factors associated with anticipatory nausea/vomiting in patients receiving cancer chemotherapy.	1985	Health Psychology	Transversal, descritivo*	6
2	Morrow; Lindke; Black	Anticipatory nausea development in cancer patients: replication and extention of a learning model.	1991	British Journal of Psychology	Longitudinal**	6
3	Andrykowski; Gregg	The role of psychological variables in post-chemotherapy nausea: anxiety and expectation.	1992	Psychosomatic Medicine	Longitudinal, descritivo*	6
4	Bovbjerg et al.	An experimental analysis of classically conditioned nausea during cancer chemotherapy.	1992	Psychosomatic Medicine	Ensaio clínico controlado randomizado*	2
5	Morrow; Angel; Dubeshter	Autonomic changes during cancer chemotherapy induced nausea and emesis.	1992	British Journal of Cancer	Transversal, descritivo*	6
6	Redd et al.	Nausea induced by mental images of chemotherapy.	1993	Cancer	Exploratório, observacional**	6
7	Fredrikson et al.	Delayed chemotherapy-induced nausea is augmented by high levels of endogenous noradrenaline.	1994	British Journal of Cancer	Ensaio clínico controlado sem randomização*	3
8	Rhodes et al.	Expectation and occurrence of post chemotherapy side effects nausea and vomiting.	1995	Cancer practice	Descritivo**	6
9	Schwartz; Jacobsen; Bovbjerg	Role of nausea in the development of aversions to a beverage paired with chemotherapy treatment in cancer patients.	1996	Physiology & Behavior	Longitudinal, prospectivo**	6

Continua

Estudo	Autores	Título do estudo	Ano de publicação	Periódico	Tipo de estudo	Nível de evidência
10	Tyc; Mulhern; Bieberich	Anticipatory nausea and vomiting in pediatric cancer patients: an analysis of conditioning and coping variables.	1997	Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics	Descritivo*	6
11	Tsavaris et al.	Factors that influence the antiemetic activity of metoclopramide to cisplatin based chemotherapy.	1998	Oncology Reports	Retrospectivo**	6
12	Morrow et al.	Vagal changes following cancer chemotherapy: Implications for the development of nausea.	2000	Psychophysiology	Transversal, descritivo*	6
13	Roscoe et al.	Patient expectations as predictor of chemotherapy-induced nausea.	2000	Annals of Behavioral Medicine	Transversal, descritivo*	6
14	Tsavaris et al.	Parameters that influence the outcome of nausea and emesis in cisplatin based chemotherapy.	2000	Anticancer research	Longitudinal, descritivo*	6
15	Blasco et al.	The role of anxiety and adaptation to illness in the intensity of post chemotherapy nausea in cancer patients.	2000	The Spanish Journal of Psychology	Transversal, descritivo*	6
16	Hickok; Roscoe; Morrow	The role of patients' expectations in the development of anticipatory nausea related to chemotherapy for cancer.	2001	Journal of Pain and Symptom Management	Prospectivo**	6
17	Molassiotis et al.	Pretreatment factors predicting the development of post chemotherapy nausea and vomiting in Chinese breast cancer patients.	2002	Support Care Cancer	Longitudinal, prospectivo**	6
18	Kim; Morrow	Changes in family relationships affect the development of chemotherapy-related nausea symptoms.	2003	Support Care Cancer	Descritivo*	6

Continua

Estudo	Autores	Título do estudo	Ano de publicação	Periódico	Tipo de estudo	Nível de evidência
19	Glaus et al.	Chemotherapy-induced nausea and vomiting in routine practice: a European perspective.	2004	Support Care Cancer	Transversal, multicêntrico e prospectivo**	6
20	Roscoe et al.	Patient expectation is a strong predictor of severe nausea after chemotherapy.	2004	Cancer	Ensaio clínico controlado randomizado**	2
21	Bloechl-Daum et al.	Delayed nausea and vomiting continue to reduce patients' quality of life after highly and moderately emetogenic chemotherapy despite antiemetic treatment.	2006	Journal of Clinical Oncology	Prospectivo, multicêntrico e observacional**	6
22	Pradermdee et al.	Antiemetic effect of ondansetron and dexamethasone in gynecologic malignant patients receiving chemotherapy.	2006	Journal of the Medical Association of Thailand	Descritivo*	6
23	Higgins; Montgomery; Bovbjerg	Distress before chemotherapy predicts delayed but not acute nausea.	2007	Support Care Cancer	Prospectivo**	6
24	Kim; Morrow	The effects of family support, anxiety, and post-treatment nausea on the development of anticipatory nausea: a latent growth model.	2007	Journal of Pain and Symptom Management	Longitudinal, prospectivo**	6
25	Shelke et al.	Effect of a nausea expectancy manipulation on chemotherapy-induced nausea: a University of Rochester cancer center community clinical oncology program study.	2008	Journal of Pain and Symptom Management	Ensaio clínico controlado randomizado**	2
26	Shih; Wan; Chan	Clinical predictors of chemotherapy-induced nausea and vomiting in breast cancer patients receiving adjuvant doxorubicin and cyclophosphamide	2009	The Annals of Pharmacotherapy	Prospectivo, observacional**	6
27	Roscoe et al.	Insight in the prediction of chemotherapy-induced nausea	2010	Support Care Cancer	Descritivo*	6

Continua

Conclusão

Estudo	Autores	Título do estudo	Ano de publicação	Periódico	Tipo de estudo	Nível de evidência
28	Huertas-Fernández et al.	Análisis de la efectividad de un protocolo de antiemesis implantado en la Unidad de Oncología	2010	Farmácia Hospitalaria	Prospectivo**	6
29	Hassan; Yusoff	Negative impact of chemotherapy on breast cancer patients QOL - utility of antiemetic treatment guidelines and the role of race	2010	Asian Pacific Journal of Cancer Prevention	Longitudinal, prospectivo, observacional**	6
30	Fernández-Ortega et al.	Chemotherapy-induced nausea and vomiting in clinical practice: impact on patients' quality of life	2012	Support Care Cancer	Multicêntrico, prospectivo, observacional**	6

* Ausência da informação sobre o tipo de estudo no artigo; informado pelas autoras deste estudo.

** Tipo de estudo informado no artigo.

O número de autores dos estudos variou de um a sete, sendo que a maioria (78,6%), contava com até três autores. Quanto à autoria dos artigos, considerando o grande número de autores nas publicações, optou-se em caracterizar apenas o primeiro autor dos estudos. Para seis deles a autoria é de psicólogos, quatro de médicos, quatro de farmacêuticos, três de enfermeiros, e para 11 artigos não foi possível identificar a área de formação dos autores.

Em relação à instituição sede onde os estudos foram desenvolvidos, 10 eram multicêntricos, 16 realizados em um único centro (Hospital Dia de Oncologia, Hospital Geral, Centro de Pesquisa Clínica, entre outros) e quatro estudos não informaram o local.

Quanto ao país de origem do primeiro autor, 17 são dos EUA, três da Espanha, dois da Grécia, um da Suécia, um da Suíça, um da Colômbia, um do Reino Unido, um da Áustria, um da Tailândia, um da Singapura e um da Malásia.

Os periódicos, onde os artigos analisados foram publicados, eram de diferentes áreas da saúde, sendo que três publicavam artigos de psicologia, quatro da área médica, dois de farmácia, três da área médica e psicologia e 18 eram interdisciplinares. Nos periódicos caracterizados por interdisciplinares foi publicada a maioria (60%) dos artigos e entre eles estão os da enfermagem.

Como o período de busca não foi restrito, a amostra constou com estudos publicados entre 1985 a 2012, sendo que um é da década de 80, 10 são da década de 90, 15 foram publicados entre os anos de 2000 a 2009 e quatro entre os anos de 2010 a 2012.

O nível de evidência dos estudos foi classificado segundo Melnyk e Fineout-Overholt (2011). Para esta classificação foi necessário primeiramente identificar o delineamento da pesquisa em análise, e dos 30 estudos incluídos nesta revisão, em apenas 17 apresentavam esta informação. Para os outros 13 artigos, a classificação foi realizada pelas autoras a partir da leitura dos mesmos. Sendo assim, nesta amostra temos: 26 estudos cujo nível de evidência é 6, três estudos cujo nível de evidência é 2 e um estudo de nível de evidência 3.

4.2. Análise de conceito

Será abordada aqui a Análise de Conceito a partir da quarta etapa, pois as anteriores já foram apresentadas no Método, nos itens 3.1.1., 3.1.2. e 3.1.3.

4.2.1. Quarta etapa da análise de conceito: Determinação dos atributos definidores

Atributos definidores são também conhecidos como características definidoras. Quando um conceito é examinado em diferentes instancias, algumas características tornam-se repetidas e estas características são as mais representativas do conceito (WALKER; AVANT, 2005).

Os atributos definidores da náusea encontrados nos artigos da RI estão apresentados no Quadro 12. Foram identificados 14 atributos, distribuídos em apenas seis dos 30 artigos da RI. Além disso, a frequência com que cada atributo esteve presente nos artigos também foi baixa, variou de uma (3,3%) vez a quatro (13,3%) vezes.

Quadro 12 – Distribuição dos atributos definidores da náusea nos estudos da RI, segundo frequência absoluta e relativa

Atributos definidores*	Identificação dos estudos	N	%
Suar/transpirar	2; 6; 12; 16	4	13,3
Dilatação pupilar	7; 12	2	6,7
Relato de náusea	4; 6	2	6,7
Salivação	7; 12	2	6,7
Sentir fraqueza	2; 16	2	6,7
Sentir-se morno ou quente	2; 16	2	6,7
Vasoconstrição cutânea (palidez)	7; 12	2	6,7
Aperto no estômago	6	1	3,3
Cobrir a boca	6	1	3,3
Fazer careta	6	1	3,3
Motilidade intestinal	7	1	3,3
Pedir ajuda	6	1	3,3
Secreção de ácido gástrico	7	1	3,3
Taquicardia	12	1	3,3

*As palavras na coluna dos atributos definidores foram transcritas da forma como foram descritas nos estudos.

O atributo definidor mais frequente foi “*Suar/transpirar*”, citado em quatro artigos. “*Suar/transpirar*” refere-se à eliminação abundante de suor, também chamada de

diaforese e pode ser detectado pelo enfermeiro por meio da inspeção, onde a pele fica com aspecto liso e úmido (POMPEO, 2012).

A perda de água pela pele é regulada pelo sistema nervoso simpático, que ativa as glândulas sudoríparas. A estimulação destas glândulas pode resultar do exercício muscular, da temperatura ambiente elevada e do aumento da atividade metabólica, como acontece no estado febril. A perda sensível de água acontece por meio da transpiração excessiva, sendo percebida por meio da inspeção (POTTER; PERRY, 2009).

Inúmeras alterações fisiológicas mediadas pelo sistema nervoso autônomo ocorrem simultaneamente com as náuseas, como por exemplo, a sudorese. Entretanto, poucas pesquisas têm sido realizadas para caracterizar as mudanças autonômicas específicas apresentadas pelo indivíduo após a administração de um agente emético, no caso o quimioterápico, associado com o aparecimento de náuseas (MORROW et al., 2000).

Na leitura dos artigos selecionados, observou-se que os sinais e sintomas da náusea são pouco explorados pelos autores. Os motivos podem ser diversos, como a subjetividade do sintoma, a ênfase dada ao vômito e conseqüentemente na terapia antiemética, a subvalorização da náusea pelos profissionais da saúde e pelos próprios pacientes (MOLASSIOTIS et al., 2007). Acrescenta-se também a dificuldade na coleta dos dados relacionados à náusea pelo fato de na maioria das vezes o sintoma ser referido pelos pacientes e não presenciado pelo pesquisador. Tais condições são atribuídas à subjetividade do sintoma principalmente nos casos de náusea tardia.

4.2.2. Quinta etapa da análise de conceito: Identificação do caso modelo

Foi elaborado pela pesquisadora um caso modelo fictício, o qual contém os atributos definidores do conceito e é apresentado abaixo.

Caso-modelo:

“M.A.S., 25 anos, sexo feminino, com diagnóstico de linfoma de Hodgkin, chega à Central de Quimioterapia para seu terceiro ciclo quimioterápico (ABVD: adriamicina, bleomicina, vimblastina e dacarbazina), acompanhada pela mãe. Ao entrar na sala de infusão e sentir o cheiro do lanche oferecido aos pacientes, apresentou expressão facial de **aversão à comida**. Após ter recebido duas drogas previstas para este ciclo, a enfermeira R. instalava o terceiro agente quimioterápico, quando a paciente **referiu náusea e vontade de vomitar**. A enfermeira R. não iniciou a infusão do medicamento e realizou avaliação de M.A.S., que apresentava **palidez cutânea, sudorese intensa, taquicardia, sialorréia,**

aumento da frequência dos movimentos de deglutição e referia gosto amargo na boca. Com estas informações, a enfermeira R. fez o DE de Náusea e procedeu com as seguintes intervenções: retirou a bandeja com o medicamento do lado da paciente, ofereceu-lhe uma toalha, posicionou o cesto de lixo próximo a mesma, conferiu a prescrição médica e anotação de enfermagem quanto aos horários em que foram administrados os antieméticos. Como estes haviam sido administrados a menos de duas horas, a enfermeira R. realizou o manejo não farmacológico para tentar amenizar a náusea: transferiu a paciente para um quarto privativo, onde pôde melhorar a luminosidade do ambiente, a temperatura, o som e o odor. Também orientou a paciente quanto a realizar a respiração profunda sempre que sentisse náuseas. Após cerca de 20 minutos, a paciente encontrava-se mais relaxada e referiu alívio da náusea.”

Discussão do caso-modelo

No caso-modelo acima, estão apresentados os atributos definidores que melhor representam o DE Náusea, tais como: aversão alimentar, relato de náusea e de vontade de vomitar, palidez, sudorese, taquicardia, sialorréia, deglutição aumentada e relato de gosto amargo na boca. Este conjunto de sinais e sintomas indispensáveis à elaboração do DE é chamado de características definidoras maiores por Carpenito-Moyet (2012). Além disso, alguns antecedentes também foram apresentados, como alto potencial emetogênico dos agentes quimioterápicos, sexo feminino, idade jovem e estímulos condicionados (aversão alimentar, odores da clínica). O conjunto de atributos definidores apresentados pela paciente subsidia a decisão da enfermeira em elaborar o DE Náusea.

4.2.3. Sexta etapa da análise de conceito: Identificação de casos adicionais (casos-limítrofes, casos-relacionados, casos-contrários e casos-inventados)

Como exemplos de casos adicionais, foram elaborados um caso-relacionado e um caso-contrário, ambos fictícios, baseados nas experiências e no conhecimento adquirido com o desenvolvimento desta pesquisa.

Caso-relacionado:

“R.J.A., 45 anos, sexo feminino, com diagnóstico de câncer de mama, chega à Central de Quimioterapia às 10 horas para seu terceiro ciclo de tratamento quimioterápico (FEC: 5-fluouracil, epirrubicina e ciclofosfamida), mas o primeiro realizado no setor, sendo que os outros ciclos foram realizados na enfermaria. Chegou sem acompanhante e foi recebida pela enfermeira V. que a acomodou na poltrona e durante o exame físico observou que a paciente apresentava **tremores, frequência respiratória aumentada e taquicardia**. A paciente também referiu **dor abdominal, falta de apetite, insônia e preocupação**, devido às mudanças ocorridas em sua vida. Com essas informações a enfermeira V. faz o DE de Ansiedade. Posteriormente explica calmamente para a paciente o funcionamento da unidade, pergunta sobre os eventos adversos apresentados nos ciclos anteriores, faz orientações de enfermagem sobre os eventos referidos por R.J.A. e se coloca à disposição para esclarecer suas dúvidas. Ofereceu um lençol para cobrir e um copo de chá. Por volta das 11 horas, R.J.A. encontra-se eupneica, normocárdica, referindo melhora da dor abdominal, aceitou chá com biscoitos, conversava com a paciente ao lado enquanto recebia a infusão do primeiro quimioterápico do ciclo.

Discussão do caso-relacionado

Neste caso, alguns atributos definidores da Náusea estão presentes, tais como, taquipnéia e taquicardia, além da falta de apetite e do fator relacionado dor. Também foram apresentados antecedentes, como no caso anterior – alto potencial emetogênico das drogas utilizadas, sexo feminino e idade menor que 50 anos. Porém este conjunto de sinais e sintomas apresentados pela paciente não foram suficientes para que a enfermeira relacionasse o quadro clínico ao diagnóstico de enfermagem Náusea, pois os atributos não foram representativos deste diagnóstico, como por exemplo, o relato de náusea.

Quando a paciente referiu estar preocupada devido às mudanças ocorridas em sua vida (seu estado de saúde) e a ocorrência de insônia, a enfermeira relacionou também à

mudança no ambiente (primeiro ciclo de quimioterapia na Central de Quimioterapia), dados que favoreceram a enfermeira a elaborar o DE Ansiedade.

Segundo a NANDA-I (2013), ansiedade pode ser definida como um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica onde a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo e sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.

Caso-contrário:

G.H.I., sexo masculino, nove anos de idade, com diagnóstico de Leucemia Linfóide Aguda (LLA), comparece à Central de Quimioterapia acompanhado por seu pai para receber o sétimo ciclo quimioterápico. Foi recebido pela enfermeira F. que perguntou como o mesmo havia passado após a infusão da quimioterapia anterior e como estava se sentindo naquele dia. G.H.I. encontrava-se eupneico, corado, calmo, sorridente e negou qualquer queixa. O pai de G.H.I. referiu que o mesmo engordou um quilo após a última sessão de quimioterapia, que se alimenta bem, brinca normalmente com os irmãos e mantém bom padrão de sono. G.H.I. ficou por cerca de três horas na Central de Quimioterapia, permaneceu tranquilo durante a infusão dos quimioterápicos, assistiu televisão, brincou com jogos de montar com a recreadora K. e foi liberado sem queixas ao término da infusão, na companhia do pai.

Discussão do caso-contrário:

No caso-contrário não há presença dos atributos definidores do DE Náusea, portanto não o representa. Tanto o paciente G.H.I. quanto seu pai não referiram qualquer queixa, seja no dia da avaliação como anteriormente, além disso, a enfermeira F. não detectou alteração no exame físico ou na anamnese e durante a infusão da quimioterapia.

4.2.4. Sétima etapa da análise de conceito: Identificação de antecedentes e consequências

4.2.4.1. Antecedentes

A busca pelos antecedentes da náusea foi exaustiva e foram identificados 44 (Quadro 13). Para melhor apresentação dos resultados e discussão, estes foram divididos em três categorias: relacionados ao paciente/biofísico, relacionados ao tratamento/fatores farmacológicos e aos fatores psicológicos/situacionais.

Dos 44 antecedentes identificados, 25 (56,8%) são relacionados ao paciente/biofísico, oito (18,2%) relacionados ao tratamento/fatores farmacológicos e 11 (25%) são fatores psicológicos.

Quadro 13 - Distribuição dos antecedentes da náusea encontrados nos estudos da RI, segundo frequência absoluta e relativa

Antecedentes	Identificação dos estudos	N	%
Relacionados ao paciente/ biofísico			
Idade (abaixo de 50 anos)	2; 3; 10; 11; 13; 16; 17; 18; 20; 22; 25; 26; 27; 28	14	46,7
Doença do movimento	2; 5; 10; 12; 13; 16; 17; 20; 25; 26; 27	11	36,7
Sexo feminino	10; 11; 13; 17; 18; 20; 25; 26; 27; 28	10	33,3
Náuseas durante a gravidez	11; 12; 13; 20; 25; 27	6	20
Baixo consumo de álcool	11; 17; 26; 27; 28	5	16,7
Experiência prévia com quimioterapia	11; 27	2	6,7
Náusea nos ciclos anteriores	2; 26	2	6,7
<i>Performance status</i>	3; 11	2	6,7
Perda de peso	11; 13	2	6,7
Severidade da náusea no ciclo anterior	2; 10	2	6,7
Toxinas (não especificadas)	5; 12	2	6,7
Altos níveis de noradrenalina	7	1	3,3
Câncer de cabeça e pescoço	11	1	3,3
Catecolaminas	7	1	3,3
Doença avançada	17	1	3,3
Estado metabólico alterado	12	1	3,3
Exposição prévia à radioterapia em qualquer segmento corporal	11	1	3,3

Continua

Conclusão

Antecedentes	Identificação dos estudos	N	%
Relacionados ao paciente/ biofísico			
Gosto de medicamentos durante as infusões	17	1	3,3
Labirintite	17	1	3,3
Predisposição individual	3	1	3,3
Qualidade de vida afetada	27	1	3,3
Radioterapia na parte superior do abdome	12	1	3,3
Suscetibilidade a condicionabilidade do sistema nervoso autônomo	15	1	3,3
Suscetibilidade à ingestão de determinados alimentos	17	1	3,3
Vômitos nos ciclos anteriores	26	1	3,3
Relacionados ao tratamento/ fatores farmacológicos			
Potencial emético do quimioterápico	3; 4; 7; 10; 12; 13; 21; 25; 28; 30	10	33,3
Agentes quimioterápicos	3; 16; 19; 20; 22; 27	5	16,7
Doses dos quimioterápicos	3; 19; 28	3	10
Número de ciclos recebidos ou exposição prévia à quimioterapia	10; 11; 28	3	10
Uso de antieméticos	3; 11; 26	3	10
Combinação de agentes quimioterápicos	22; 30	2	6,7
Tipo de antieméticos prescritos	13; 17	2	6,7
Velocidade de infusão do quimioterápico	19	1	3,3
Fatores psicológicos/situacionais			
Ansiedade	1; 3; 10; 15; 16; 17; 24; 26; 27	9	30
Estímulos condicionados (condicionamento clássico): visão e odores da clínica, som da voz da enfermeira, cores das drogas quimioterápicas, visão do oncologista, imagens da quimioterapia, aversão alimentar	1; 2; 3; 4; 6; 9; 10; 17; 24	9	30
Expectativa de náuseas após o tratamento	3; 13; 16; 17; 20; 23; 25	7	23,3
Angústia	1; 10; 23	3	10
Estresse psicológico geral	3; 11; 13	3	10
Suporte/conflito familiar	11; 18; 24	3	10
Expectativa de resposta ao tratamento	11; 13	2	6,7
Adaptação ao câncer	15	1	3,3
Depressão	11	1	3,3
Fatores psicossociais	11	1	3,3
Traços de personalidade	15	1	3,3

Os antecedentes “*Radioterapia na parte superior do abdome*” e “*Doença avançada*” presentes respectivamente nos estudos 12 e 17, foram apresentados pelos autores na introdução dos estudos e não foram resultados dos mesmos. Destaca-se esta informação, pois pacientes em radioterapia concomitante com a quimioterapia e pacientes com doença avançada ou metástases foram critérios de exclusão do presente estudo.

Os antecedentes mais frequentes serão abordados a seguir. Destaca-se entre os relacionados ao paciente/ biofísico a “*Idade jovem*” (abaixo de 50 anos) presente em 14 (46,6%) estudos, seguido por “*Doença do movimento*” com frequência de 11 (36,6%) e “*Sexo feminino*” em 10 (33,3%) estudos.

Os pacientes mais jovens, por apresentar melhor índice de *performance status*, podem receber esquemas quimioterápicos mais agressivos do que os pacientes com idade mais avançada. O tratamento mais agressivo leva a eventos adversos mais severos, como a náusea. Esta linha de raciocínio sugere uma relação positiva entre a idade do paciente e a gravidade desses eventos após o tratamento (MORROW, 1984).

Idosos são menos susceptíveis a apresentar NVIQ do que os mais jovens e muitas vezes recebem quimioterapia menos tóxica e em baixas doses, como afirmam Jakobsen e Herrstedt (2009).

No estudo feito por Hilarius et al. (2012), em todos os ciclos de tratamento os pacientes jovens relataram mais náuseas agudas e tardias induzida por quimioterapia do que os pacientes mais velhos. No segundo e terceiro ciclo de tratamento, os pacientes mais jovens relataram que as NVIQ foram significativamente mais incidentes do que entre os pacientes mais idosos, além de referirem impacto negativo em suas atividades de vida diárias. De acordo com Feinberg et al. (2010), idade mais jovem foi independentemente associada com um significativo risco aumentado de NVIQ.

Booth et al. (2007) em estudo prospectivo observacional com 143 mulheres com câncer de mama concluíram que, um dos fatores de risco para NVIQ foi idade mais jovem que 40 anos. À mesma conclusão chegaram Zachariae et al. (2007) em estudo também realizado com mulheres com câncer de mama e López-Jiménez et al. (2006) que avaliaram pacientes com leucemia. Corroborando com estes estudos, Roscoe et al. (2010) concluíram que pacientes mais jovens apresentam mais náusea do que os mais velhos.

No estudo de Molassiotis et al. (2013), o objetivo foi avaliar o poder preditivo de características pessoais relacionadas com o desenvolvimento de NVIQ. Avaliaram numa amostra heterogênea de 991 pacientes com diferentes tipos de câncer, e concluíram que as variáveis chave que caracterizaram os antecedentes para náuseas incluíram o não uso de

antieméticos de acordo com as diretrizes internacionais, a idade mais jovem, náuseas pré-quimioterapia, e resposta incompleta ao controle das NVIQ em ciclo anterior.

Outro antecedente identificado foi a “*doença do movimento*”, que é uma condição que se caracteriza pela sensação de enjoo ou náusea quando se locomove em qualquer meio de transporte (ônibus, barco, avião, carro). A doença de movimento é o desconforto experimentado quando o movimento percebido perturba os órgãos de equilíbrio, refere-se a uma combinação de sinais e sintomas autonômicos e cognitivos induzidos pela exposição a certos tipos de movimento. Pode incluir sintomas como náuseas, vômitos, palidez, suores frios, sialorréia e cefaléia. O controle e a prevenção destes sintomas inclui terapias farmacológicas, comportamentais e complementares (FURMAN; MARCUS; BALABAN, 2011; SPINKS; WASIAK, 2011).

O dicionário Aurélio na sua definição de náusea ressalta a doença do movimento, como “sensação desagradável, bem descrita pelas expressões familiares de ânsia de vômito ou estômago embrulhado. Associa-se ao enjoo de viagem, principalmente das viagens por mar” (FERREIRA, 2014).

A suscetibilidade dos pacientes à doença do movimento está relacionada com o desenvolvimento de náusea antecipatória nos pacientes em tratamento quimioterápico (MORROW, 1985). Náuseas e vômitos associados com o movimento envolvem o sistema vestibular, onde existe uma via neural na área de formação reticular dorsal lateral da medula, denominada centro do vômito (MORROW, 1991).

As vias neurais existentes entre o sistema vestibular e a área do quarto ventrículo cerebral coordenam os vômitos. Com base neste sistema e as observações clínicas, teorizou-se a relação entre a suscetibilidade entre a doença do movimento e da intensidade de náuseas e vômitos durante a quimioterapia (MORROW, 1984).

O antecedente “*Sexo feminino*” foi destacado como suscetível à maior incidência de NVIQ, como nos estudos de Feinberg et al. (2010); Pirri et al. (2011); Roila et al. (1987) e Tonato, Roila e Del Favero (1991).

No estudo realizado por Osoba et al. (1997), dos 772 pacientes que completaram a Escala Visual Analógica (EVA), 584 (75,6%) relataram ter apresentado náuseas. Deste grupo de pacientes, as características que foram associadas com náusea após a quimioterapia incluíram o sexo feminino e história de doença do movimento.

Jakobsen e Herrstedt (2009) afirmam que mulheres têm episódios de náuseas mais severos, maior número de episódios de vômitos e longa duração de ambos. O gênero masculino é um fator protetor, independente do tratamento antiemético, da localização do

tumor primário e demais fatores relacionados ao paciente. Este fator permanece desconhecido.

Já segundo Bonassa e Gato (2012), a incidência de náuseas e vômitos mais alta em mulheres pode ser explicada pelo uso frequente de protocolos com maior potencial emetogênico e pelo baixo consumo de álcool.

Hilarius et al. (2012) observaram que no primeiro ciclo de quimioterapia, pacientes do sexo feminino sofreram significativamente mais náuseas do que os pacientes do sexo masculino. A náusea aguda foi identificada em 48% das mulheres e 18% dos homens e náusea tardia em 75% das mulheres versus 51% dos homens.

Resultados semelhantes foram observados por Tsavaris et al. (1998) no estudo em que as mulheres foram duas vezes mais propensas a desenvolver náuseas do que os homens. Dado também apontado por Sekine et al. (2013) que identificaram os fatores de risco relacionados às pacientes do sexo feminino como significativamente maiores em apresentar NVIQ. Destacaram ainda que na fase aguda, os fatores de risco foram sexo feminino, idade menor que 55 anos e a ingestão não habitual de álcool. Na fase tardia, apenas o sexo feminino foi relacionado como fator de risco para NVIQ.

Idade mais jovem, sexo feminino, nenhum uso de álcool e maior dose de cisplatina foram associados com pior resultado em termos de resposta completa à terapia antiemética, como apontado nos resultados do estudo realizado por Hesketh et al. (2010).

Na categoria fatores relacionados ao tratamento/ fatores farmacológicos, a “*Quimioterapia emetogênica*” esteve presente em 10 (33,3%) estudos e “*Agentes quimioterápicos*” em cinco (16,7%). Estes dados serão apresentados em conjunto, pois apesar dos artigos utilizarem as duas terminologias, o potencial emético já é definido para cada agente quimioterápico (HESKETH et al., 1997).

Alguns fatores que desencadeiam NVIQ estão relacionados com o tratamento, incluindo o regime antiemético instituído, o agente específico, a dose de quimioterapia, a via e a velocidade de administração. As infusões intravenosas curtas induzem mais vômitos do que as infusões prolongadas ou os medicamentos administrados por via oral (BONASSA; GATO, 2012).

Outros fatores são relacionados com os pacientes, incluindo idade, sexo, história de consumo de álcool e história de quimioterapia prévia. Já os fatores associados ao menor risco de vômito incluem idade avançada, sexo masculino, história de etilismo e ausência de episódios de vômitos no ciclo anterior de quimioterapia. De todos esses fatores

preditivos, a emetogenicidade intrínseca da quimioterapia tem se destacado como a mais importante (HESKETH, 1999).

É possível calcular o potencial emetogênico de um esquema de quimioterapia por meio de uma fórmula. A intensidade emetogênica final do composto baseia-se na soma do nível emetogênico do medicamento mais emetogênico do esquema e os outros compostos serão somados da seguinte forma: um composto de nível 1 não aumenta a emetogenicidade total; um ou vários compostos de nível 2 aumenta a emetogenicidade em um nível; um composto de nível 3 ou 4 aumenta a emetogenicidade em um nível por composto (HESKETH et al., 1997).

O potencial emético dos quimioterápicos tem sido associado como um fator desencadeador de náuseas e vômitos principalmente os antecipatórios, há uma longa data, como afirmam Redd e Hendler em estudo realizado em 1984.

Dos fatores de risco para o desencadeamento da náusea encontrados no estudo de Pirri et al. (2011), destaca-se o sexo feminino, a quimioterapia moderada e altamente emetogênica. Para Feinberg et al. (2010) os doentes tratados com quimioterapia altamente emetogênica têm 5,61 vezes mais chances de apresentar NVIQ no primeiro ciclo do que os pacientes tratados com quimioterapia moderadamente emetogênica.

Hickoc et al. (2003) identificaram que, dos 322 pacientes que receberam quimioterapia com regimes contendo cisplatina, carboplatina ou doxorrubicina, considerados quimioterápicos com potencial emético de moderado a alto, 76% experienciaram náusea após o primeiro ciclo, apesar de adequada profilaxia antiemética. Além disso, 147 (46%) pacientes apresentaram náusea de severidade moderada a alta.

Náusea antecipatória também foi significativamente associada com alto nível emetogênico da quimioterapia (AKECHI et al., 2010).

Quanto aos fatores psicológicos/ situacionais, a “*Ansiedade*” foi abordada em nove (30%) estudos, seguida por “*Estímulos condicionados*” abordados em oito (26,7%) estudos e “*Expectativa de náuseas após o tratamento*” em sete (23,3%).

Dos estudos analisados, a ansiedade foi identificada como o antecedente mais frequente. Destaca-se que a náusea é apontada pela NANDA-I (2013) como uma característica definidora do DE Ansiedade.

A ansiedade é uma resposta complexa, que pode ser influenciada pelo modo pelo qual um paciente lida com o câncer. Indivíduos confiantes e seguros em sua capacidade de lidar com o câncer e seus tratamentos podem ser menos ansiosos e, por conseguinte, menos vulneráveis a apresentar náuseas e vômitos (WATSON et al., 1998).

Pacientes relativamente jovens, com idade menor de 50 anos, podem apresentar maior ansiedade ou um nível mais elevado de apreensão geral em relação ao seu tratamento do que os mais idosos. Sugere-se que a ansiedade pode facilitar o desenvolvimento do efeito antecipatório da náusea, como afirma Morrow (1984).

Yap et al. (2012) avaliaram em seu estudo sete sintomas de ansiedade (medo de morrer, medo do pior, incapacidade de relaxar, suores quentes ou frios, nervosismo, fraqueza e dormência), os quais foram identificados como indicadores potenciais de NVIQ dentre os 710 pacientes investigados. Da mesma forma, Booth et al. (2007) afirmaram que o nível de ansiedade pré-tratamento e a expectativa de NVIQ têm forte associação com o desenvolvimento desses sintomas.

No estudo de Blasco et al. (2000) os autores verificaram que a intensidade da náusea está relacionada à variável ansiedade. Os pacientes que relataram alto nível de ansiedade antes de receber a quimioterapia, apresentaram alta intensidade de náusea, independente do sexo, idade, drogas administradas e número de infusões prévias.

Quanto aos “*Estímulos condicionados*” estes estão relacionados ao tipo de aprendizagem em que um estímulo neutro gera uma resposta após ser associado a um estímulo que naturalmente acarreta essa reação. Ivan Pavlov, fisiologista russo realizou um experimento em 1927 pelo qual foi possível demonstrar o condicionamento clássico. Pavlov conectou um tubo à boca de um cachorro para que ele pudesse medir a salivação do animal. A seguir tocou uma campainha e, em alguns segundos depois, permitiu que o cachorro comesse a comida. Essa associação ocorreu repetidamente e foi cuidadosamente planejada para que, cada vez, exatamente a mesma quantidade de tempo se passasse entre o toque da campainha e a apresentação da comida. A princípio, o cão salivava apenas quando a comida estava em sua boca, mas logo começou a salivar ao som da campainha. Quando Pavlov parou de dar comida ao cão, o animal ainda salivava após ouvir o som, com isso o cão havia sido classicamente condicionado a salivar ao som da campainha (RENNER et al., 2011).

O termo condicionado significa aprendido e o termo não-condicionado refere-se ao que não é aprendido, é inato. Estímulo neutro é um estímulo que antes do condicionamento não provocava naturalmente a resposta de interesse. Já estímulo não-condicionado é um estímulo que naturalmente causa uma resposta específica que não tem que ser aprendida (resposta não-condicionada) (RENNER et al., 2011).

O desenvolvimento de náuseas e vômitos antecipatórios tem sido conceituado como o resultado de condicionamento respondente (REDD; ANDRYKOWSKI, 1982). Devido à repetição dos ciclos de quimioterapia, anteriormente considerados estímulos neutros (por exemplo, cheiros, visões e pensamentos do ambiente de tratamento) se tornam estímulos condicionados, que podem provocar as respostas de náuseas, vômitos e ansiedade (NESSE et al., 1980).

Estímulos anteriormente neutros, que são parte do tratamento, tais como as particularidades do ambiente clínico, estão presentes durante o tratamento e são, portanto, associados com a administração de drogas quimioterápicas, que normalmente causam náusea e vômito após o tratamento (resposta incondicionada, que é inerente, natural) na maioria dos pacientes com câncer submetidos ao tratamento quimioterápico emetogênico. Durante o curso de tratamento, a repetição dos ciclos de quimioterapia ocasionam náusea antecipatória como uma resposta condicionada (resposta aprendida) (MORROW; LINDKE; BLACK, 1991).

O desenvolvimento das náuseas e vômitos antecipatórios melhor se adapta ao modelo pavloviano condicionado. Não existem dados sobre o desenvolvimento, a evolução clínica ou o tratamento de eventos adversos de antecipação que estão em desacordo com este modelo. No modelo, um estímulo condicionado, por exemplo, a visão de uma enfermeira da equipe, está emparelhado com um estímulo incondicionado, como por exemplo, a quimioterapia, que produz de forma confiável uma resposta incondicionada como as náuseas (KAMEN et al., 2014).

Após o período de condicionamento, nestes casos os ciclos repetidos de quimioterapia, o estímulo condicionado é capaz de, com o tempo, provocar uma resposta condicionada idêntica à resposta incondicionada. Na situação de um paciente receber quimioterapia, o mesmo encontra-se no local de tratamento rodeado por paisagens, sons e cheiros muitas vezes desconhecidos. Além disso, vários fatores psicológicos, cognitivos e sociais estão presentes durante esta experiência e estes estímulos tornam-se associados com o tratamento quimioterápico e com as náuseas e vômitos subsequentes à infusão dos medicamentos. Depois da repetição dos ciclos nos quais estes estímulos são emparelhados com a experiência de náuseas subsequentes, eles adquirem a capacidade de desencadear uma resposta às náuseas e vômitos, mesmo antes do recebimento da quimioterapia (KAMEN et al., 2014).

O esquema a seguir simplifica e facilita o entendimento do que foi descrito anteriormente:

Antes da quimioterapia: Aspectos do ambiente, odores, vozes da equipe → estímulos neutros.

Após o primeiro ciclo de quimioterapia: Administração de quimioterápicos emetogênicos (estímulo incondicionado) → ocorrência de náusea e vômito (resposta incondicionada).

Ciclos consecutivos de quimioterapia: Aspectos do ambiente, odores, vozes da equipe (estímulo condicionado) → ocorrência de náuseas e vômitos antecipatórios (resposta condicionada).

A “*Expectativa antes do tratamento*” dos pacientes desenvolverem náuseas após a quimioterapia pode desencadear as náuseas antecipatórias consideradas temidas e de difícil controle e que são originadas pelo condicionamento clássico (HICKOK; ROSCOE; MORROW, 2001).

No estudo realizado por Hickok, Roscoe e Morrow (2001) em que avaliaram as expectativas de 63 mulheres com câncer de apresentarem náuseas após os ciclos de quimioterapia, 20 (32%) delas esperavam apresentar náusea como resultado do tratamento e 12 (19%) afirmaram que apresentaram náusea antecipatória antes do terceiro ciclo. Os autores afirmaram que a ocorrência de náusea antecipatória antes do terceiro ciclo foi significativamente associada com a ocorrência de náusea após o primeiro ciclo e a expectativa das pacientes.

As expectativas do desenvolvimento de náuseas avaliadas antes do primeiro ciclo de tratamento previram a ocorrência de náuseas antes do terceiro ciclo de quimioterapia. Nenhuma das mulheres que estavam certas de que não teriam náuseas desenvolveram náuseas antecipatórias, comparadas com 55% das que tinham a certeza de que as teriam (HICKOK; ROSCOE; MORROW, 2001).

A maneira com que os profissionais de saúde transmitem as informações aos pacientes pode interferir na resposta dos mesmos em apresentar ou não expectativa de desenvolver náusea antecipatória (HICKOK; ROSCOE; MORROW, 2001).

Maiores expectativas de apresentar náuseas corresponderam com maior incidência e pico de náuseas após a quimioterapia. Além disso, os pacientes classificados com alto nível de expectativa apresentaram significativamente maior média de ocorrência de náusea quando comparados com aqueles classificados como pouco expectante e os que não apresentaram expectativa (COLAGIURI et al., 2008).

No estudo de Roscoe et al. (2004) a seguinte pergunta foi feita aos pacientes: "Antes de você falar com o seu médico sobre a possibilidade dos eventos adversos da quimioterapia, o que você pensava sobre as chances de você apresentar náuseas severas decorrentes do tratamento?". Como resultado, 31 pacientes responderam que seria muito provável que eles iriam apresentar náuseas e 16 responderam que seria muito improvável. Esta questão foi um preditor robusto de náuseas relacionadas à expectativa dos pacientes, pois 68% dos pacientes que responderam muito prováveis de apresentar náuseas relataram náuseas em comparação com 13% do grupo de pacientes que responderam muito improváveis.

4.2.4.2. Consequências

Foram identificadas 17 consequências da náusea nos estudos da RI (Quadro 14). As mais frequentes foram "*Redução na qualidade de vida*", identificada em 11 (36,6%) estudos, seguido por "*Quimioterapia pode ser adiada, alterada, dose reduzida ou tratamento interrompido*" em oito (26,6%) estudos e "*Diminuição da nutrição/ má nutrição*" em cinco (16,6%).

Quadro 14 - Distribuição das consequências da náusea encontradas nos estudos da RI, segundo frequência absoluta e relativa

Consequências	Identificação dos estudos	N	%
Redução na qualidade de vida	4; 6; 12; 13; 20; 21; 24; 27; 28; 29; 30	11	36,3
Quimioterapia pode ser adiada, alterada, dose reduzida ou tratamento interrompido	1; 4; 18; 20; 22; 23; 24; 28	8	26,7
Diminuição da nutrição / má nutrição	18; 20; 22; 27; 30	5	16,7
Desidratação	2; 7; 28; 30	4	13,3
Desequilíbrio/distúrbio metabólico	2; 7; 22; 30	4	13,3
Anorexia	2; 7; 30	3	10
Compromete a adesão do paciente ao tratamento	27; 30	2	6,7
Desequilíbrio hidroeletrólítico	28; 30	2	6,7
Deterioração das condições físicas e mentais	6; 22	2	6,7
Incapacidade para o trabalho	20; 27	2	6,7
Aumentam os custos do tratamento	30	1	3,3
Aumento da ansiedade	2	1	3,3
Aumento da depressão	2	1	3,3

Continua

Conclusão

Consequências	Identificação dos estudos	N	%
Aversão alimentar	9	1	3,3
Progressão da doença	18	1	3,3
Sofrimento intrínseco	20	1	3,3
Vômitos	5	1	3,3

Quando se avalia o Quadro 14, identifica-se que “*Aversão alimentar*” foi tratada como uma consequência da náusea, no estudo 9, porém também faz parte dos “*Estímulos condicionados*” e neste caso é considerado um antecedente da náusea. Já a NANDA-I (2013) trás “*Aversão à comida*” como característica definidora. Determinadas características não são estáticas e podem tanto contribuir para o enfermeiro elaborar o DE, como também ajudá-lo no planejamento das intervenções.

“*Desidratação*”, “*Distúrbio metabólico*” e “*Desequilíbrio hidroeletrolítico*” foram considerados nos estudos 7, 22 e 28 como consequências tanto da náusea como do vômito. Muitos estudos (BOOTH et al., 2007; CHALLIS; STAM, 1992; CHIN et al., 1992; COHEN et al., 2007; MORROW, 1982; MORROW, 1984a) trouxeram os conceitos de náusea e vômito sempre atrelados, porém é importante tentar mudar este cenário, já que são sintomas distintos, com causas distintas (ROILA, 2010).

A seguir, serão discutidas as três consequências mais frequentes da náusea.

NVIQ agudos e tardios permanecem mal controlados e significativamente interferem na qualidade de vida dos pacientes, afirmam Cohen et al. (2007). No estudo realizado por Gozzo et al. (2013), das 79 mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico, 93% apresentaram náuseas e 87% vômitos pelo menos uma vez durante o tratamento e a qualidade de vida, que foi avaliada por meio do instrumento *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-C30* (EORTC-QLQ-C30), apresentou pequena diminuição.

Colagiuri et al. (2008) concluíram que o aumento na ocorrência das náuseas resultou em pior qualidade de vida após o tratamento, em estudo em que foram incluídas 691 pacientes, sendo a maioria com o diagnóstico de câncer de mama. Os autores avaliaram a qualidade de vida por meio do instrumento *Functional Assessment of Cancer Therapy Scale-General* (FACT-G versão 4) e as informações quanto à severidade das náuseas foram coletadas usando o diário do paciente.

Os resultados do estudo de Pirri et al. (2013) sugerem que o *cluster* de sintomas gastrintestinais, tais como, náuseas, vômitos e perda de apetite tiveram maior impacto negativo na qualidade de vida do que náusea, vômito e perda de apetite individualmente.

Em estudo observacional prospectivo cujos pacientes receberam quimioterapia adjuvante com potencial emetogênico moderado ou alto, foi avaliado o impacto das náuseas induzidas por quimioterapia, o estado nutricional, a qualidade de vida e a angústia psicológica. Contagens totais do instrumento FACT-G variaram de 0 a 108 (maior pontuação indica melhor qualidade de vida). Escores totais dos participantes indicaram deterioração da qualidade de vida, após o início da quimioterapia. Os escores médios foram 83,7 no início do estudo, 77,8 no final do ciclo 1 e 78,4 no final de ciclo 2; esta mudança foi estatisticamente significativa. Resultados estes que indicam que a náusea induzida pela quimioterapia está associada à pior qualidade de vida, estado nutricional e sofrimento psíquico (FARRELL et al., 2013).

No estudo realizado por Fernández-Ortega et al. (2012) o impacto de NVIQ na vida diária dos pacientes foi avaliado no quinto dia após a administração de quimioterapia. Quanto ao impacto na qualidade de vida e a intensidade da náusea, medidos pelo domínio náusea da pontuação *Functional living index-emesis* (FLIE) foram analisados, observou-se uma queda significativa na qualidade de vida que foi associada com náuseas, com uma pontuação média de 36,5 na escala FLIE, que foi marcada por pacientes com náuseas, contra 57,4 por pacientes sem náuseas.

Quanto a consequência “*Quimioterapia pode ser adiada, alterada, dose reduzida ou tratamento interrompido*”, imediatamente pensa-se nos efeitos que as náuseas desencadeiam tanto de ordem física como psicológica. Na medida em que a intensidade e a gravidade das náuseas aumentam, o médico pode optar por postergar a infusão dos quimioterápicos, a fim de que as funções fisiológicas gastrintestinais sejam restabelecidas. Quando esta primeira opção não é alcançada, lança-se mão da mudança do protocolo quimioterápico, que se de um lado não trará o benefício terapêutico esperado, de outro ocasionará menos eventos adversos. Por fim, a depender do comprometimento funcional, levando-se em consideração riscos e benefícios do tratamento, *performance status* do paciente, idade, estadiamento da doença, entre outros, a melhor opção torna-se a interrupção do tratamento. Mais uma vez observa-se que esta decisão envolve além das condições clínicas do paciente, o *cluster* de sintomas relacionados à náusea e não apenas este sintoma isoladamente.

A gestão de sintomas, incluindo náuseas e vômitos, é fundamental para prevenir atrasos no tratamento relacionados com a desidratação ou hospitalizações, afirma Thompson (2012). Segundo Geiger e Wolfgram (2013), experiências de náuseas e vômitos podem levar à ansiedade, restrições na qualidade de vida e redução da adesão à terapia.

Náuseas e vômitos quando intensos, afetam a condição nutricional, o equilíbrio hidroeletrolítico e a qualidade de vida dos pacientes, além de serem fontes de ansiedade e estresse e não raramente contribuem para o abandono do tratamento (BONASSA; GATO, 2012).

Uma forma de gerenciar tais sintomas seria primeiramente conhecer as ações de autocuidado utilizadas pelos pacientes com câncer, durante a quimioterapia, por meio da consulta de enfermagem, avaliá-las e implementar ações específicas para cada toxicidade.

Nesse contexto, espera-se que a investigação inicial do *cluster* de sintomas associados às náuseas e vômitos contribua para o desenvolvimento da assistência de enfermagem com qualidade, principalmente no que tange à realização da consulta de enfermagem de forma sistematizada, visando o preparo e o acompanhamento dos pacientes e familiares diante dos eventos adversos e adesão às ações de autocuidado que preserva a qualidade de vida (GONÇALVES et al., 2009).

A análise de Davidson et al. (2012) demonstrou que a desnutrição está associada com NVIQ, pois as náuseas limitam o consumo alimentar. Estes autores afirmam que pacientes com desnutrição, sobretudo os que estão com sobrepeso podem ser esquecidos durante o tratamento quimioterápico. Diretrizes para a prática baseada em evidências recomendam a implementação de ferramentas de triagem nutricional validados entre pacientes submetidos à quimioterapia para identificar as pessoas em risco de desnutrição, que precisam ser encaminhados à nutricionista.

Pirri et al. (2013), referem-se a náuseas, vômitos e perda do apetite como um *cluster* de sintomas ou grupo de sintomas; este termo se tornou proeminente nas pesquisas sobre qualidade de vida e câncer. Um conjunto de sintomas é composto por dois ou mais sintomas que estão relacionadas entre si e que ocorrem em conjunto. As relações entre os sintomas dentro de um conjunto devem ser mais fortes do que as relações entre os sintomas em diferentes *clusters*. Os sintomas de um grupo podem ou não compartilhar a mesma etiologia. Além disso, podem ser terapeuticamente importantes, pois o tratamento de náuseas e vômitos pode ser afetado ou influenciado por outros sintomas que ocorrem em um grupo.

No estudo realizado por Farrell et al. (2013), o estado nutricional foi avaliado por meio do instrumento *Patient-Generated Subjective Global Assessment* (PG-SGA), cujos dados coletados refere-se a mudanças de peso, alteração na ingestão de alimentos, sintomas gastrintestinais, alteração na capacidade funcional e sinais físicos de desnutrição. Maior pontuação no PG-SGA sugere um maior risco de desnutrição. A proporção de

doentes no final do ciclo 1, que apresentou pontuação maior ou igual a 9 no PG-SGA, indicativo de desnutrição, foi maior naqueles que apresentaram náusea aguda e tardia (58,3 e 79,2%, respectivamente) do que naqueles que não apresentaram estes sintomas (41,7 e 20,8%, respectivamente).

Náusea induzida pela quimioterapia tem alto impacto sobre o estado nutricional e atividades de vida diária, podendo prejudicar a qualidade de vida. Por ser a náusea um sintoma-chave associado a outros sintomas, como o vômito, é imperativo que maior atenção seja dada ao seu controle tanto por meio de medidas farmacológicas, quanto por medidas não farmacológicas, como intervenções nutricionais (GRIDELLI et al., 2010).

Estudo prospectivo exploratório realizado por Molassiotis et al. (2012), no qual um dos objetivos foi avaliar o impacto da náusea na qualidade de vida, a angústia psicológica e o estado nutricional dos pacientes, concluiu que a avaliação da náusea em um *cluster* de sintomas acarreta um maior impacto tanto na qualidade de vida como no estado nutricional. Afirmam também que o impacto clínico da náusea pode ser subestimado, se os sintomas são vistos isoladamente e não como um conjunto inter-relacionado.

Os sintomas gastrintestinais mais comuns relatados pelos pacientes do estudo realizado por Sánchez-Lara et al. (2013) foram náusea (59,6%) e anorexia (46%). Pacientes que tiveram perda de peso maior que 5% apresentaram associação significativa à ocorrência de náuseas, vômitos e anorexia. Além disso, a localização do tumor primário, história de perda de peso e sintomas gastrintestinais foram fatores determinantes do estado nutricional dos pacientes. Conclui-se que a avaliação nutricional deve ser incluída no tratamento de pacientes com câncer.

4.2.5. Oitava etapa da análise de conceito: Definição de referenciais empíricos

A identificação dos referenciais empíricos é a última etapa da Análise de Conceito e no Quadro 15 estão apresentadas as estratégias usadas pelos autores dos artigos da RI para identificar, mensurar e graduar a náusea.

O diagnóstico de náusea é clínico, baseado na história relatada pelo paciente e seus familiares, uma vez que se trata de uma sensação subjetiva. Por outro lado, o uso de instrumentos padronizados como ferramentas para sistematizar a avaliação de náuseas e vômitos pode facilitar a autoavaliação, além de possibilitar a uniformização tanto dos registros como dos tratamentos realizados (ABCP, 2011).

Pode-se observar que os três referenciais empíricos mais adotados por estes autores, foram: “*Diário do paciente*” em 10 (33,3%) estudos, “*Escala Visual Analógica (EVA)*” também em 10 (33,3%) estudos e “*Entrevista*” utilizada em oito (26,6%) estudos.

Quadro 15 - Distribuição dos referenciais empíricos da náusea nos estudos da RI, segundo frequência absoluta e relativa

Referenciais empíricos	Identificação dos estudos	N	%
Diário do paciente	11; 13; 14; 19; 20; 23; 25; 26; 27; 30	10	33,3
Escala Visual Analógica (EVA)	3; 4; 7; 9; 15; 19; 21; 23; 26; 30	10	33,3
Entrevista	1; 2; 10; 17; 20; 22; 26; 29	8	26,7
Questionário	4; 6; 16; 19; 20; 27; 28	6	20
Morrow Assessment of Nausea and Emesis (MANE)	2; 16; 17; 18; 24; 29	6	20
Escala de 0 a 3 pontos	11; 14	2	6,7
Escala Likert de 5 pontos	13; 25	2	6,7
Entrevista por telefone	4; 26	2	6,7
History of Nausea and Vomiting Questionnaire (HNVQ)	4; 9	2	6,7
Side Effect Expectancy Questionnaire (SE-EXPECT)	3 ; 23	2	6,7
Classificação WHO	14	1	3,3
Classificação de Gralla	14	1	3,3
Gravação em fita de vídeo	6	1	3,3
Inspeção visual	5	1	3,3
Index of Nausea and Vomiting (INV) Form 2	8	1	3,3
Symptom Experience and Expectation Interview Schedule (SEEIS)	8	1	3,3

Os “*Diários do paciente*” são claramente o método preferido para averiguar NVIQ em ensaios clínicos e estudos prospectivos e observacionais (FEINBERG et al., 2010); entretanto, na maioria (80%) dos estudos analisados não há descrição das informações coletadas nestes diários. Além disso, os estudos analisados não mencionam se o uso dos diários é ou não um método válido e confiável para a realização de pesquisas que avaliam o sintoma náusea entre os pacientes em tratamento quimioterápico.

No estudo de Shih, Wan e Chan (2009), foi usado um diário padronizado para coletar as informações quanto aos eventos clínicos, incluindo o número de episódios de

náuseas e vômitos nos primeiros cinco dias, iniciando depois da administração da quimioterapia.

No estudo realizado por Tsavaris et al. (1998), os pacientes completaram um cartão diário durante todo o curso de quimioterapia incluindo fins de semana em relação aos episódios do vômito, presença, duração e intensidade de náusea. Náusea foi avaliada primeiramente recordando a presença ou ausência e por uma escala de 0 a 3, sendo que: 0 (ausência de náusea); 1 (não contínua); 2 (contínua, mas permite atividades básicas, paciente precisa repousar às vezes); 3 (contínua, paciente permanece a maior parte do tempo acamado). Para a graduação de náuseas e vômitos foi usada a classificação *World Health Organization* (WHO), onde 0: nenhum episódio emético; 1: apenas náusea; 2: êmese temporária; 3: menos que 15 episódios eméticos; 4: mais que 15 episódios eméticos.

A “EVA” tem sido utilizada para medir uma variedade de respostas subjetivas, tais como dor, qualidade do sono, fadiga e náusea. Pode ser apresentada como um quadro ou uma linha com 10 cm de comprimento, sendo que a extremidade esquerda refere-se à zero ou “ausência do sintoma” e a direita refere-se a 10 ou “sintoma insuportável”. Os pacientes são convidados a fazer uma marca na linha ou assinalar um valor no quadro que representa o nível de intensidade dos sintomas percebidos (BOOGAERTS et al., 2000). Abaixo, nas figuras 3 e 4 estão ilustrados dois tipos representativos da EVA.

Figura 3 - Escala Visual Analógica para avaliação de náuseas

Figura 4 - Escala Visual Analógica para avaliação de náuseas, segundo Pompeo (2012)

Ausência de náusea: 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Pior náusea sentida: 10
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------

A escolha da escala a ser usada deve ser baseada na necessidade e na situação particular. Ao medir a intensidade de náusea em pacientes, a EVA é uma escolha razoável, devido à sua maior capacidade para detectar mudanças ao longo do tempo (BÖRJESON et al., 1997).

A ocorrência de náusea foi avaliada no estudo de Shih, Wan e Chan (2009) usando uma escala numérica, cujo intervalo é de 0 a 10, derivada de uma EVA horizontal de 100 mm. A severidade das náuseas foi categorizada como: nenhuma (classificação de 0), leve (1 a 3), moderada (4 a 6) e grave (7 a 10).

Já no estudo de Glaus et al. (2004) todos os pacientes mantiveram um diário no qual anotavam os episódios de náuseas e vômitos que ocorriam entre os dias um e cinco após a administração da quimioterapia, com data e horário. Os pacientes também descreviam qualquer terapia antiemética usada, com nome, dosagem, horário e data da ocorrência entre os dias um e cinco após a quimioterapia. Os diários foram validados em diversos idiomas.

A “*Entrevista*” consiste em uma técnica de coleta de dados, em que o pesquisador tem um contato direto com o entrevistado. É fundamental quando se objetiva mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados. Se for realizada adequadamente, permitirá ao pesquisador fazer uma espécie de mergulho em profundidade, coletando indícios dos modos como cada um daqueles sujeitos percebe e significa sua realidade (DUARTE, 2004).

A realização de uma boa entrevista exige que o pesquisador/entrevistador tenha bem definidos os objetivos da pesquisa, que conheça com alguma profundidade, o contexto em que pretende realizar sua investigação, a introjeção do roteiro da entrevista, segurança e autoconfiança, algum nível de informalidade, sem jamais perder de vista os objetivos que levaram a buscar aquele sujeito específico como fonte de material empírico para sua investigação (DUARTE, 2004).

No estudo de Molassiotis et al. (2002), os sujeitos participaram de uma entrevista para avaliar os fatores relacionados à propensão de náuseas e vômitos. Já no estudo de Pradermdee et al. (2006) a entrevista foi realizada buscando identificar o impacto da interferência da náusea nas atividades de vida diárias, desde o controle completo deste sintoma até a maior gravidade com o paciente acamado devido a náuseas. Porém, nos dois estudos citados, os autores não fazem referência de como esse sintoma foi graduado.

A entrevista direta (pessoa-a-pessoa) também foi utilizada como coleta de dados no estudo de Hassan e Yusoff (2010). A entrevista direta ajudou na coleta de dados precisos, que são passíveis de metodologia qualitativa. Porém, no artigo citado, a entrevista foi realizada em associação com formulário estruturado contendo perguntas mistas desenvolvidas com base em questões padronizadas de um modelo padrão global que é o “*Morrow Assessment of Nausea and Emesis*” (MANE). A confiabilidade do questionário utilizado por este estudo foi testada usando Pearson e teste alfa de Cronbach após um estudo piloto em 40 pacientes com câncer de mama que sofriam de náuseas e vômitos.

O MANE reúne medidas de auto-relato dos pacientes, nas dimensões de frequência, severidade e duração de náuseas e vômitos antecipatórios, bem como severidade e duração destes no pós-tratamento. Náuseas antecipatórias foram avaliadas por meio de três questões distintas: "Você experimentou náusea antes do primeiro (ou mais recente, dependendo o ciclo que estava sendo avaliado) tratamento de quimioterapia?" (sim / não); "Como você descreve a sua pior náusea antes do tratamento?" (Indicado por um círculo em um número de "1" a "6", sendo 1: "Muito suave", 2: "Suave", 3: "Moderado", 4: "Grave", 5: "Muito grave" e 6: "Intolerável"), e " Quantas horas antes do ciclo que a náusea ocorre?" (número total de horas). Náusea pós-quimioterapia também foi avaliada com perguntas: "Você sentiu náuseas durante ou depois do seu primeiro (ou mais recente, dependendo qual ciclo estava sendo avaliado) ciclo de quimioterapia?" (sim / não); "Quanto tempo durou a última náusea?" (número total de horas); e "Como você descreveria a sua pior náusea?" (As escolhas da mesma forma que para os sintomas de antecipação) (MORROW, 1992).

A fidedignidade dos resultados dos referenciais empíricos usados na mensuração da náusea pode ser contestada, pois os dados são recordatórios, ou seja, o paciente se lembra de um episódio que ocorreu no passado. Por ser a náusea um sintoma subjetivo e o tratamento quimioterápico ser realizado na maioria das vezes em esquema ambulatorial, as náuseas, principalmente as tardias, não são presenciadas na maior parte do tempo pelo observador, o que dificulta a coleta de informações precisas para a realização de pesquisas que explorem e investiguem seus atributos definidores, ou seja, sinais e sintomas da náusea. Tal afirmação pôde ser constatada com os resultados da RI.

4.3. Comparação dos componentes do DE Náusea encontrados nos estudos da RI com os da NANDA-I, edição de 2012-2014.

4.3.1. Definição

No resultado da análise dos estudos incluídos na RI, foi possível identificar na introdução de seis estudos a definição de náusea, porém os autores desses artigos citaram outros estudos para estabelecer a definição. Foram citados 18 artigos. No quadro 16, estão apresentadas as definições de náusea de acordo com os artigos revisados.

Quadro 16 - Definições da Náusea segundo a NANDA-I, edição de 2012-2014 e os estudos da RI

Definição de Náusea*	Fonte
Um fenômeno subjetivo de uma sensação desagradável , na parte de trás da garganta e no estômago , que pode ou não resultar em vômito .	NANDA-I 2012-2014
Náusea antecipatória é uma resposta condicionada a uma ou mais características do ambiente (estímulo condicionado) associado com a administração de quimioterapia emetogênica (estímulo não condicionado), relativamente independente das expectativas do paciente quanto ao tratamento quimioterápico (CAREY; BURISH, 1988; JACOBSEN; REDD, 1988; MORROW, BLACK, 1991; MORROW, DOBKIN, 1988; REDD, 1989).	Estudo 4
A náusea é uma resposta comum, desagradável e subjetiva ao movimento excessivo, toxinas e ao tratamento do câncer por meio de drogas quimioterápicas (MORROW, 1984a; REDD et al., 1991; MORROW; BLACK; DUDGEON, 1991).	Estudo 5
Náusea é uma sensação onipresente, altamente aversiva, desagradável , e pode ser causada por uma ampla variedade de fatores, como: movimento, toxinas, gravidez, emoções fortes, estados metabólicos alterados, e tratamentos de câncer (ANDREWS; RAPEPORT; SANGER, 1988; COATES et al., 1983; MORROW, 1984b; MORROW et al., 1982; MORROW, DOBKIN, 1987; MORROW et al., 1996; MORROW; LINDKE; BLACK, 1992; MORROW; ROSENTHAL, 1996).	Estudo 12
Náusea é uma sensação desagradável , subjetiva , que pode sinalizar vômito iminente e que é acompanhada por mudanças na atividade do sistema nervoso autônomo (atividade parassimpática), tônus gástrico e peristaltismo (ALLAN, 1987), é relatado por 78% dos pacientes oncológicos (MORROW et al., 1998).	Estudo 13

Continua

Conclusão

Definição de Náusea*	Fonte
Náusea é uma sensação desagradável, subjetiva , que pode provocar vômitos , é um dos mais frequentes e problemáticos efeitos adversos relatados pelo paciente oncológico durante o tratamento quimioterápico (MORROW; ROSCOE; HICKOK, 1998; SCHWARTZBERG, 2006).	Estudo 24
As náuseas referem-se a uma sensação desagradável na parte posterior da garganta e do estômago que podem causar vômitos (HUERTAS-FERNÁNDEZ, 2010).	Estudo 28

* Definições traduzidas dos artigos da RI pelos autores deste estudo.

Ao comparar as definições encontradas nos estudos avaliados com a da NANDA-I (2013), observa-se que a palavra “desagradável” esteve presente em cinco dos seis estudos; a palavra “subjetivo (a)” e o termo “pode causar vômito” em três e o termo “parte de trás da garganta e no estômago” em um.

Para Carpenito-Moyet (2012), náusea é definida como o estado em que o indivíduo apresenta uma sensação **desagradável**, em onda, na **parte posterior da garganta**, no epigástrico ou no abdome que **pode ou não levar ao vômito**. Importante ressaltar que esta autora ao abordar os fatores relacionados ao tratamento, refere-se a “relacionados a efeitos da quimioterapia” e ao descrever este DE, menciona o tratamento quimioterápico em outros momentos. Observa-se nesta definição a repetição de “desagradável”, “parte posterior da garganta” e “pode levar ao vômito”.

Náusea é a sensação desagradável associada à **necessidade de vomitar** (LAGES et al., 2005), o termo “necessidade de vomitar” se assemelha a “pode levar ao vômito”.

Molassiotis et al. (2008b), em estudo qualitativo, apresentaram a definição de náusea na percepção dos pacientes. Os participantes identificaram náuseas como sendo um sintoma difícil de descrever. Eles descreveram as náuseas em termos de uma sensação física localizada em uma determinada parte do corpo. Duas categorias específicas de definições de náuseas surgiram: sentindo **necessidade de vomitar** e sensações (como uma dor, mal-estar, sentimentos instáveis **localizados no estômago**, e em um participante, também no peito).

A definição de náusea de acordo com o estudo de Rhodes e McDaniel (1997) foi a seguinte: a náusea é um reflexo de proteção contra a ingestão de toxinas e é definida como um fenômeno **subjetivo** de uma **desagradável** sensação no epigástrico e na **parte posterior da garganta** que **pode** ou não **culminar em vômitos**.

Segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a definição de náusea é a seguinte: “Sensação desagradável no estômago, geralmente acompanhada pelo impulso de

vomitar. Entre as causas comuns estão gravidez inicial, enjoo por movimento e mar, estresse emocional, dor intensa, intoxicação alimentar e várias enteroviroses”¹.

Observa-se com esta análise que a definição trazida pela NANDA-I (2013) é adequada para os pacientes em tratamento quimioterápico. Entretanto, nesta definição, a quimioterapia não é citada como uma causa (fatores relacionados), apesar de inúmeros estudos, com diferentes delineamentos, objetivos e desfechos serem encontrados sobre esta temática.

4.3.2. Características definidoras

No quadro 17 estão apresentadas as comparações das características definidoras da NANDA-I (2013) com os atributos definidores encontrados nos estudos da RI.

Quadro 17 - Distribuição das características definidoras do DE Náusea propostos pela NANDA-I, edição de 2012-2014 e os encontrados nos artigos da RI, segundo frequência absoluta e relativa

Características Definidoras	Identificação dos estudos	N	%
Aversão à comida	9	1	3,3
Deglutição aumentada	--	---	---
Relato de gosto amargo na boca	--	---	---
Relato de náusea	4; 6	2	6,7
Salivação aumentada	7; 12	2	6,7
Sensação de vontade de vomitar	--	---	---

Observa-se acima, que das seis características definidoras do DE Náusea da NANDA-I (2013), três (50%) foram citadas nos estudos analisados: “*Aversão à comida*”, “*Relato de náusea*” e “*Salivação aumentada*”. Não foram identificados atributos definidores entre os artigos da RI referentes a: “*Deglutição aumentada*”, “*Relato de gosto amargo na boca*” e “*Sensação de vontade de vomitar*”.

Destaca-se que nos resultados da RI foram encontrados os atributos definidores “*Suar/transpirar*”, “*Sentir-se morno ou quente*”, “*Sentir fraqueza*”, “*Palidez*”, “*Dilatação pupilar*”, “*Motilidade intestinal*”, “*Taquicardia*”, “*Secreção de ácido gástrico*”, “*Aperto no estômago*”, “*Fazer careta*”, “*Cobrir a boca*” e “*Pedir ajuda*” que não são apresentados na NANDA-I (2013).

¹ <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>

Como discutido anteriormente, “*Aversão à comida*” ou aversão alimentar é um estímulo condicionado que foi classificado tanto como consequência da náusea como antecedente nos estudos da RI.

No estudo de validação do DE Náusea no período pós-operatório imediato realizado por Pompeo (2012), “*Relato de náusea*” foi considerada uma das características definidoras principais pelos expertos na etapa de validação de conteúdo e a principal pelos pacientes, na etapa de validação clínica.

“*Salivação aumentada*” ou sialorréia foi outro atributo definidor encontrado. De acordo com a definição de náusea pelos autores Morrow e Rosenthal (1996), ela é habitualmente acompanhada de sintomas autonômicos como sudorese fria, hipotonia gástrica, refluxo do conteúdo intestinal para o estômago, entre outros.

Diante destes resultados, ou seja, da pequena quantidade de dados e compatibilidade de informações entre as características definidoras do DE Náusea e os atributos definidores deste conceito encontrados nos estudos da RI, percebe-se o quão necessários são os estudos que investiguem esta temática nesta população.

4.3.3. Fatores relacionados

Os fatores relacionados para o DE Náusea na NANDA-I (2013) e os identificados nos estudos analisados na RI estão apresentados no Quadro 18.

Quadro 18 - Distribuição dos fatores relacionados do DE Náusea propostos pela NANDA-I, edição de 2012-2014, encontrados nos artigos da RI, segundo frequência absoluta e relativa

Fatores Relacionados	Identificação dos estudos	N	%
Doença do movimento*	2; 5; 10; 12; 13; 16; 17; 20; 25; 26; 27	11	36,7
Distensão da cápsula do fígado	---	---	---
Distensão da cápsula esplênica	---	---	---
Distensão gástrica	---	---	---
Distúrbios bioquímicos (p. ex., uremia, cetoacidose diabética)	---	---	---
Doença de Menière	---	---	---
Doença esofágica	---	---	---
Doença pancreática	---	---	---
Dor	---	---	---
Gravidez	12; 13; 20; 25; 27	5	16,7
Irritação gástrica	---	---	---

Continua

Conclusão

Fatores Relacionados	Identificação dos estudos	N	%
Labirintite	17	1	3,3
Meningite	---	---	---
Pressão intracraniana aumentada	---	---	---
Toxinas (p. ex., peptídeos produzidos por tumores, metabólitos anormais devido ao câncer)	5; 12	2	6,7
Tumores intra-abdominais	---	---	---
Tumores localizados (p. ex., neuroma do acústico, tumores cerebrais primários ou metástases ósseas na base do crânio)	---	---	---
Medicamentos	3; 16; 19; 20; 22	5	16,7
Ansiedade	1; 3; 10; 15; 16; 17; 24; 26; 27	9	30
Dor	---	---	---
Estímulo visual desagradável	1; 2; 6	3	10
Fatores psicológicos	---	---	---
Medo	---	---	---
Odores nocivos	1; 6	2	6,7
Sabor nocivo	---	---	---

*A palavra *cinetose*, encontrada na lista de fatores relacionados da NANDA-I (2013) é sinônimo de *doença do movimento*, termo encontrado nos artigos da RI.

Observa-se no quadro 18, que dos 25 fatores relacionados do DE Náusea da NANDA-I (2013), apenas oito (32%) foram citados nos estudos analisados: “*Doença do movimento*”, “*Gravidez*”, “*Labirintite*”, “*Toxinas*”, “*Medicamentos*”, “*Ansiedade*”, “*Estímulo visual desagradável*” e “*Odores nocivos*”.

Não foram identificados fatores relacionados entre os artigos da RI referentes a: “*Distensão da cápsula do fígado*”, “*Distensão da cápsula esplênica*”, “*Distensão gástrica*”, “*Distúrbios bioquímicos*”, “*Doença de Menière*”, “*Doença esofágica*”, “*Doença pancreática*”, “*Dor*”, “*Irritação gástrica*”, “*Meningite*”, “*Pressão intracraniana aumentada*”, “*Tumores intra-abdominais*”, “*Tumores localizados*”, “*Dor*”, “*Fatores psicológicos*”, “*Medo*” e “*Sabor nocivo*”.

Destaca-se que nos resultados da RI foi encontrada uma grande quantidade de fatores relacionados que não são apresentados na NANDA-I (2013), tanto relacionados ao paciente, ao tratamento, como psicológicos. São eles: “*Idade (abaixo de 50 anos)*”, “*Sexo feminino*”, “*Baixo consumo de álcool*”, “*Performance status*”, “*Perda de peso*”, “*Radioterapia na parte superior do abdome*”, “*Exposição prévia à radioterapia em qualquer segmento corporal*”, “*Estado metabólico alterado*”, “*Catecolaminas*”, “*Gosto de medicamentos durante as infusões*”, “*Predisposição individual*”, “*Suscetibilidade à*

ingestão de determinados alimentos”, “Qualidade de vida afetada”, “Altos níveis de noradrenalina”, “Câncer de cabeça e pescoço”, “Doença avançada”, “Susceptibilidade a condicionabilidade do sistema nervoso autônomo”, “Potencial emético do quimioterápico”, “Doses dos quimioterápicos”, “Número de ciclos recebidos ou exposição prévia à quimioterapia”, “Uso de antieméticos”, “Tipo de antieméticos prescritos”, “Combinação de agentes quimioterápicos”, “Velocidade de infusão do quimioterápico”, “Expectativa de náuseas após o tratamento”, “Estresse psicológico geral”, “Suporte/conflito familiar”, “Náusea nos ciclos anteriores”, “Severidade da náusea no ciclo anterior”, “Expectativa de resposta ao tratamento”, “Experiência prévia com quimioterapia”, “Vômitos nos ciclos anteriores”, “Depressão”, “Adaptação ao câncer”, “Traços de personalidade” e “Fatores psicossociais”.

Foram encontradas diferenças de terminologias usadas nos artigos analisados em relação a NANDA-I (2013). O fator relacionado *“Fatores psicológicos”* apresentado pela NANDA-I (2013) não está especificado, porém apresenta *“Medo”* e *“Ansiedade”* separadamente. Entretanto, nos estudos analisados, estes fatores são descritos separadamente e são eles: *“Ansiedade”, “Estímulos condicionados”, “Expectativa de náuseas após o tratamento”, “Angústia”, “Estresse psicológico geral”, “Suporte/conflito familiar”, “Expectativa de resposta ao tratamento”, “Depressão”, “Adaptação ao câncer”, “Traços de personalidade” e “Fatores psicossociais”.*

O mesmo pode-se dizer sobre o fator relacionado *“Sabor nocivo”* da NANDA-I (2013) que entre os estudos da RI encontraram-se os termos *“Gosto de medicamentos durante as infusões”* e *“Aversão alimentar”*.

Ao abordar os fatores relacionados, identifica-se uma grande diferença entre o que a NANDA-I (2013) aponta como sendo fatores relacionados e o que são encontrados na literatura.

Diante dos resultados expostos acima e da incidência de náusea nos pacientes oncológicos em quimioterapia, pode-se afirmar o quão relevante é o conceito náusea para o tratamento quimioterápico. Portanto, considera-se de suma importância a inclusão do termo *“tratamento quimioterápico”* ou *“quimioterapia”* junto aos fatores relacionados do DE Náusea da NANDA-I.

5. CONCLUSÃO

5. CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu a identificação, por meio de uma RI, dos elementos necessários à análise de conceito do DE Náusea no tratamento quimioterápico, tais como, atributos definidores, antecedentes, consequências e referenciais empíricos, além da elaboração do caso modelo e dos casos adicionais.

Os 14 atributos definidores identificados foram: suar/transpirar, sentir-se morno ou quente, relato de náusea, sentir fraqueza, salivação, palidez, dilatação pupilar, motilidade intestinal, taquicardia, secreção de ácido gástrico, aperto no estômago e fazer careta. O mais frequente foi suar/transpirar.

Foi desenvolvido um caso-modelo cujo DE Náusea foi representado; em relação aos casos adicionais, foi desenvolvido um caso-relacionado abordando o DE Ansiedade e um caso-contrário.

Quanto aos antecedentes, foram identificados 44 nos estudos analisados. Foram: doença do movimento, gravidez, labirintite, toxinas, medicamentos, ansiedade, estímulo visual desagradável, odores nocivos, idade abaixo de 50 anos, sexo feminino, baixo consumo de álcool, *performance status*, perda de peso, radioterapia na parte superior do abdome, exposição prévia à radioterapia em qualquer segmento corporal, estado metabólico alterado, catecolaminas, gosto de medicamentos durante as infusões, predisposição individual, suscetibilidade à ingestão de determinados alimentos, qualidade de vida afetada, altos níveis de noradrenalina, câncer de cabeça e pescoço, doença avançada, suscetibilidade a condicionabilidade do sistema nervoso autônomo, potencial emético do quimioterápico, doses dos quimioterápicos, número de ciclos recebidos ou exposição prévia à quimioterapia, uso de antieméticos, tipo de antieméticos prescritos, combinação de agentes quimioterápicos, velocidade de infusão do quimioterápico, expectativa de náuseas após o tratamento, estresse psicológico geral, suporte/conflito familiar, náusea nos ciclos anteriores, severidade da náusea no ciclo anterior, expectativa de resposta ao tratamento, experiência prévia com quimioterapia, vômitos nos ciclos anteriores, depressão, adaptação ao câncer, traços de personalidade e fatores psicossociais.

Os mais frequentes relacionados ao paciente, ao tratamento ou psicológicos, foram: idade jovem (abaixo de 50 anos), doença do movimento, sexo feminino, quimioterapia emetogênica, agentes quimioterápicos, ansiedade, estímulos condicionados e expectativa de náuseas após o tratamento.

Em relação as consequências, foi possível identificar 17, tais como: redução na qualidade de vida, quimioterapia pode ser adiada, alterada, dose reduzida ou tratamento interrompido, diminuição da nutrição/má nutrição, desidratação, desequilíbrio/distúrbio metabólico, anorexia, desequilíbrio hidroeletrólítico, compromete a adesão do paciente ao tratamento, incapacidade para o trabalho, deterioração das condições físicas e mentais, aumento da ansiedade, aumento da depressão, progressão da doença, aversão alimentar, sofrimento intrínseco, aumenta os custos do tratamento e vômitos. As mais frequentes foram: redução na qualidade de vida, quimioterapia adiada, alterada, dose reduzida ou tratamento interrompido e diminuição da nutrição/má nutrição.

Foram identificados 16 referenciais empíricos, a saber: diário do paciente, EVA, entrevista, questionário, MANE, SE-EXPECT, escala de 0 a 3 pontos, escala Likert de 5 pontos, HNVQ, inspeção visual, gravação em fita de vídeo, SEEIS, INV Form 2, classificação WHO e classificação de Gralla. Diário do paciente, entrevista e EVA foram os mais frequentes.

Posteriormente, procedeu-se à comparação da definição do DE Náusea da NANDA-I, edição de 2012-2014, com as definições de náusea encontradas nos estudos da RI. Foram seis os estudos que trouxeram a definição de náusea na introdução, e observou-se que os estudos citavam outros autores.

A comparação dos atributos definidores da náusea relacionada à quimioterapia na literatura com as características definidoras do DE Náusea da NANDA-I, edição de 2012-2014 resultou em três características: aversão à comida, relato de náusea e salivação aumentada.

Já em relação à comparação dos antecedentes da náusea relacionada à quimioterapia na literatura com os fatores relacionados do DE Náusea da NANDA-I, edição de 2012-2014, a similaridade foi em relação aos seguintes: doença do movimento, gravidez, labirintite, toxinas, medicamentos, ansiedade, estímulo visual desagradável e odores nocivos.

Esta análise de conceito possibilitou a percepção de que a definição de náusea da NANDA-I, edição de 2012-2014, é adequada para a população investigada, mas o termo “tratamento quimioterápico” ou a palavra “quimioterapia” devem ser incluídos à lista de fatores relacionados do DE Náusea da NANDA-I.

As informações referentes às características definidoras do DE Náusea e os atributos definidores deste conceito são incipientes, o que se tornam necessárias mais pesquisas neste contexto.

Também fica evidente que há necessidade de que os enfermeiros investiguem os antecedentes deste conceito e elaborem um planejamento da assistência embasados em todos os elementos que o envolve – atributos definidores, consequências, referenciais empíricos – atentando ao fato de que esta investigação e o planejamento devem ser individualizados.

Além disso, permite que um estudo de validação do DE Náusea nessa população seja desenvolvido, pois a primeira etapa já foi concluída.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo diante da transição histórica, muitos fatores associados à náusea no tratamento quimioterápico foram identificados tanto nos artigos de décadas passadas quanto entre os atuais. Fazer a busca nas bases de dados sem limitar período foi essencial para esta conclusão.

Apesar dos avanços na indústria farmacêutica, no que se refere ao desenvolvimento de novos agentes antieméticos, na prática clínica e nas pesquisas, ainda observa-se um controle ineficaz da náusea. Mesmo com o conhecimento de que náuseas e vômitos são fenômenos distintos, o enfoque das pesquisas ainda é centrado no manejo e controle dos vômitos.

A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nos serviços que atendem o paciente oncológico durante o tratamento quimioterápico, pode ser um facilitador para o controle e a prevenção mais eficiente das náuseas induzidas pela quimioterapia.

Importante considerar que o melhor método para evitar o desenvolvimento de náuseas e vômitos antecipatórios é prevenir de forma adequada estes sintomas, desde a primeira exposição à quimioterapia.

Além disso, o enfermeiro deve investir na realização de pesquisas que abordem a prevenção e o controle da náusea nesta clientela, para que o planejamento da assistência englobe também o manejo não-farmacológico deste evento.

Ainda neste contexto, deve-se considerar a inexistência na NANDA-I do DE **Risco de Náusea**, o qual seria pertinente aos pacientes que iniciarão o tratamento quimioterápico. O planejamento da assistência de enfermagem deve levar em consideração os fatores de risco individuais, além do potencial emetogênico do esquema proposto. Pensar em uma forma de preveni-la seria planejar e implementar ações antes do primeiro ciclo de quimioterapia, ou seja, nestas situações o DE Risco de Náusea seria mais apropriado.

Não é pretensão deste estudo sugerir a inclusão de um novo DE a NANDA-I, porém estudos futuros acerca desta temática, com bibliografia recente, que incluíssem pesquisas realizadas em diferentes países poderiam sustentar essa afirmação. Por outro lado, considera-se importante, neste momento, a inclusão do antecedente “tratamento quimioterápico” ou “quimioterapia” à lista de fatores relacionados da NANDA, como dito anteriormente.

Destaca-se a importância dos estudos de validação dos DE, em que nas etapas de validação de conteúdo (cujos sujeitos são os expertos no tema estudado) e validação clínica (cujos sujeitos são os pacientes em tratamento quimioterápico) poderão contribuir para a diferenciação destes termos.

Este trabalho poderá ser norteador para o desenvolvimento das outras etapas do processo de validação do DE Náusea no tratamento quimioterápico.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS²

ALLAN, S. G. Mechanisms and management of chemotherapy-induced nausea and vomiting. **Blood rev.**, Edinburgh, v. 1, p. 50-7, 1987.

AKECHI, T. et al. Anticipatory nausea among ambulatory cancer patients undergoing chemotherapy: Prevalence, associated factors, and impact on quality of life. **Cancer sci.**, Tokyo, v. 101, n. 12, p. 2596-600, 2010.

ANDRADE, M. et al. Prevenção de reações de pele devido a teleterapia em mulheres com câncer de mama: revisão integrativa. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0104-1169&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 fev. 2014.

ANDRADE, N. A. **Fragilidade em idosos**: análise conceitual. 2010. 97 f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

ANDREWS, P. L.; RAPEPORT, W. G.; SANGER, G. J. Neuropharmacology of emesis induced by anti-cancer therapy. **Trends pharmacol. sci.**, Amsterdam, v. 9, p. 334-41, 1988.

ANDREWS, P. L.; SANGER, G. J. Abdominal vagal afferent neurons: an important target for the treatment of gastrointestinal dysfunction. **Curr. Opin. Pharmacol.**, Oxford, v. 2, p. 650-6, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS (ABCP). Consenso Brasileiro de Náuseas e Vômitos. **Rev. Bras. Cuid. Paliativos**, São Paulo, v. 3, n. 3, p.1-35, 2011.

BARROS, K. M. **Revisão do diagnóstico de enfermagem integridade tissular prejudicada**: uma análise de conceito. 2012. 138 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

BASCH, E. et al. Antiemetics: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. **J. clin. oncol.**, New York, v. 29, n. 31, 2011.

BECKER, J.; NARDIN, J. M. Utilização de antieméticos no tratamento antineoplásico de pacientes oncológicos. **R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 18-22, 2011.

BEYEA, S.; NICOLL, L.H. Writing an integrative review. **AORN j.**, Denver, v. 67, n. 4, p. 877-80, 1998.

BLASCO, T. et al. The role of anxiety and adaptation to illness in the intensity of postchemotherapy nausea in cancer patients. **Span. j. psychol.**, Madrid, v. 3, n.1, p. 47-52, 2000.

² De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

BLOECHL-DAUM, B. et al. Delayed nausea and vomiting continue to reduce patients' quality of life after highly and moderately emetogenic chemotherapy despite antiemetic treatment. **J. clin. oncol.**, New York, v. 24, n. 27, p. 4472-8, 2006.

BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2012.

BOOTH, C. M. J. Chemotherapy-induced nausea and vomiting in breast cancer patients: a prospective observational study. **J. support. oncol.**, Huntington, v. 5, n. 8, p. 374-80, 2007.

BOOGAERTS, J.G. et al. Assessment of postoperative nausea using a visual analogue scale. **Acta anaesthesiol. scand.**, Copenhagen, v. 44, p. 470-4, 2000.

BÖRJESON, S. et al. Similarities and differences in assessing nausea on a verbal category scale and a visual analogue scale. **Cancer nurs**, New York, v. 20, n. 4, p. 260-6, 1997.

BRANDAU, R.; MONTEIRO, R.; BRAILE, D. M. Importância do uso correto dos descritores nos artigos científicos. **Rev. bras. cir. cardiovasc.**, São Paulo, v. 20, n.1, p. VII-IX, 2005. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382005000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2013.

BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. 2nd ed. Philadelphia: Saunders, 2000. p. 77-102.

CAREY, M. P.; BURISH, T. G. Etiology and treatment of the psychological side effects associated with cancer chemotherapy: A critical review and discussion. **Psychol bull.**, Washington, v. 104, p. 307-25, 1988.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Diagnóstico de Enfermagem: aplicação à prática clínica**. Tradução Regina Machado Garcez. 13. ed. Porto Alegre: Artimed, 2012. 1023 p.

CARVALHO, E. C. C.; BACHON, M. M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 466, 2009. Disponível em:
<<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a01.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

CARVALHO, E. C. C.; GARCIA, T. R. Processo de enfermagem: o raciocínio e julgamento clínico no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM SISTEMATIZAR O CUIDAR, 3., 2002, Uberlândia. **Anais...** Uberlândia: UFU, 2002. v. 1, p. 29-40.

CHALLIS, G. B.; STAM, H. J. A Longitudinal Study of the Development of Anticipatory Nausea and Vomiting in Cancer Chemotherapy Patients: The Role of Absorption and Autonomic Perception. **Health psychol.**, Hillsdale NJ, v. 11, n. 3, p. 181-9, 1992.

CHAVES, E.C.L. **Revisão do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual**. 2008. 255 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CHAVES, E. C. L., CARVALHO, E. C, HASS, V. J. Validação do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual: análise por especialistas. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 264-70, 2010.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 12, n. 2, p. 513-20, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a22.htm>. Acesso em: 10 jan. 2014.

CHIN, S. B. Y. et al. Variables contributing to anticipatory nausea and vomiting in cancer chemotherapy. **Am. j. clin. oncol.**, New York, v. 15, n. 3, p. 262-7, 1992.

COATES, A. et al. On the receiving end—Patient perception of the side-effects of cancer chemotherapy. **Eur. j. cancer clin. oncol.**, Oxford, v. 19, p. 203–8, 1983.

COHEN, L. et al. Chemotherapy-induced nausea and vomiting—incidence and impact on patient quality of life at community oncology settings. **Support. care cancer.**, Berlin, v. 15, p. 497–503.

COLAGIURI, B. et al. How do patient expectancies, quality of life, and postchemotherapy nausea interrelate? **Cancer.**, New York, v. 113, n. 3, p. 654-61, 2008.

CRUZ, D. A. L. M. Diagnóstico de enfermagem: aspectos históricos e definição. **Rev. paul. enferm.**, São Paulo, v. 13, n. 1/3, p. 3-7, 1994.

DALRI, C. C. ; ROSSI, L. A. ; DALRI, M. C. B. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 14, n.3, p. 389-96, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0104-1169&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 fev. 2014.

DALRI, M. C. B. et al. Validação do diagnóstico troca de gases prejudicada em adultos no atendimento de emergência. **Cienc. enferm.**, Concepcion, v. 14, n. 1, p. 63-72, 2008.

DAVIDSON, W. et al. Malnutrition and chemotherapy-induced nausea and vomiting: implications for practice. **Oncol. nurs. forum.**, New York, v. 39, n. 4, p. 340-5, 2012.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, v. 24, p. 213-25, 2004.

DUNCAN, C.; CLOUTIER, J. D.; BAILEY, P. H. Concept analysis: the importance of differentiating the ontological focus. **J. adv. nurs.**, Oxford, v. 58, n. 3, p. 293-300, 2007.

ESPINOSA, E. Docetaxel and high – dose epirubicin as neoadjuvant chemotherapy in locally advanced breast cancer. **Cancer chemother. pharmacol.**, Berlin, v. 54, p. 546-52, 2004.

FARIAS, J. N. et al. **Diagnóstico de Enfermagem - uma abordagem conceitual e prática**. João Pessoa: Gráfica Santa Marta, 1990. 160 p.

FARREL, C. et al. The impact of chemotherapy-related nausea on patients' nutritional status, psychological distress and quality of life. **Support. care cancer.**, Berlin, v. 21, p. 59–66, 2013.

FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart lung.**, St. Louis, v. 16, n. 6, p. 625-9, 1987.

FEINBERG, B. A. et al. Incidence and risk factors for chemotherapy-induced nausea or vomiting following highly or moderately emetogenic chemotherapy in community oncology practice. **Commun oncol.**, Atlanta, v. 7, p. 347–54, 2010.

FERNANDES, L. M. **Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados**. Uma revisão integrativa da literatura. 2000. 168 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

FERNANDES, M. G. M. et al. Análise conceitual: considerações metodológicas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1150-6, 2011.

FERNÁNDEZ-ORTEGA, P. et al. Chemotherapy-induced nausea and vomiting in clinical practice: impact on patients' quality of life. **Support. care cancer.**, Berlin, v. 20, n. 12, p.3141-8, 2012.

FERREIRA, A. B. H. Significado de náusea. In: _____. **Dicionário do Aurélio**. 2014. Disponível em: <<http://www.dicionariodoaurelio.com/Nausea.html>>. Acesso em: 13 mar. 2014.

FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0104-1169&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2014.

FURMAN, J. M.; MARCUS, D. A.; BALABAN, C. D. Rizatriptan reduces vestibular-induced motion sickness in migraineurs. **J. headache pain.**, Milano, v. 12, n. 1, p. 81–8, 2011.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res. nurs. health.**, New York, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GARBUIO, D. C. **Análise de conceito e validação de conteúdo de risco de lesão do trato urinário**: proposta de diagnóstico de enfermagem. 2012. 119 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

GEIGER, F.; WOLFGRAM, L. Overshadowing as prevention of anticipatory nausea and vomiting in pediatric cancer patients: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, London, v. 14, p. 103, 2013.

GLAUS, A. et al. Chemotherapy-induced nausea and vomiting in routine practice: a European perspective. **Support. care cancer.**, Berlin, v. 12, p. 708-15, 2004.

GONÇALVES, L. L. C. et al. Mulheres com câncer de mama: ações de autocuidado durante a quimioterapia. **Rev. enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 75-80, 2009.

GORDON, M. The concept of nursing diagnosis. **Nurs. clin. North am.**, v.14, n. 3, p. 487-96, 1979.

GOZZO, T. O. **Toxicidade ao tratamento quimioterápico em mulheres com câncer de mama.** 2008. 113 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

GOZZO, T. O. et al. Náuseas, vômitos e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 110-6, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 fev 2014.

GRIDELLI, C. et al. Casopitant improves the quality of life in patients receiving highly emetogenic chemotherapy. **Support. care cancer.**, Berlin, v. 18, n. 11, p. 1437-44, 2010.

GUEDES, N. G.; LOPES, M. V.O. Exercício físico em portadores de hipertensão arterial: uma análise conceitual. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 maio 2014.

HASSAN, B. A. R.; YUSOFF, Z. B. M. Negative impact of chemotherapy on breast cancer patients QOL - utility of antiemetic treatment guidelines and the role of race. **Asian pac. j. cancer prev.**, Bangkok, v.11, p.1523-7, 2010.

HESKETH, P. J. Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting. **N. Engl. j. med.**, Boston, v. 358, p. 2482-94, 2008.

HESKETH, P. J. Defining the Emetogenicity of Cancer Chemotherapy Regimens: Relevance to Clinical. **Oncologist.**, Dayton, v.4, p.191-6, 1999.

HESKETH, P. J. et al. Evaluation of risk factors predictive of nausea and vomiting with current standard-of-care antiemetic treatment: analysis of two phase III trials of aprepitant in patients receiving cisplatin-based chemotherapy. **Support. care cancer.**, Berlin, v.18, p.1171-7, 2010.

HESKETH, P. J. et al. Proposal for classifying the acute emetogenicity of cancer chemotherapy. **J. clin. oncol.**, New York, v.15, p.103-9, 1997.

HICKOK, J. T. et al. Nausea and emesis remain significant problems of chemotherapy despite prophylaxis with 5-hydroxytryptamine-3 antiemetics: A University of Rochester James P. Wilmot Cancer Center Community Clinical Oncology Program Study of 360 cancer patients treated in the community. **Cancer.**, New York, v. 97, p. 2880-6, 2003.

HICKOK, J. T.; ROSCOE, J. A.; MORROW, G. R. The Role of Patients' Expectations in the Development of Anticipatory Nausea Related to Chemotherapy for Cancer. **J. pain symptom manage.**, Madison, v. 22, n. 4, p. 843-50, 2001.

HILARIUS, D. L. et al. Chemotherapy-induced nausea and vomiting in daily clinical practice: a community hospital-based study. **Support. care cancer.**, Berlin, v. 20, p.107–17, 2012.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. 8. ed. São Paulo: EPU, 1979. 100 p.

HOSKINS, L. M. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: CAAROL JOHNSON, R. M. et al. (Eds.). **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association**. Philadelphia: Lippincott, 1989. chap. 19, p. 126-131.

HUERTAS-FERNÁNDEZ, M.J. et al. Análisis de la efectividad de un protocolo de antiemesis implantado en la Unidad de Oncología. **Farm. hosp.**, Madrid, v. 34, n. 3, p. 125-38, 2010.

JACOBSEN, P. B.; REDD, W. H. The development and management of chemotherapy-related anticipatory nausea and vomiting. **Cancer invest.**, New York, v. 6, n. 329-36, 1988.

JAKOBSEN, J. N.; HERRSTEDT, J. Prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting in elderly cancer patients. **Crit. rev. oncol. hematol.**, Boca Raton, v. 71, p. 214–21, 2009.

JORDAN, K. ; GROTHEY, A. ; SCHÖBER, C. Impact of quality of life parameters and coping strategies on postchemotherapy nausea and vomiting. **Eur. j. cancer care (Engl.)**, Oxford, v.19, p. 603–9, 2010.

JORDAN, K.; KASPER, C.; SCHMOLL, H. J. Chemotherapy-induced nausea and vomiting: current and new standards in the antiemetic prophylaxis and treatment. **Eur. j. cancer.**, Oxford, v. 41, n. 2, p. 199-205, 2005.

KAMEN, C. et al. Anticipatory nausea and vomiting due to chemotherapy. **Eur. j. pharmacol.**, Amsterdam, v. 5, n. 722, p. 172-9, 2014.

KOMEN, R. W.; REDD, W. H. Personality Factors Associated with Anticipatory Nausea/Vomiting in Patients Receiving Cancer Chemotherapy. **Health psychol.**, Hillsdale NJ, v. 4 n. 3, p.189-202, 1985.

LAGES, N. et al. Náuseas e Vômitos no Pós-Operatório: Uma Revisão do “Pequeno-Grande” Problema. **Rev. bras. anestesiol.**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 5, p. 575-85, 2005.

LINDEN, H. M. et al. Sequenced compared with simultaneous anthracycline and cyclophosphamide in high-risk stage I and II breast cancer: final analysis from int-0137 (s9313). **J. clin. oncol.**, New York, v. 25, n. 6, p. 656-61, 2007.

LÓPEZ-JIMÉNEZ, J. et al. Chemotherapy-induced nausea and vomiting in acute leukemia and stem cell transplant patients: results of a multicenter, observational study. **Haematologica**, Pavia, v. 91, n. 1, 2006.

LOURENCINI, R. R. **O ensino da ressuscitação cardiopulmonar em adultos na graduação em enfermagem: uma revisão integrativa da literatura**. 2011. 125 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

MATOS, S. S. **Diagnósticos de Enfermagem em pacientes no pós-operatório imediato de transplante cardíaco e validação do diagnóstico considerado mais característico: Angústia Espiritual**. 2009. 125 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

MAZONI, S. R. **Elaboração e validação do diagnóstico de enfermagem dor de parto**. 2012. 238 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2011. chap.1, p.3-24.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, 758-64, 2008.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MIRANDA, F. R. **Validação do diagnóstico de enfermagem: Eliminação urinária prejudicada com foco em lactentes**. 2013.158 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.

MOLASSIOTIS, A. et al. An exploratory study to clarify the cluster of symptoms predictive of chemotherapy-related nausea using random forest modeling. **J. pain symptom manage.**, Madison, v. 44, n. 5, p. 692-703, 2012.

MOLASSIOTIS, A. et al. A prospective observational study of chemotherapy-related nausea and vomiting in routine practice in a UK cancer center. **Support. care cancer.**, Berlin, v.16, n. 2, p. 201-8, 2008a.

MOLASSIOTIS, A. et al. Pretreatment factors predicting the development of postchemotherapy nausea and vomiting in Chinese breast cancer patients. **Support. care cancer.**, Berlin, v. 10, p. 139-45, 2002.

MOLASSIOTIS, A. et al. The effects of P6 acupressure in the prophylaxis of chemotherapy-related nausea and vomiting in breast cancer patients. **Complement. ther. med.**, Edinburgh, v.15, n. 1, p. 3-12, 2007.

MOLASSIOTIS, A. et al. Understanding the concept of chemotherapy-related nausea: the patient experience. **Eur. j. cancer care (Engl)**., Oxford, v. 17, p. 444–53, 2008b.

MOLASSIOTIS, A. et al. Evaluation of Risk Factors Predicting Chemotherapy-Related Nausea and Vomiting: Results From a European Prospective Observational Study. **J. pain symptom manage.**, Madison, v. 47, n. 5, p. 839-48, 2013.

MORROW, G. R. et al. Anticipatory nausea and vomiting with chemotherapy. **N. Engl. j. med.**, Boston, v. 306, 431–2, 1982.

MORROW, G.R. A patient report measure for the quantification of chemotherapy induced nausea and emesis: psychometric properties of the Morrow assessment of nausea and emesis (MANE). **Br. j. cancer., Suppl.**, Basingstoke, v. 66, suppl. 19, p. S72-4, 1992.

MORROW, G. R. et al. Vagal changes following cancer chemotherapy: implications for the development of nausea. **Psychophysiology**, Madison, v. 37, n. 3, p. 378-84, 2000.

MORROW, G. R.; BLACK, P. M. Anticipatory nausea and vomiting side effects experienced by cancer patients undergoing chemotherapy treatment. In: OSOBA, D. **The Effect of Cancer on Quality of Life**. Boca Raton: CRC Press, 1991.

MORROW, G. R.; BLACK, P. M.; DUDGEON, D. J. Advances in data assessment: Application to the etiology of nausea reported during chemotherapy, concerns about significance testing, and opportunities in clinical trials. **Cancer**, New York, v. 67, p. 780-7, 1991.

MORROW, G. R.; DOBKIN, P. L. Behavioral approaches for the management of adverse side effects of cancer treatment. **Psychiatr. med.**, New York, v. 5, p. 299–314, 1987.

MORROW, G. R.; DOBKIN, P. L. Anticipatory nausea and vomiting in cancer patients undergoing chemotherapy treatment: Prevalence, etiology, and behavioral interventions. **Clin. psychol. rev.**, Tarrytown, v. 8, p. 517-56, 1988.

MORROW, G. R.; LINDKE, J.; BLACK P. M. Anticipatory nausea development in cancer patients: Replication and extension of a learning model. **Br. j. psychol. (1953)**., London, v. 82, p. 61-72, 1991.

MORROW, G. R.; LINDKE, J.; BLACK, P. M. Measurement of quality of life in patients: Psychometric analyses of the Functional Living Index Cancer (FLIC). **Qual. life res.** Oxford, v. 1, p. 287–96, 1992.

MORROW, G. R.; ROSCOE, J. A.; HICKOK, J. T. Nausea and vomiting. In: HOLLAND, J.C. **Psycho-Oncology**. New York: Oxford University Press, p. 476-84, 1998.

MORROW, G. R.; ROSENTHAL, S. N. Models, mechanisms and management of anticipatory nausea and emesis. **Oncology**, Basel, v. 53, suppl. 1, p. 4–7, 1996.

MORROW, G. R. Prevalence and correlates of anticipatory nausea and vomiting in chemotherapy patients. **J. natl. cancer inst.**, Cary, v. 68, n. 4, 1982.

MORROW, G. R. Susceptibility to motion sickness and the development of anticipatory nausea and vomiting in cancer patients undergoing chemotherapy. **Cancer treat. rep.**, Bethesda, v. 68, n. 9, p. 1177-8, 1984a.

MORROW, G. R. The assessment of nausea and vomiting: Past problems current issues, and suggestions for future research. **Cancer**, New York, v. 53, p. 2267-80, 1984b.

MORROW, G. R. The effect of a susceptibility to motion sickness on the side effects of cancer chemotherapy. **Cancer**, New York, v. 55, p. 2766-70, 1985.

MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Fadiga: uma análise de conceito. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 285-93, 2005.

NAVARI, R. M. Pathogenesis-based treatment of chemotherapy-induced nausea and vomiting-two new agents. **J. support. oncol.**, Huntington, v.1, p. 89-103, 2003.

NESSE, R. M. et al. Pretreatment nausea in cancer chemotherapy: A conditioned response? **Psychosom. med.**, New York, v. 42, p. 33-6, 1980.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (Org.) **NANDA - Diagnósticos de Enfermagem: definições e classificação**. Tradução Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed, 2000.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (Org.) **NANDA - Diagnósticos de Enfermagem: definições e classificação**. Tradução Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed, 2002.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (Org.) **NANDA - Diagnósticos de Enfermagem: definições e classificação**. Tradução Cristina Correa. Porto Alegre: Artmed, 2005.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (Org.) **NANDA - Diagnósticos de Enfermagem: definições e classificação**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (Org.) **NANDA - Diagnósticos de Enfermagem: definições e classificação**. Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2008.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (Org.) **NANDA - Diagnósticos de Enfermagem: definições e classificação**. Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (Org.) **NANDA - Diagnósticos de Enfermagem: definições e classificação**. Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2013.

OSOBA, D. et al. Determinants of Postchemotherapy Nausea and Vomiting in Patients With Cancer. **J. clin. oncol.**, New York, v. 15, n. 1, p. 116-23, 1997.

PERWITASARI, D. A. et al. Impact of chemotherapy-induced nausea and vomiting on quality of life in Indonesian patients with gynecologic cancer. **Int. j. gynecol. cancer.**, Cambridge, v. 22, n. 1, p. 139-45, 2012.

PESUT, D. J. 21st Century nursing knowledge work: reasoning into the future. In: WEAVER, C. A. et al. **Nursing and Informatics for the 21st Century**: an international look at practice, trends and the future. Chicago: Healthcare Information and Management Systems Society, 2006. p. 13-21.

PICCART, M. J. et al. Phase III trial comparing two dose levels of epirubicin combined with cyclophosphamide, cyclophosphamide, methotrexate, and fluoracil in node-positive breast cancer. **J. clin. oncol.**, New York, v. 19, n. 12, 3103-10, 2001.

PIRRI, C. et al. Nausea still the poor relation in antiemetic therapy? The impact on cancer patients' quality of life and psychological adjustment of nausea, vomiting and appetite loss, individually and concurrently as part of a symptom cluster. **Support. care cancer.**, Berlin, v. 21, p. 735-48, 2013.

PIRRI, C. et al. Risk factors at pretreatment predicting treatment-induced nausea and vomiting in Australian cancer patients: a prospective, longitudinal, observational study. **Support. care cancer.**, Berlin, v. 19, p. 1549-63, 2011.

POLES, K. ; BOUSSO, R. S. Morte digna da criança: análise de conceito. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 43, n. 1, 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 maio 2014.

POMPEO, D. A. **Diagnóstico de Enfermagem náusea em pacientes no período pós-operatório imediato**: Revisão Integrativa da literatura. 2007.184 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p.434-8, 2009.

POMPEO, D. A. **Validação do diagnóstico de enfermagem Náusea no período pós-operatório imediato**. 2012. 164 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PRADERMDEE, P. et al. Antiemetic Effect of Ondansetron and Dexamethasone in Gynecologic Malignant Patients Receiving Chemotherapy. **J. Med. Assoc. Thai.**, Bangkok, v. 89, suppl.4, p. S29-36, 2006.

REDD, W. H.; ANDRYKOWSKI, M. A. Behavioral intervention in cancer treatment: Controlling aversion reactions to chemotherapy. **J. consult. clin. psychol.**, Washington, v. 40, p. 1018-29, 1982.

REDD, W. H. et al. Physiologic and psychobehavioral research in oncology. **Cancer**, New York, v. 67, p. 813-22, 1991.

REDD, W. H.; HENDLER, C. S. Learned Aversions to Chemotherapy Treatment. **Health educ. q.**, New York, v. 10, p. 57-66, 1984.

REDD, W. H. Management of anticipatory nausea and vomiting. In: HOLLAND, J. C., ROWLAND, J. H. **Handbook of Psychooncology**. New York: Oxford University Press, 1989, p. 423-33.

RENNER, T. et al. **Psico**. São Paulo: AMGH, 2011, p. 125-7.

RHODES, V. A.; MCDANIEL, R. W. Measuring nausea, vomiting and retching. In: STROMBORG, M. F. ; OLSEN, S. J. **Instruments for clinical health-care research**. Boston: Jones and Bartlett, 1997, p. 509-18.

RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. Introduction to Concept Development in Nursing. In: _____. **Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques and Applications**. 2 ed. Philadelphia: Saunders, 2000.

RODRIGUES, I. G. **Cuidados Paliativos** – Análise de Conceito. 2004. 231 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

ROILA, F. et al. Antiemetic activity of high doses of metoclopramide combined with methylprednisolone versus metoclopramide alone in cisplatin-treated cancer patients: a randomized double-blind trial of the Italian Oncology Group for Clinical Research. **J. clin. oncol.**, New York, v. 5, n. 1, p. 141-9, 1987.

ROILA, F. et al. Guideline update for MASCC and ESMO in the prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced nausea and vomiting: results of the Perugia consensus conference. **Ann. oncol.**, Dordrecht, v. 21, suppl 5, p. 232-43, 2010.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 3, n. 2, p.109-12, 1998.

ROMANZINI, A. E. **Recuperação cirúrgica retardada**: análise do conceito. 2013. 251 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

ROSCOE, J. A. et al. Anticipatory Nausea and Vomiting. **Support. care cancer.**, Berlin, v. 19, n. 10, p. 1533–8, 2011.

ROSCOE, J. A.; et al. Insight in the prediction of chemotherapy-induced nausea. **Support. care cancer.**, Berlin, v. 18, p. 869–76, 2010.

ROSCOE, J. A. et al. Patient Expectations As Predictor Of Chemotherapy-Induced Nausea. **Ann. behav. med.**, Rockville MD, v. 22, n. 2, p. 121-6, 2000.

- ROSCOE, J. A. et al. Patient Expectation Is a Strong Predictor of Severe Nausea after Chemotherapy. **Cancer**, New York, v.101, n.11, p. 2701-8, 2004.
- RYCKEGHEM, V. ; BELLE, S. V. Management of chemotherapy-induced nausea and vomiting. **Acta clin. Belg.**, Bruxelles, v. 65, n. 5, p. 305-10, 2010.
- SANCHEZ-LARA, K. et al. Gastrointestinal symptoms and weight loss in cancer patients receiving chemotherapy. **Br. j. nutr.**, London, v. 109, p. 894–7, 2013.
- SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 508-11, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0104-1169&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2014.
- SANTOS, M. et al. Estudo sobre emese aguda e tardia em doentes a efetuar quimioterapia, alta e moderadamente emetizante, em internamento. **Oncology news.**, New York, n. 5, p. 4-8, 2008.
- SCHWARTZBERG, L. Chemotherapy-induced nausea and vomiting: state of the art in 2006. **J. support. oncol.**, Huntington, v. 4, suppl 1, p. 3-8, 2006.
- SEKINE, I. et al. Risk factors of chemotherapy-induced nausea and vomiting: index for personalized antiemetic prophylaxis. **Cancer sci.**, Tokyo, v. 104, n. 6, p. 711-7, 2013.
- SHIH, V.; WAN, H. S.; CHAN, A. Clinical predictors of chemotherapy-induced nausea and vomiting in breast cancer patients receiving adjuvant doxorubicin and cyclophosphamide. **Ann. pharmacother.**, Cincinnati, v. 43, p. 444-52, 2009.
- SILVA, D. R. F. et al. Non Pharmacological Interventions for Chemotherapy Induced Nauseas and Vomits: integrative review. **Online braz. j. nurs. (Online).**, Niterói, v. 8, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing>>. Acesso em: 17 fev. 2014.
- SMIT, J. W.; KOBASHI, N. Y. **Como elaborar vocabulário controlado para aplicação em arquivos**. São Paulo: Arquivos do Estado, Imprensa Oficial, 2003, p. 56.
- SPINKS, A.; WASIAK, J. Scopolamine (hyoscine) for preventing and treating motion sickness. **Cochrane database syst. rev. (online).**, Oxford, v. 6, 2011. Disponível em: <<http://www.thecochranelibrary.com>>. Acesso em: 03 jan. 2014.
- THOMAZINI, J. O. **Incontinência Urinária de Esforço**: Análise de conceito. 2011. 90 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.
- THOMPSON, N. Optimizing Treatment Outcomes in Patients at Risk for Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting. **Clin. j. oncol. nurs.**, Pittsburgh, v.16, n. 3, 2012.
- TONATO, M., ROILA, F., DEL FAVERO, A. Methodology of antiemetic trials: a review. **Ann. oncol.**, Dordrecht, v. 2, n. 2, p. 107-14, 1991.

TSAVARIS, N. et al. Factors that influence the antiemetic activity of metoclopramide to cisplatin based chemotherapy. **Oncol. rep.**, Athens, v. 5, p. 1147-55, 1998.

TSAVARIS, N. et al. Parameters that influence the outcome of náusea and emesis in cisplatin based chemotherapy. **Anticancer res.**, Athens, v. 20, p. 4777-84, 2000.

TYC, V. L.; MULHERN, R. K.; BIEBERICH, A. A. Anticipatory nausea and vomiting in pediatric cancer patients: an analysis of conditioning and coping variables. **J. dev. behav. pediatr.**, Baltimore, v. 18, n. 1, p. 27-33, 1997.

UNITED STATES. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. National Cancer Institute. **Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE)**. Version 4.0. 2010. Disponível em: <http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE_4.03_2010-06-14_QuickReference_5x7.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2014.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. 128 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VENDRAMINI, S. H. F. et al. Tuberculose no idoso: análise do conceito. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v.11, n.1, p. 96-103, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0104-1169&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2014.

VITOR, A. F. **Revisão do resultado de enfermagem comportamento de prevenção de quedas**: análise de conceito e validação por especialistas. 2010. 210 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. 4th ed. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall, 2005. 227 p.

WATSON, M. et al. Psychological factors predicting nausea and vomiting in breast cancer patients on chemotherapy. **Eur. j. cancer (1990)**, Oxford, v. 34, n. 6, p. 831-7, 1998.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. adv. nurs.**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-53, 2005.

WILSON, J. **Thinking with concepts**. New York: Cambridge University Press, 1963.

YAP, K. Y. et al. Computational Prediction of State Anxiety in Asian Patients With Cancer Susceptible to Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting. **J. clin. psychopharmacol.**, Baltimore, v. 32, n. 2, 2012.

ZACHARIAE, R. et al. Chemotherapy-Induced Nausea, Vomiting, and Fatigue – the Role of Individual Differences Related to Sensory Perception and Autonomic Reactivity. **Psychother. psychosom. med. psychol.**, Stuttgart, v. 76, p. 376–84, 2007.

ZAGONEL, I. P. S. Análise de conceito: um exercício intelectual em enfermagem. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v.1, n.1, p.10-4, 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Instrumento de extração de dados modificado, de Pompeo (2007)

1. IDENTIFICAÇÃO

Título da Publicação	
Título do Periódico	
Base de dados	
Autores	Nome: Local de trabalho: Graduação:
País de origem dos autores	
Idioma	
Ano de publicação	
Instituição sede do estudo	()Hospital ()Universidade ()Centro de Pesquisa ()Instít. Única ()Pesquisa multicêntrica ()Outras instit. () Não identifica o local
Tipo de publicação	A- Material científico ()Livro texto ()Dissertação/tese ()Artigo de periódico ()Proceedings/Anais ()outros B- Tipo de revista científica () Publicação de enfermagem em geral () Publicação de enfermagem oncológica () Publicação de enfermagem de outra especialidade qual:_____ () Publicação médica () Publicação de outras áreas da saúde especificar:_____

2. INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

Introdução	() define o objeto de investigação () justifica a relevância do estudo () apresenta revisão de literatura relacionada ao tema do estudo () o quadro teórico representa o conteúdo do estudo
Objetivo/questão de investigação/hipótese	Descrever: () o autor define claramente o objetivo do estudo

	Características definidoras apresentadas:
--	---

5. CONCLUSÕES

Conclusões	<p>Descrever:</p> <p>() as conclusões são justificadas com base nos resultados Quais são as recomendações dos autores:</p>
Nível de evidência (MELNYK; FINEOUT- OVERHOLT, 2011).	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7

APÊNDICE B

Guia para a extração da definição de náusea, consequências e referenciais empíricos dos estudos primários

Estudo número _____

Definição de náusea	
Consequências	
Referenciais empíricos	

APÊNDICE C

E-mail da autorização do uso do instrumento de Pompeo (2007) para a extração dos dados dos artigos da RI

Re: instrumento de coleta de dados

De: Daniele Alcalá Pompeo
Para: alinebonini@bol.com.br
Cópia:
Cópia oculta:
Assunto: Re: instrumento de coleta de dados
Data: 17/01/2013 12:31

Prezada Aline Maria Bonini Moysés,

Autorizo o uso do instrumento com as adaptações propostas anexas para ser utilizado em estudo intitulado "Análise de conceito do diagnóstico de enfermagem náusea no tratamento quimioterápico".

Att,

Daniele Alcalá Pompeo

----- Mensagem original -----

De: alinebonini@bol.com.br
Para: dalcala@eerp.usp.br
Enviadas: Terça-feira, 15 de Janeiro de 2013 16:23:30
Assunto: instrumento de coleta de dados

Prezada Daniele Alcalá Pompeo,

Sou ou aluna de Mestrado pelo programa Enfermagem Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Estou meu projeto é intitulado "Análise de conceito do diagnóstico de enfermagem náusea no tratamento quimioterápico" e para a revisão integrativa utilizarei o instrumento de coleta de dados elaborado por você em sua dissertação de mestrado.

Para isso solicito sua autorização para o uso do instrumento e para algumas adaptações para o conceito a ser analisado.

Segue em anexo o instrumento com as adaptações realizadas (estão destacadas em negrito e itálico).

Atenciosamente,

Aline Maria Bonini Moysés Enfermeira da Seção de Enfermagem da Central de Quimioterapia e Oncologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Mestranda pelo Departamento de Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP
Av. Bandeirantes, 3900 Monte Alegre Ribeirão Preto-SP
Contatos: (16) 36022389
(16) 36306903
(16) 91542219
e-mail: alinebonini@bol.com.br
ambonini@hcrp.usp.br

Lembre-se: sua senha de acesso no BOL Mail é secreta; não a informe a ninguém. O BOL Mail jamais solicitará sua senha por e-mail ou por telefone. Trocar senha.

APÊNDICE D

Síntese dos estudos primários da RI segundo, autores, ano de publicação, objetivos, resultados e conclusão

Autores	Objetivos	Resultados	Conclusão
1. Komen; Redd (1985).	Investigar a relação entre fatores de personalidade, como ansiedade e introversão e a ocorrência de náuseas e vômitos antecipatórios.	O estudo foi realizado em duas clínicas e estas diferiram em termos da organização do ambiente no qual o paciente recebia a quimioterapia. Na clínica A, o ambiente era uma sala aberta com outros pacientes presentes e na clínica B, paciente era acomodado em salas individuais. Independente do grupo, 33 % dos pacientes apresentou náusea antecipatória e 10 % vômitos. Para 75 % dos pacientes, as náuseas antecipatórias ocorreram com pensamentos relacionadas ao tratamento, 22 % relacionaram com odores, como o cheiro da clínica e 3 % a estímulos visuais. Os pacientes que experimentaram náuseas e vômitos antecipatórios foram os mais angustiados e que apresentaram mais ansiedade.	Os pacientes que receberam a quimioterapia em uma sala coletiva foram mais propensos a desenvolver eventos adversos antecipatórios do que os pacientes que receberam o tratamento em salas individuais.
2. Morrow; Lindke; Black (1991).	Investigar a relevância teórica de um modelo baseado na aprendizagem e o potencial papel de diferenças individuais e características clínicas na etiologia da náusea antecipatória.	A idade foi relacionada com a severidade das náuseas e vômitos pós-tratamento. A ocorrência e a severidade de náuseas e vômitos foram encontradas como significativamente relacionados com o desenvolvimento de náusea antecipatória subsequente. Idade do paciente e suscetibilidade à doença do movimento teve uma significativa relação com o desenvolvimento e a severidade de náusea antecipatória.	Severidade de náuseas e vômitos, idade e doença do movimento foram relacionados com o desenvolvimento de náusea antecipatória subsequente.

Continua

Autores	Objetivos	Resultados	Conclusão
3. Andrykowski; Gregg (1992).	Examinar a associação do estado de ansiedade com as expectativas para as náuseas relacionadas com a quimioterapia e com a experiência de náusea pós-tratamento em pacientes com câncer em quimioterapia.	A amostra de 65 pacientes foi dividida em dois grupos, com base no potencial emético da quimioterapia. Os pacientes do grupo de alto potencial emético relatou mais náusea pós-tratamento e uma maior expectativa de náusea pré-quimioterapia. Estado de ansiedade foi significativamente relacionada à experiência de náusea pós-tratamento, enquanto as expectativas para náuseas não estavam relacionadas com náusea pós-tratamento.	Houve relação entre o estado de ansiedade e náuseas pós-tratamento relacionadas à quimioterapia. Estado de ansiedade relacionada com a quimioterapia foi significativamente associada com a incidência e a severidade de náusea pós-tratamento. As expectativas para náusea relacionada com a quimioterapia foram não significativamente associada com qualquer incidência proporcional ou a gravidade da náusea pós-tratamento.
4. Bovbjerg et al. (1992).	Investigar o desenvolvimento dos efeitos secundários da quimioterapia no decorrer dos ciclos de tratamento.	Os pacientes não foram informados que o estudo exploraria o papel do condicionamento clássico no desenvolvimento de eventos adversos. Os pacientes foram randomizados para receber uma bebida na clínica antes de cada infusão de quimioterapia (Grupo Experimental). Este grupo experimentou mais náuseas quando a bebida foi apresentada, do que os pacientes que não receberam a bebida durante a quimioterapia (Grupo Controle).	A resposta às náuseas não foi acionada apenas pelos estímulos gustativos, pois vários pacientes também recusaram a bebida ao sentir seu cheiro. Outros aspectos da bebida, como a cor, também provocaram náusea.

Continua

Autores	Objetivos	Resultados	Conclusão
5. Morrow; Angel; Dubeshter (1992).	Relatar a potencial relação entre as medidas de náuseas e vômitos induzidos pela quimioterapia e a atividade do sistema nervoso autônomo simpático e parassimpático.	Exames de coeficientes de variação mostraram que a frequência cardíaca e a temperatura da face foram medidas mais estáveis ao longo de cada um dos três períodos de tempo do que o pulso e a palidez. Além disso, as quatro medidas foram consideradas mais variáveis durante o vômito do que na náusea.	A taxa de pulso diminuiu de linha de base durante náuseas, mas aumentou durante o vômito. Temperatura e palidez mostraram aumento linear no período avaliado. Este padrão diferente pode refletir diferentes mecanismos subjacentes entre os dois sintomas. Náuseas podem estar mais relacionadas a uma recuperação da atividade parassimpática do que uma lenta descida da atividade simpática.
6. Redd et al. (1993).	Testar a hipótese de que as imagens mentais de procedimentos clínicos e de tratamento da quimioterapia podem provocar náusea em pacientes com câncer submetidos à quimioterapia.	As 14 pacientes incluídas foram convidadas a imaginar e descrever cenas pastoris. Neste período não relataram náuseas e, para um sujeito foi registrado ansiedade leve. Posteriormente, as participantes deveriam visualizar imagens mentais de procedimentos médicos, o que também não induziu náuseas, mas para dois sujeitos as imagens geraram ansiedade moderada a alta. Oito das 10 pacientes com histórias de náusea antecipatória clinicamente documentadas aos estímulos da clínica, experimentaram náuseas quando imaginavam a quimioterapia. Elas não se tornaram nauseadas quando imaginavam procedimentos médicos não relacionados à quimioterapia. Para as quatro pacientes sem náusea antecipatória prévia, reexposição imaginária à quimioterapia não provocou náusea.	Os resultados forneceram evidências de que imagens mentais de quimioterapia provocaram náuseas em pacientes com histórias de náusea antecipatória e sugeriram que fatores cognitivos podem desempenhar um papel mais importante na ocorrência de efeitos colaterais da quimioterapia.

Continua

Autores	Objetivos	Resultados	Conclusão
7. Fredrikson et al. (1994).	Examinar se diferenças individuais na excreção de catecolamina endógena predizem náuseas e vômitos agudos e tardios em pacientes com câncer submetidos à quimioterapia.	Foi associado aumento da intensidade de náusea tardia após o tratamento com maior excreção de noradrenalina, mas não de adrenalina. O vômito não foi consistentemente relacionado com a excreção de catecolamina. Os resultados indicaram que noradrenalina modula náuseas resultantes da quimioterapia.	As diferenças individuais em apresentar náuseas tardias após a quimioterapia foram influenciadas por fatores neuroendócrinos e ligados tanto ao eixo pituitária-adrenal cortical como indexado pelo cortisol e para o eixo medular adrenal simpático, como refletida na noradrenalina. Isto pode servir para adequar estratégias ao tratamento de pacientes suscetíveis a sofrer graves vômitos tardios.
8. Rhodes et al. (1995).	Investigar a expectativa dos eventos adversos de náuseas e vômitos pós-quimioterapia entre os pacientes na primeira sessão de quimioterapia.	Foram incluídos 329 pacientes que responderam uma lista dos sintomas que esperavam apresentar depois da administração da quimioterapia. Cada pacientes identificou de 1 a 9 sintomas, e das 524 respostas foram identificados 28 diferentes sintomas. Alopecia e náusea foram os mais frequentes. Encontrou-se relação significativa entre a expectativa dos pacientes em apresentar náuseas e vômitos e suas expectativas de apresentar angústia. Não foi encontrada relação significativa entre a expectativa dos sintomas náuseas e vômitos e a experiência atual destes sintomas.	As expectativas de náuseas e vômitos relatadas pelos pacientes após a quimioterapia frequentemente foram incongruentes com suas experiências. Os resultados deste estudo ilustram a importância de explorar a percepção dos pacientes sobre seus problemas, a necessidade de suporte e de informações individualizadas.
9. Schwartz, Jacobsen e Bovbjerg (1996).	Examinar as respostas afetivas e comportamentais para o papel das náuseas no desenvolvimento da aversão a uma bebida.	Dentre os 21 participantes que relataram náusea, 71% relataram diminuição em sua classificação quanto ao prazer em ingerir a bebida. Entre os que não referiram náuseas, 11% apresentaram diminuição no prazer de ingerir a bebida.	O presente estudo foi consistente com a teoria de que há redução global no consumo de bebida e classificação hedônica após a quimioterapia.

Continua

Autores	Objetivos	Resultados	Conclusão
10. Tyc, Mulhern e Bieberich (1997).	Verificar a importância das variáveis de condicionamento específicas para o desenvolvimento de náuseas e vômitos antecipatórios e examinar a influência das variáveis cognitivas, no condicionamento das náuseas e vômitos antecipatórios em pacientes pediátricos com câncer.	Dos 50 pacientes com náuseas e vômitos pós-quimioterapia incluídos no estudo, 64% relataram náuseas e vômitos antecipatórios. As avaliações subjetivas da angústia das crianças associadas às náuseas e vômitos foram significativamente maior no grupo com náuseas e vômitos antecipatórios. No entanto, as crianças do grupo de náuseas e vômitos antecipatórios não apresentaram maior expectativa de náuseas e vômitos pós-quimioterapia do que aquelas no grupo que não haviam relatado tais eventos. Crianças do grupo de náuseas e vômitos antecipatórios não relataram usar mais tipos de estratégias de enfrentamento para o manejo de náuseas e vômitos do que aquelas do grupo que não relataram náuseas e vômitos antecipatórios. Correlações estatisticamente significantes foram obtidas entre avaliação de angústia e severidade das náuseas e vômitos pós-quimioterapia.	A ocorrência de angústia foi o único fator associado com o desenvolvimento de náuseas e vômitos antecipatórios.
11. Tsavaris et al. (1998).	Explorar a relação entre os fatores e a ocorrência de náuseas e vômitos para pacientes que receberam quimioterapia baseada em cisplatina e metoclopramida na dose padrão.	Dos 301 pacientes analisados, 251 apresentaram náusea, 132 apresentaram vômito e 207 ânsia de vômito. Perda de peso de mais de 15% influenciou significativamente a presença de náusea.	Apesar das dificuldades em avaliar náuseas e vômitos nos ensaios clínicos, vários fatores, especialmente estresse, gênero feminino, câncer de cabeça e pescoço, quimioterapia prévia, perda de peso e medicamentos adicionais, como corticóides e sedativos podem ser importantes na modificação da resposta antiemética e influenciar o desenvolvimento da náusea.

Continua

Autores	Objetivos	Resultados	Conclusão
12. Morrow et al. (2000).	Caracterizar o envolvimento do sistema nervoso parassimpático com náuseas por análise da variabilidade da frequência cardíaca em pacientes submetidos à quimioterapia.	O tempo desde a administração da quimioterapia até os pacientes relatarem náuseas foi significativamente maior para os doentes que receberam carboplatina do que para os pacientes que receberam cisplatina. O estudo revelou um padrão de mudança da atividade cardíaca após a administração de quimioterapia à base de platina. Um aumento da atividade parassimpática parece preparar o organismo para a expressão de náusea, mas um estímulo adicional é aparentemente necessário para que o evento ocorra.	O estudo demonstrou que a monitorização da frequência cardíaca pode proporcionar um método de identificação de um ponto antes, quando um paciente é suscetível a apresentar náusea. Assim, uma vez que a frequência cardíaca começa a aumentar, poderia ser dada uma medicação antiemética ao paciente e talvez suporte psicológico.
13. Roscoe et al. (2000).	Analisar a relação entre a expectativa de resposta ao tratamento relacionados com a ocorrência de náuseas e vômitos.	Foram analisados os resultados de dois estudos, sendo que um avaliou um grupo homogêneo de 29 mulheres com câncer, internadas e que recebeu quimioterapia contendo platina e outro estudo com 81 pacientes com câncer de diferentes localizações que foram tratados em regime ambulatorial. Cada estudo encontrou uma relação significativa entre as expectativas dos pacientes para o desenvolvimento de náuseas medidas antes do seu primeiro ciclo de tratamento e a severidade média de náuseas apresentadas após a quimioterapia. As expectativas dos pacientes representaram variância única em termos de gravidade das náuseas em cada estudo, mesmo depois de conhecidos os preditores fisiológicos de náuseas e o controle farmacológico. Não foi encontrada relação significativa entre as expectativas para o vômito.	Os resultados apoiaram a visão de que as expectativas dos pacientes para náuseas afetam seu desenvolvimento posterior, indicando a presença de um componente psicológico significativo no tratamento relacionado à náusea.

Continua

Autores	Objetivos	Resultados	Conclusão
14. Tsavaris et al. (2000).	Explorar a relação entre fatores e ocorrência de náuseas e vômitos para pacientes que receberam quimioterapia baseada em cisplatina e doses padrão de ondansetrona.	Dos 306 pacientes analisados, 249 apresentaram náuseas. Pacientes que apresentaram estresse foram duas vezes mais propensos a apresentar náuseas que os que não possuíam estresse. Pacientes que demonstraram problemas psicológicos relacionados à quimioterapia foram sete vezes mais propensos a apresentar náuseas que os que não tem. Pacientes jovens foram encontrados como sendo três vezes mais suscetíveis a vomitar comparado com os mais velhos	Os fatores, idade, estresse e problemas psicológicos relacionados com o esquema quimioterápico devem ser levados em consideração nos estudos clínicos futuros bem como na prática clínica diária. Trabalhar a influência destes fatores pode melhorar a qualidade de vida durante ao tratamento quimioterápico. Ansiolíticos e antidepressivos podem reduzir a intensidade dos vômitos nesses pacientes.
15. Blasco et al. (2000).	Avaliar se os fatores psicológicos estão relacionados com a ocorrência de náusea pós-quimioterapia em pacientes oncológicos.	O estudo avaliou os fatores psicológicos, como a ansiedade prévia durante a infusão da quimioterapia e a adaptação do paciente ao câncer. Os resultados confirmaram a relação entre a intensidade da náusea e as variáveis, nível de adaptação e nível de ansiedade. Os resultados apoiaram a hipótese de que fatores psicológicos são relacionados com a intensidade da náusea apresentada pelos pacientes.	Pacientes com níveis mais elevados de náuseas tendem a ter maiores níveis de ansiedade e níveis mais baixos de adaptação. Os fatores psicológicos foram relacionados com a intensidade de náusea.
16. Hickok, Roscoe e Morrow (2001).	Relacionar as expectativas dos pacientes para o desenvolvimento de náuseas pré-tratamento e a ocorrência de náusea antecipatória antes do terceiro ciclo de quimioterapia.	Das 63 mulheres, 32% esperavam náusea, como resultado da quimioterapia e 19% relataram que apresentaram náusea antecipatória antes do terceiro ciclo de quimioterapia. Náusea pós-quimioterapia foi experimentada por 62% das pacientes após o primeiro ciclo de quimioterapia. A ocorrência de náusea após o primeiro ciclo de quimioterapia, ansiedade e idade foram significativamente associadas com as expectativas de desenvolvimento de náusea como resultado da quimioterapia.	Os resultados afirmaram que os fatores cognitivos têm importante papel no desenvolvimento dos efeitos colaterais da quimioterapia e sugeriram testar intervenções psicológicas para modificar as expectativas dos pacientes.

Continua

Autores	Objetivos	Resultados	Conclusão
17. Molassiotis et al. (2002).	Avaliar o papel dos fatores de risco pré-tratamento para o desenvolvimento de náuseas e vômitos pós-quimioterapia em mulheres chinesas com câncer de mama que receberam quimioterapia de emetogenicidade moderada a alta.	Náusea aguda foi relatada por 81,7 % das mulheres, enquanto vômitos agudos foram relatados por 63,4 %. Náuseas tardias foram experimentadas por 88,7 % da amostra e vômitos tardios por 60,6 %. As variáveis que emergiram como preditores da náusea foram, história de labirintite, a expectativa de desenvolver náuseas e vômitos após a quimioterapia, estar em fase posterior da doença, idade mais jovem e estado de ansiedade.	A história de labirintite e ansiedade foram fatores prognóstico, principalmente, pela intensidade de náuseas e vômitos tardios. Idade mais jovem e fase posterior da doença foram preditores de náuseas e vômitos agudos. Os resultados indicam que a consideração do papel dos fatores não farmacológicos no desenvolvimento de náuseas e vômitos podem levar a mais eficaz gestão de náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia.
18. Kim e Morrow (2003).	Examinar o efeito das mudanças nas relações familiares sobre a adaptação física dos pacientes durante o tratamento quimioterapico.	Os resultados revelaram que a prevalência de sintomas de náuseas foi relacionada com o grau de conflito familiar, dependendo da idade e sexo do paciente. Um aumento no conflito familiar foi associado com o aumento da duração das náuseas pós-tratamento e maior gravidade de náusea antecipatória para os pacientes adultos jovens, mas não para os pacientes adultos mais velhos. Um aumento de conflitos familiares também foi associado com maior gravidade da náusea antecipatória para pacientes do sexo feminino.	A principal conclusão foi que o funcionamento das relações familiares não tiveram uma relação direta, mas teve um impacto diferencial em sintomas de náuseas relacionadas a pacientes em quimioterapia, dependendo da idade e sexo. Os pacientes adultos jovens foram mais propensos a desenvolver náuseas pós-quimioterapia quando há conflito familiar do que os adultos mais velhos.

Continua

Autores	Objetivos	Resultados	Conclusão
19. Glaus et al. (2004).	Avaliar prospectivamente a ocorrência de náuseas e vômitos induzidos no primeiro ciclo de quimioterapia e caracterizar o efeito de náuseas e vômitos entre as atividades de vida diária dos pacientes ao longo de 5 dias.	Foram avaliados 249 pacientes que receberam o primeiro ciclo de quimioterapia de potencial emetogênico de moderado a alto em centros de câncer de quatro países europeus. Foram registrados 450 episódios eméticos experimentados por 243 pacientes por um período superior a 5 dias após a quimioterapia. Entre os pacientes, 13% apresentaram vômitos agudos e 38% vômitos tardios. Dentre os 43 % de todos os pacientes que apresentaram náuseas em qualquer um dos dias, o pico foi no dia 3; 75% dos pacientes com náuseas e 50% dos com vômitos relataram um impacto negativo destas condições sobre o desempenho da vida diária.	Apesar de muitos pacientes receberem antieméticos padrão, dois em cada cinco ainda experimentaram vômitos tardios e sintomas associados a náuseas com um impacto global negativo em sua vida diária.
20. Roscoe et al. (2004).	Analisar a contribuição de fontes de informação, tais como prestadores de cuidados de saúde, familiares, amigos e a mídia para a formação de expectativas de náuseas dos pacientes e examinar sua capacidade preditiva em relação à náusea posterior induzida por quimioterapia.	A expectativa de náusea avaliada antes que os pacientes recebessem seu primeiro ciclo de quimioterapia foi encontrado como um forte antecedente de náusea; mais forte do que outros fatores, como idade, náuseas durante a gravidez, e suscetibilidade à doença do movimento. As mulheres que acreditavam que eram "muito prováveis" de apresentar náuseas graves foram cinco vezes mais propensas a experimentá-las do as pacientes que achavam que sua ocorrência seria "muito improvável".	Os achados deste estudo demonstraram correlações significativas entre as expectativas para náuseas e seu posterior desenvolvimento.

Continua

Autores	Objetivos	Resultados	Conclusão
21. Bloechl-Daum et al. (2006).	Abordar o impacto das náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia na vida diária dos pacientes.	Um total de 298 pacientes foram avaliados (67 pacientes receberam quimioterapia altamente emetogênica e 231 receberam quimioterapia moderadamente emetogênica). Vômito foi relatado por 36,4 % dos pacientes e náuseas por 59,7%. Pacientes que receberam quimioterapia altamente emetogênica relataram pontuação FLIE significativamente mais baixa do que pacientes que receberam quimioterapia moderadamente emetogênica. Entre todos os pacientes, a pontuação de náusea foi significativamente mais baixa do que a pontuação de vômitos. Dos 173 pacientes que não apresentaram náuseas nem vômitos nas primeiras 24 horas após a quimioterapia, 22,9 % relataram impacto na vida diária.	Náuseas e vômitos induzidos pela quimioterapia afetaram negativamente a qualidade de vida dos pacientes, mesmo após o tratamento com regimes moderadamente emetogênicos e até mesmo no subgrupo de pacientes que não apresentaram náuseas e vômitos durante as primeiras 24 horas. Náuseas tiveram um impacto negativo maior sobre a qualidade de vida do que o vômito.
22. Pradermdee et al. (2006).	Avaliar o efeito antiemético de uma dose única de ondansetrona e dexametasona como profilaxia para náuseas e vômitos agudos induzidos por quimioterapia e fatores associados com o controle de náuseas e vômitos agudos.	Foram avaliadas 78 pacientes com câncer ginecológico que receberam 353 ciclos de quimioterapia. O completo controle de vômitos e náuseas agudos foi de 68 % e 57,2 %, respectivamente. O completo controle de vômitos agudos e náusea foi de 56,9% e 45,4 % entre as pacientes com idade menor que 45 anos, em comparação a 78,8% e 68,7% naqueles com mais de 45 anos. O completo controle de vômitos agudos e náusea foi de 59,2% e 48,7% naqueles que receberam regimes contendo cisplatina em comparação com 86,7 % e 75,2 % dos regimes sem a droga.	Uma única dose intravenosa de 8 mg de ondansetrona e 20 mg de dexametasona desencadeou poucos eventos adversos e bom controle de náuseas e vômitos agudos para as pacientes que receberam regimes não contendo cisplatina e naquelas com mais de 45 anos.

Continua

Autores	Objetivos	Resultados	Conclusão
23. Higgins, Montgomery e Bovbjerg (2007).	Examinar os efeitos da angústia pré-tratamento e expectativas de náuseas sobre náusea aguda e tardia pós-quimioterapia em pacientes que receberam seu primeiro ciclo de quimioterapia para câncer de mama.	Houve uma relação significativa entre angústia pré-tratamento e a gravidade da náusea tardia subsequente, mas não em relação à náusea aguda. Embora os níveis médios de náuseas tardias eram duas vezes mais elevados em pacientes que esperavam náuseas, esta diferença não alcançou significado estatístico nem houve qualquer relação significativa entre a expectativa e náusea aguda pós-tratamento.	Pesquisas futuras devem examinar a possibilidade de náuseas tardias, que são mais resistentes a drogas antieméticas do que náusea aguda, serem sensíveis às intervenções psicológicas antes dos tratamentos iniciais.
24. Kim e Morrow (2007).	Examinar o papel do apoio familiar no desenvolvimento da severidade da náusea antecipatória.	Foram avaliadas 539 mulheres com câncer de mama. Os resultados mostraram que o apoio da família foi associado com a severidade da náusea antecipatória mediada pelos níveis de ansiedade do paciente e severidade da náusea pós-tratamento. Além disso, o apoio da família teve um impacto direto sobre o nível de gravidade da náusea antecipatória.	Os resultados sugeriram que, ajudar os pacientes e suas famílias a se comunicarem de forma mais satisfatória e manter um sistema familiar organizado, pode ser benéfico na redução dos sintomas de náusea relacionada à quimioterapia.
25. Shelke et al. (2008).	Avaliar se intervenção educativa reduz a expectativa dos pacientes em apresentar náuseas.	Os 358 participantes foram randomizados em dois grupos. Os pacientes do grupo intervenção receberam um material educacional relacionado ao câncer em geral, além de informações específicas sobre a eficácia da ondansetrona, projetadas especificamente para diminuir a expectativa de náusea. Os pacientes do grupo controle receberam apenas o material educacional relacionado ao câncer em geral. As expectativas de náuseas foram avaliadas tanto antes como após a intervenção educativa. Observou-se uma redução significativa na expectativa de náuseas no grupo intervenção, em comparação com o grupo controle.	Os autores conseguiram reduzir as expectativas dos pacientes em apresentar náuseas induzidas por quimioterapia, mas não conseguiram reduzir a severidade ou a ocorrência das náuseas.

Continua

Autores	Objetivos	Resultados	Conclusão
		No grupo intervenção, a expectativa de náusea dos pacientes que foi avaliada antes da intervenção foi significativamente correlacionada com a ocorrência de náusea média, enquanto que a expectativa de náusea avaliada após a intervenção, não. Após iniciar o tratamento quimioterápico apesar da administração de ondansetrona, aproximadamente 76% dos pacientes relataram náusea.	
26. Shih, Wan e Chan (2009).	Avaliar a incidência de náuseas e vômitos em pacientes com câncer de mama que receberam quimioetapia adjuvante contendo antraciclina e investigar fatores de risco para as náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia.	Foram incluídas na análise 91 mulheres, que foram medicadas com antieméticos e apenas 9 (9,9 %) pacientes receberam aprepitante; 4,4 % apresentaram vômitos grau 3. A incidência de náuseas foi mais elevada no dia 3 após a quimioterapia e afetou 14,3 % das mulheres. A ansiedade e a história de náusea induzida por quimioterapia foram associadas com náuseas tanto agudas como tardias e a história de vômitos foi associada com vômitos tardios. Aproximadamente 65 % das pacientes aderiram aos antieméticos prescritos.	A maioria das pacientes aderiu ao uso de antieméticos e toleraram razoavelmente bem o regime quimioterápico, sem vômitos, ainda que as náuseas persistiram. Para melhorar o controle das náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia, os médicos devem se comunicar ativamente com os pacientes para facilitar a avaliação precisa dos fatores de risco e a resposta das náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia e encorajar a adesão aos antieméticos tardios.

Continua

Autores	Objetivos	Resultados	Conclusão
27. Roscoe et al. (2010).	Examinar os fatores de risco, incluindo expectativas de náuseas e suscetibilidade percebida a náusea, como preditores de náusea induzida pela quimioterapia.	A média de ocorrência de náusea entre mulheres com câncer de mama que receberam doxorrubicina foi significativamente maior do que para outros pacientes que receberam a mesma droga, para os que receberam cisplatina ou carboplatina. A média da ocorrência de náusea diminuiu progressivamente com a idade. Os pacientes que se julgavam mais suscetíveis a apresentar náuseas tinham significativamente mais náuseas do que os pacientes que se julgavam menos suscetíveis. A expectativa de náusea foi um preditor significativo de náusea média, mas não de náusea severa.	A idade foi considerada um fator de risco para o desenvolvimento de náuseas relacionadas com a quimioterapia; pacientes mais jovens tiveram significativamente mais náuseas do que os pacientes mais velhos; pacientes com câncer de mama tiveram mais náuseas do que os pacientes em outros grupos de diagnóstico. Não foram encontradas evidências que o gênero é um preditor significativo de náusea. Também se descobriu que uma simples pergunta sobre a suscetibilidade a náusea foi um forte preditor de náuseas.
28. Huertas-Fernández et al. (2010).	Analisar de forma prospectiva a efetividade de um protocolo antiemético implantado em pacientes que recebem quimioterapia	Completoaram o estudo 172 pacientes; 13,4 % vomitaram na fase aguda e 16,9 % na fase tardia. Dos pacientes que receberam quimioterapia altamente emetogênica, 18,5 % apresentaram vômitos na fase aguda e 20,2 % na tardia; náuseas na fase aguda de 46 % e 38,4 % na tardia. O controle de vômitos em pacientes com regimes de mínimo a moderado potencial emetogênico foi de 100 % na fase aguda e de 91,7 % na tardia; náuseas foram relatadas por 27 % na fase aguda e 31 % na tardia. Os fatores que mais contribuíram para a presença de vômitos e náuseas foram, potencial emetogênico, vômitos no ciclo anterior e idade.	A orientação proposta foi eficaz no controle de vômitos para potencial emetogênico de mínimo a moderado. Em esquemas altamente emetogênicos, o protocolo antiemético foi eficaz, embora a proteção não esteve completa. Este protocolo parece ser o mais eficaz no controle de náuseas, embora a náusea seja um complexo sintoma subjetivo medido de forma sistemática em ensaios clínicos.

Continua

Conclusão

Autores	Objetivos	Resultados	Conclusão
29. Hassan, Yusoff (2010).	Determinar o impacto das náuseas e vômitos agudos e tardios induzidos por quimioterapia na qualidade de vida de pacientes com câncer de mama.	O estudo foi realizado na Malásia com as três principais raças do país (malaio, chinês, indiano). O principal resultado foi que náuseas e vômitos tardios apresentaram um impacto maior na qualidade de vida do que os agudos. O impacto de náusea foi maior do que o de vômito.	Uma nova diretriz para o tratamento antiemético deve ser usada para reduzir o impacto de náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia na qualidade de vida, tendo em conta a variação de polimorfismos genéticos entre as três raças na Malásia.
30. Fernández-Ortega et al. (2012).	Avaliar o impacto das náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia associados a regimes de quimioterapia moderada/ altamente emetogênica na qualidade de vida dos pacientes.	Dados de 202 pacientes de nove hospitais universitários foram coletados, mas apenas dados de 160 foram analisados (79,2 %). A maioria dos participantes, 70 %, eram mulheres, com idade de 50 anos. O tipo de câncer mais frequente foi o de mama (44 %) seguido por pulmão (16 %) e 76.3 % receberam quimioterapia altamente emetogênica. Apesar do uso de profilaxia antiemética, 31 % dos pacientes apresentaram náuseas, sendo 3 % na fase aguda, 15 % na fase tardia e 13 % em ambas e 45 % apresentaram vômitos (5 % na fase aguda, 23,5 % na fase tardia e 16,5% nas duas fases). Além disso, em 44 % dos pacientes que apresentaram náuseas e em 39 % dos que apresentaram vômitos, houve um impacto na qualidade de vida dos pacientes.	Os resultados do estudo confirmaram o prejudicial efeito das náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia na qualidade de vida dos pacientes, apesar do uso de profilaxia antiemética (antagonista do receptor 5HT3, esteróides e antagonistas do receptor de dopamina). É obrigatório intensificar a detecção de náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia, a fim de melhorar o gerenciamento desses importantes efeitos colaterais.

APÊNDICE E

Referências dos estudos primários incluídos na amostra da RI

- ANDRYKOWSKI, M. A.; GREGG, M. E. The Role of Psychological Variables in Post-Chemotherapy Nausea: Anxiety and Expectation. **Psychosom. med.**, New York, v. 54, p. 48-58, 1992.
- BLASCO, T. et al. The Role of Anxiety and Adaptation to Illness in the Intensity of Postchemotherapy Nausea in Cancer Patients. **Span. j. psychol.**, Madrid, v. 3, n.1, p. 47-52, 2000.
- BLOEHL-DAUM, B. et al. Delayed Nausea and Vomiting Continue to Reduce Patients' Quality of Life After Highly and Moderately Emetogenic Chemotherapy Despite Antiemetic Treatment. **J. clin. oncol.**, New York, v. 24, n. 27, p. 4472-8, 2006.
- BOVBJERG, D. H. et al. An Experimental Analysis of Classically Conditioned Nausea During Cancer Chemotherapy. **Psychosom. med.**, New York, v. 54, p. 623-37, 1992.
- FERNÁNDEZ-ORTEGA, P. et al. Chemotherapy-induced nausea and vomiting in clinical practice: impact on patients' quality of life. **Support. care cancer.**, Berlin, v. 20, p. 3141-8, 2012.
- FREDRIKSON, M. et al. Delayed chemotherapy-induced nausea is augmented by high levels of endogenous noradrenaline. **Br. j. cancer.**, London, v. 70, p. 642-5, 1994.
- GLAUS, A. et al. Chemotherapy-induced nausea and vomiting in routine practice: a European perspective. **Support. care cancer.**, Berlin, v. 12, p. 708-15, 2004.
- HASSAN, B. A. R.; YUSOFF, Z. B. M. Negative impact of chemotherapy on breast cancer patients QOL - utility of antiemetic treatment guidelines and the role of race. **Asian pac. j. cancer prev.**, Bangkok, v.11, p.1523-7, 2010.
- HICKOK, J. T.; ROSCOE, J. A.; MORROW, G. R. The Role of Patients' Expectations in the Development of Anticipatory Nausea Related to Chemotherapy for Cancer. **J. pain symptom manage.**, Madison, v. 22, n. 4, p. 843-50, 2001.
- HIGGINS, S. C.; MONTGOMERY, G. H.; BOVBJERG, D. H. Distress before chemotherapy predicts delayed but not acute nausea. **Support. care cancer.**, Berlin, v.15, p. 171-7, 2006.
- HUERTAS-FERNÁNDEZ, M.J. et al. Análisis de la efectividad de un protocolo de antiemesis implantado en la Unidad de Oncología. **Farm. hosp.**, Madrid, v. 34, n. 3, p. 125-38, 2010.
- KIM, Y.; MORROW, G. R. Changes in family relationships affect the development of chemotherapy-related nausea symptoms. **Support. care cancer.**, Berlin, v. 11, p. 171-7, 2003.

- KIM, Y.; MORROW, G. R. The effects of family support, anxiety, and post-treatment nausea on the development of anticipatory nausea: a latent growth model. **J. pain symptom manage.**, Madison, v. 34, n. 3, p. 265-76, 2007.
- KOMEN, R. W.; REDD, W. H. Personality Factors Associated with Anticipatory Nausea/Vomiting in Patients Receiving Cancer Chemotherapy. **Health psychol.**, Hillsdale NJ, v. 4 n.3, p.189-202, 1985.
- MOLASSIOTIS, A. et al. Pretreatment factors predicting the development of postchemotherapy nausea and vomiting in Chinese breast cancer patients. **Support. care cancer.**, Berlin, v. 10, p. 139-45, 2002.
- MORROW, G. R.; ANGEL, C.; DUBESHTER, B. Autonomic changes during cancer chemotherapy induced nausea and emesis. **Br. j. cancer., Suppl.**, Basingstoke, v. 66, p. 42-5, 1992.
- MORROW, G. R.; LINDKE, J.; BLACK P. M. Anticipatory nausea development in cancer patients: Replication and extension of a learning model. **Br. j. psychol. (1953).**, London, v. 82, p. 61-72, 1991.
- MORROW, G. R. et al. Vagal changes following cancer chemotherapy: Implications for the development of nausea. **Psychophysiology**, Madison, v. 37, p. 378-84, 2000.
- PRADERMDEE, P. et al. Antiemetic Effect of Ondansetron and Dexamethasone in Gynecologic Malignant Patients Receiving Chemotherapy. **J. Med. Assoc. Thai.**, Bangkok, v. 89, suppl.4, p. S29-36, 2006.
- REDD, W. H. et al. Nausea Induced by Mental Images of Chemotherapy. **Cancer**, New York, v.72, n. 2, p. 629-36, 1993.
- RHODES, V. A. et al. Expectation and occurrence of postchemotherapy side effects Nausea and Vomiting. **Cancer pract.**, Philadelphia, v. 3 n. 4, p. 247-53, 1995.
- ROSCOE, J. A. et al. Insight in the prediction of chemotherapy-induced nausea. **Support. care cancer.**, Berlin, v.18, p. 869-76, 2010.
- ROSCOE, J. A. et al. Patient Expectations As Predictor Of Chemotherapy-Induced Nausea. **Ann. behav. med.**, Rockville MD, v. 22, n. 2, p. 121-6, 2000.
- ROSCOE, J. A. et al. Patient Expectation Is a Strong Predictor of Severe Nausea after Chemotherapy. **Cancer**, New York, v.101, n.11, p. 2701-8, 2004.
- SCHWARTZ, M. D.; JACOBSEN, P. B.; BOVBJERG, D. H. Role of Nausea in the Development of Aversions to a Beverage Paired with Chemotherapy Treatment in Cancer Patients. **Physiol. behav.**, Elmsford, v. 59, n. 4, p. 659-63, 1996.
- SHELKE, A. R. et al. Effect of a nausea expectancy manipulation on chemotherapy-induced nausea: a university of rochester cancer center community clinical oncology program study. **J. pain symptom manage.**, Madison, v. 35, n. 4, p. 381-7, 2008.

SHIH, V.; WAN, H. S.; CHAN, A. Clinical predictors of chemotherapy-induced nausea and vomiting in breast cancer patients receiving adjuvant doxorubicin and cyclophosphamide. **Ann. pharmacother.**, Cincinnati, v. 43, p. 444-52, 2009.

TSAVARIS, N. et al. Factors that influence the antiemetic activity of metoclopramide to cisplatin based chemotherapy. **Oncol. rep.**, Athens, v. 5, p. 1147-55, 1998.

TSAVARIS, N. et al. Parameters that influence the outcome of náusea and emesis in cisplatin based chemotherapy. **Anticancer res.**, Athens, v. 20, p. 4777-84, 2000.

TYC, V. L.; MULHERN, R. K.; BIEBERICH, A. A. Anticipatory nausea and vomiting in pediatric cancer patients: an analysis of conditioning and coping variables. **J. dev. behav. pediatr.**, Baltimore, v. 18 n. 1, p. 27-33, 1997.

ANEXO

ANEXO A

Instrumento de extração de dados de Pompeo (2007)

1. IDENTIFICAÇÃO

Título da publicação	
Título do periódico	
Base de dados	
Autores	Nome: Local de trabalho: Graduação:
País de origem dos autores	
Idioma	
Ano de publicação	
Instituição sede do estudo	() Hospital () Universidade () Centro de Pesquisa () Instituição única () Pesquisa multicêntrica () Outras instituições () Não identifica o local
Tipo de publicação	A – Material científico () Livro texto () Dissertação/Tese () Artigo de Periódico () Proceedings/Anais () Outros B – Tipo de revista científica () Publicação de enfermagem geral () Publicação de enfermagem perioperatória () Publicação de enfermagem de outra especialidade Qual: _____ () Publicação médica () Publicação de outras áreas da saúde Especificar: _____

2. INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

Introdução	() define o objeto de investigação () justifica a relevância do estudo () apresenta revisão de literatura relacionada ao tema do estudo () o quadro teórico representa o conteúdo do estudo
Objetivo/ questão de investigação/ hipótese	Descrever: _____ _____ _____ _____ () o autor define claramente o objetivo do estudo

3. CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS:

Delineamento do estudo	<p align="center">A – Estudos com dados primários</p> <p>() Abordagem quantitativa</p> <p style="padding-left: 150px;">() Delineamento experimental (delineamento fatorial; delineamento de medidas repetidas; ensaios clínicos).</p> <p style="padding-left: 150px;">() Delineamento quase-experimental (delineamento de grupo controle não equivalente; delineamento tempo-série)</p> <p style="padding-left: 150px;">() Delineamento não experimental (pesquisa correlacional; pesquisa descritiva)</p> <p>() Abordagem qualitativa</p> <p style="padding-left: 150px;">() Etnografia</p> <p style="padding-left: 150px;">() Fenomenologia</p> <p style="padding-left: 150px;">() Teoria fundamentada</p> <p style="padding-left: 150px;">() Outras</p> <p>B – Estudos com dados secundários</p> <p>() Revisão sistemática</p> <p>() Revisão integrativa</p> <p>() Revisão de literatura</p> <p>C - () Outras. Qual? _____</p> <p>D - () O autor define claramente o delineamento do estudo</p>
Amostra	<p>Seleção: () randômica () conveniência () outra _____</p> <p>Tamanho (n): inicial _____ final _____</p> <p>Características: idade: _____; Sexo: ()M ()F; Raça: _____</p> <p style="padding-left: 100px;">Diagnóstico: _____</p> <p style="padding-left: 100px;">Tipo de cirurgia: _____</p> <p>Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Técnica para coleta dos dados	<p>Descrever: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>() entrevista semi-estruturada () observação</p> <p>() o instrumento de coleta de dados foi descrito</p> <p>() o instrumento foi submetido à validação</p> <p>Variável independente (intervenção): _____</p> <p>Variável dependente: _____</p> <p>Grupo controle: () sim () não</p> <p>Duração do estudo: _____</p>

Análise dos dados	☐ análise descritiva	☐ análise estatística
	Descrever: _____	

☐ os dados apresentaram diferença estatisticamente significativa		

4. RESULTADOS

Resultados	Descrever: _____

	☐ foram apresentados de maneira clara e objetiva
	☐ foram explorados e discutidos
Fatores relacionados identificados: _____	

Características definidoras apresentadas: _____	

5. CONCLUSÕES

Conclusões	Descrever: _____

	☐ as conclusões são justificadas com base nos resultados
	Quais são as recomendações dos autores: _____

Nível de evidência (STETLER et al, 1998).	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

* STETLER, C.B. et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Applied Nursing Research*, v.11, n.4, p.195-206, 1998.