

MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA

REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA

julho/agosto/setembro/2016

62₃

Rio de Janeiro, RJ

2016 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)/ Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. A reprodução, adaptação, modificação ou utilização deste conteúdo, parcial ou integralmente, são expressamente proibidas sem a permissão prévia, por escrito, do INCA e desde que não seja para qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. Esta obra pode ser acessada, na íntegra, na Área Temática Controle de Câncer da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/MS) (http://bvsm.sau.gov.br/bvs/controle_cancer), no Portal do INCA (<http://www.inca.gov.br/rbc>) e no portal da CAPES (www.periodicos.capes.gov.br). A revista também está indexada na base de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde).

Ao enviar o manuscrito, os autores concordam em ceder os direitos de cópia para a Revista Brasileira de Cancerologia (RBC), incluindo o direito exclusivo de produção, reprodução e distribuição do artigo. Os autores são responsáveis exclusivos pelas informações e opiniões expressas nos trabalhos.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações – 4.0 Internacional.

Tiragem: 3.000 exemplares

Revista Brasileira de Cancerologia (ISSN 0034-7116), Brasil.

O INCA é responsável pela edição trimestral da RBC, cujo objetivo é publicar trabalhos relacionados a todas as áreas do Controle do Câncer. A Revista é aberta para a Sociedade Brasileira de Cancerologia, Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, Sociedade de Oncologia Pediátrica, Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica, Colégio Brasileiro de Radiologia - Setor de Radioterapia - e Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica.

A RBC é distribuída gratuitamente para hospitais gerais, universitários e de oncologia, faculdades, bibliotecas nacionais e internacionais, hemocentros, clínicas de oncologia e para profissionais da área.

Todos os manuscritos, dúvidas de editoração, mudanças de endereço, solicitação de recebimento da RBC e reclamações devem ser enviados para o endereço da Revista.

<p>ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES MINISTÉRIO DA SAÚDE Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) Revista Brasileira de Cancerologia Rua Marquês de Pombal, 125 - 2º andar - Centro 20230-240 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil Tel.: (21) 3207-6009 Fax: (021) 3207-6068 E-mail: rbc@inca.gov.br</p> <p>EDIÇÃO COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica Rua Marquês de Pombal, 125 - Centro - 20230-240 - Rio de Janeiro - RJ Tel.: (21) 3207-6009</p>	<p>EQUIPE EDITORIAL Editor Científico: Ronaldo Corrêa Ferreira da Silva Editor Executivo: Giovani Miguez Assistente de Edição: Luiz Paulo Labrego de Matos Produção Editorial e Revisão: Maria Helena Rossi Oliveira Revisão: Sara Sabino Pereira (estagiária de Letras) Projeto Gráfico e Diagramação: Cecília Pachá Revisão de Inglês e Espanhol: IAANS Jornalista Responsável: Taís Facina Normalização Bibliográfica e Ficha Catalográfica: Kátia Simões CRB-7/5952</p>
--	--

CONSELHO EDITORIAL		
Ademar Lopes, São Paulo, SP Ana LA Eisenberg, Rio de Janeiro, RJ Ângela Coe C Silva, Rio de Janeiro, RJ Anke Bergmann, Rio de Janeiro, RJ Anna Maria C Araújo, Rio de Janeiro, RJ Antônio A O Souza, Rio de Janeiro, RJ Beatriz de Camargo, São Paulo, SP Carlos Eduardo Pinto, Rio de Janeiro, RJ Carlos Gil Ferreira, Rio de Janeiro, RJ Carlos Henrique Menke, Porto Alegre, RS Cristiane S Lourenço, Rio de Janeiro, RJ Daniel Goldberg Tabak, Rio de Janeiro, RJ Denise M Moreira, Rio de Janeiro, RJ Edson Toscano Cunha, Rio de Janeiro, RJ Fermin Roland Schramm, Rio de Janeiro, RJ Fernando Luiz Dias, Rio de Janeiro, RJ Gilberto Schwartzmann, Porto Alegre, RS Hector NS Abreu, Rio de Janeiro, RJ Helois A Carvalho, São Paulo, SP	Jane de Almeida Dobbin, Rio de Janeiro, RJ José Carlos do Valle, Rio de Janeiro, RJ Leticia M Boechat Andrade, Rio de Janeiro, RJ Luiz Souhami, Quebec, Canadá Luiz Claudio Santos Thuler, Rio de Janeiro, RJ Luiz Otávio Olivatto, Rio de Janeiro, RJ Luiz Paulo Kowalski, São Paulo, SP Marceli O Santos, Rio de Janeiro, RJ Marcello Barcinski, Rio de Janeiro, RJ Marcelo Gurgel C Silva, Fortaleza, CE Marcia Fróes Skaba, Rio de Janeiro, RJ Maria da Penha Silva, Rio de Janeiro, RJ Maria Gaby R Gutiérrez, São Paulo, SP Maria Izabel S Pinel, Rio de Janeiro, RJ Maria S Pombo Oliveira, Rio de Janeiro, RJ Mario Brock, Berlim, Alemanha Mario Eisenberger, Baltimore, USA Mauro Monteiro, Rio de Janeiro, RJ	Miguel Guizzardi, Rio de Janeiro, RJ Milton Rabinowits, Rio de Janeiro, RJ Neli Muraki Ishikawa, Brasília, DF Nivaldo Barroso de Pinho, Rio de Janeiro, RJ Paulo Eduardo Novaes, Santos, SP Pedro A O Carmo, Rio de Janeiro, RJ Raquel Ciuvalschi Maia, Rio de Janeiro, RJ Regina Moreira Ferreira, Rio de Janeiro, RJ Renato Gonçalves Martins, Rio de Janeiro, RJ Ricardo Pasquini, Curitiba, PR Roberto A Lima, Rio de Janeiro, RJ Rossana Corbo Mello, Rio de Janeiro, RJ Sílvia Regina Brandalise, Campinas, SP Sima Esther Ferman, Rio de Janeiro, RJ Tânia Chalhub, Rio de Janeiro, RJ Vera Luiza da Costa e Silva, Rio de Janeiro, RJ Vivian Rumjanek, Rio de Janeiro, RJ Walter Gouveia, Rio de Janeiro, RJ

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Gráfica: Fox Print

Títulos para indexação
Em inglês: Brazilian Journal of Oncology
Em espanhol: Revista Brasileña de Cancerología

A Revista Brasileira de Cancerologia é filiada à
Associação Brasileira de Editores Científicos.



REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA

v.62 n.3 2016

SUMÁRIO CONTENTS SUMARIO	199
EDITORIAL EDITORIAL EDITORIAL	201
ARTIGOS ARTICLES ARTÍCULOS	
Avaliação da Qualidade de Vida de Mulheres com Carcinoma do Colo do Útero em Quimioterapia Paliativa	203
<i>Evaluation of Quality of Life in Women with Cervical Cancer undergoing Palliative Chemotherapy</i>	
Calidad de la Vida de las Mujeres en Evaluación Útero con Carcinoma de Cuello Uterino en Quimioterapia Paliativa	
Andressa Domingues Lofrano; Carla Patrícia de Moraes e Coura; Mario Jorge Sobreira da Silva	
Alimentar e Nutrir: Sentidos e Significados em Cuidados Paliativos Oncológicos	215
<i>To Feed and to Nourish: Significances and Meanings in Oncologic Palliative Care</i>	
Alimentos y Nutrición: Sentidos y Significados en los Cuidados Paliativos Oncológicos	
Mariana Fernandes Costa; Jorge Coelho Soares	
Significado dos Cuidados Paliativos para a Qualidade da Sobrevivência do Paciente Oncológico	225
<i>Meaning of Palliative Care for the Quality of Survivorship of Oncologic Patient</i>	
Significado de los Cuidados Paliativos en la Calidad de la Supervivencia de Paciente Oncológico	
Cinthia Pereira Silva; Antonio Tadeu Cheriff dos Santos; Rildo Pereira da Silva; Joecy Dias de Andrade; Liz Maria de Almeida	
Autocuidado e Quimioterapia Oral Domiciliar: Avaliação das Práticas Educativas dos Enfermeiros sob a Perspectiva de Pacientes	237
<i>Self-Care and Home Oral Chemotherapy: Evaluation of Nurses' Educational Practices from the Perspective of Patients</i>	
Autocuidado y Quimioterapia Oral en el Domicilio: Evaluación de las Prácticas Educativas de Enfermería desde la Perspectiva de los Pacientes	
Maria Eunice Rodrigues de Mesquita; Rildo Pereira da Silva	
RELATO DE CASO CASE REPORT INFORME DE CASO	
Benefícios da Hipodermoclise na Clínica Paliativa de Pacientes com Câncer: Relato de Caso	247
<i>Benefits of Hypodermoclysis in Palliative Care of Cancer Patients: Case Report</i>	
Benefícios de la Hipodermocclisis en la Clínica Paliativa de Pacientes con Câncer: Presentación de Caso	
Gislene Pontalti; Caren de Oliveira Riboldi; Ricardo Soares Gioda; Isabel Cristina Echer; Maria Alice Franzoi; Wiliam Wegner	
ARTIGO DE OPINIÃO OPINION ARTICLE ARTÍCULO DE OPINIÓN	
Os Cuidados ao Fim da Vida no Contexto dos Cuidados Paliativos	253
<i>End-of-Life Care in the Context of Palliative Care</i>	
Los Cuidado al Final de la Vida en el Contexto de los Cuidados Paliativos	
Silvana Maria Aquino da Silva	
Família e Cuidados Paliativos em Pediatria: Desafios à Garantia do Cuidado	259
<i>Family and Palliative Care in Pediatrics: Challenges in Guaranteeing Care</i>	
Familia y Cuidados Paliativos en Pediatría: Desafíos para Garantizar la Atención	
Gabrieli Branco Martins; Senir Santos da Hora	

Formação dos Profissionais de Saúde na Comunicação de Más Notícias em Cuidados Paliativos Oncológicos	263
<i>Health Care Professionals' Training in Communicating Bad News in Oncologic Palliative Care</i>	
Formación de Profesionales de la Salud en la Comunicación de Malas Noticias en los Cuidados Paliativos Oncológica	
Barbara Rafaela Bastos; Ana Carolina Galvão da Fonseca; Adrya Karolinne da Silva Pereira; Lorrany de Cássia de Souza e Silva	
RESENHA <i>REVIEW</i> RESEÑA	
Cuidados Paliativos no Mundo	267
<i>Palliative Care around the World</i>	
Cuidados Paliativos en el Mundo	
Germana Hunes Grassi Gomes Victor	
RESUMOS <i>ABSTRACTS</i> RESÚMENES	
VI Jornada de Cuidados Paliativos do INCA	271
<i>VI INCA Conference on Palliative Care</i>	
VI Jornada de Cuidados Paliativos del INCA	
INSTRUÇÕES PARA AUTORES <i>INSTRUCTIONS FOR AUTHORS</i> INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES	279

Editorial 62-3

Prezados leitores,

Este número da Revista Brasileira de Cancerologia (RBC) é integralmente dedicada ao tema Cuidado Paliativo em Câncer. Por esse motivo, inicio este editorial ressaltando a importância da escolha de tal temática.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, no ano de 2030, haverá 27 milhões de casos novos de câncer com 17 milhões de mortes pela doença e 75 milhões de pessoas vivendo com câncer. Anualmente, mais de 100 milhões de pessoas, entre familiares, cuidadores e pacientes, necessitarão de cuidados paliativos, entretanto menos de 8% terão acesso a esses serviços.

De acordo com a *European Association of Palliative Care* (EAPC), o cuidado paliativo é o cuidado ativo e integral aos pacientes portadores de doenças sem possibilidade curativa. O controle da dor e dos demais sintomas físicos, psicossociais e espirituais são o foco do trabalho da equipe interdisciplinar e englobam a unidade paciente-família. Esse cuidado reafirma a vida, considera a morte um processo natural e se propõe a preservar a melhor qualidade de vida possível até o momento do óbito.

As Portarias nº. 3.535 do GM/MS de 1998; nº. 2.439 de 2005; nº. 3.150 de 2006; e nº. 874 de 2013 compõem o arcabouço legal, no Brasil, para a implantação do cuidado integral e da linha de cuidado do paciente oncológico e são marcos importantes para a consolidação dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde (SUS).

O volume 62, número 3 da RBC, traz quatro artigos originais, um relato de caso, três artigos de opinião, uma resenha e sete resumos de trabalhos apresentados na *VI Jornada de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)*, promovida pelo Hospital do Câncer IV, na Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto.

O artigo de Lofrano e colaboradores avalia o impacto do tratamento quimioterápico com carboplatina e paclitaxel na qualidade de vida de mulheres com câncer do colo do útero. Os resultados, apesar de indicarem um impacto positivo no controle de diversos sintomas, não demonstraram melhora da qualidade de vida das pacientes avaliadas.

Já os autores Costa e Soares nos trazem a reflexão a respeito da compreensão dos sentidos e significados da alimentação e nutrição nos cuidados paliativos oncológicos para pacientes e cuidadores analisados no Brasil e Portugal. A conclusão dos autores é que o sentido primordial da alimentação e nutrição está na sua relação condicional para a vida, demonstrando ser fundamental o seu valor cultural e social, cheio de significado simbólico e grande carga emocional.

Ao analisar a relação de interdependência e complementariedade entre a aplicação do conceito de palição e qualidade da sobrevivência do paciente oncológico, na perspectiva da equipe multidisciplinar, Silva e colaboradores concluem que as necessidades de palição dos sobreviventes ao câncer demandam políticas específicas de controle de câncer. Tais políticas envolvem um modelo de planejamento de assistência orientado por uma definição de sobrevivência mais ampliada, fundada em estudos acerca das necessidades físicas, emocionais, econômicas e sociais desse crescente grupo.

Mesquita e Silva avaliam, na perspectiva do paciente, convergências e divergências entre orientações para o autocuidado, compreensão quanto às orientações e à sua aplicação. Os resultados foram divididos em três categorias empíricas e os autores propõem que, na transição de uma etapa para outra, haja uma ação anterior de identificação dos fatores socioculturais, uma ação posterior de caráter avaliativo e ações de acompanhamento entre os ciclos.

Em relato de caso, Pontalti e colaboradores enfatizam os benefícios da hipodermóclise, concluindo ser essa uma via segura, minimamente invasiva e eficaz no tratamento sintomático de pacientes com câncer em cuidados paliativos.

Na sessão artigos de opinião, são apresentados três artigos com temas bastante relevantes para o cuidado paliativo. Ao refletir sobre questões relacionadas à morte, Da Silva questiona o modelo de formação em saúde, ainda apoiado em uma visão exclusivamente tecnicista, em detrimento do aspecto humano, que precisa se confrontar com os próprios limites. Reforça ainda que, a partir do momento em que concebemos a vida como finita, ampliamos nosso cuidado

com essa experiência, e os profissionais de saúde que têm a oportunidade de desenvolver suas competências para lidar com doenças ameaçadoras da vida podem reconhecer os limites da cura, mas a ausência dos mesmos para o cuidado. Martins e Da Hora, a partir do cotidiano de trabalho do serviço social em pediatria oncológica, apontam sobre a necessidade da efetivação de um tratamento continuado e integral a crianças e adolescentes, tendo-se, como grande desafio, o acesso a insumos, medicações e políticas públicas de assistência, educação, habitação e previdência que estejam de acordo com as necessidades demandadas pelos cuidados paliativos. No terceiro artigo, Bastos e colaboradores ressaltam a importância e o impacto da comunicação de más notícias. Apesar de ferramenta essencial na vida humana, ainda se faz complexa e deficiente. Os autores defendem a inserção da formação em comunicação de notícias difíceis na graduação e educação continuada de instituições hospitalares.

Na última seção, apresentamos a resenha *Cuidados Paliativos no Mundo* na qual, com base nas publicações da *The Economist Intelligence Unit* de 2010 e 2015 sobre qualidade de morte, são descritos o desenvolvimento do cuidado paliativo mundialmente e a necessidade de seu aprimoramento, sobretudo, nos países em desenvolvimento.

Por fim, seguem os resumos da *VI Jornada de Cuidados Paliativos do INCA*.

Agradeço a todos que colaboraram para esta edição e desejo uma ótima leitura!



Germana Hunes Grassi Gomes Victor
Diretora da Unidade de Cuidados Paliativos
Coordenação de Assistência

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

Avaliação da Qualidade de Vida de Mulheres com Carcinoma do Colo do Útero em Quimioterapia Paliativa

Evaluation of Quality of Life in Women with Cervical Cancer undergoing Palliative Chemotherapy

Calidad de la Vida de las Mujeres en Evaluación Útero con Carcinoma de Cuello Uterino en Quimioterapia Paliativa

Andressa Domingues Lofrano¹; Carla Patrícia de Moraes e Coura²; Mario Jorge Sobreira da Silva³

Resumo

Introdução: No câncer do colo do útero, a avaliação da qualidade de vida é de suma importância, pois identifica aspectos relacionados ao bem-estar físico, mental e social que são afetados pela doença. **Objetivo:** Avaliar o impacto do tratamento quimioterápico paliativo com carboplatina e paclitaxel na qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer do colo uterino. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, não comparativo, sobre qualidade de vida de pacientes com câncer do colo do útero submetidas ao primeiro tratamento quimioterápico paliativo no período de 1 de abril a 30 de julho de 2015. Foram coletados dos prontuários dados sociodemográficos, e a qualidade de vida foi mensurada por meio da aplicação de questionário validado antes da realização do primeiro, segundo, quarto e sexto ciclos da quimioterapia. Para analisar a magnitude das alterações das variáveis, foram empregados os critérios estabelecidos por Osoba; e, para a análise de diferenças significativas entre as medidas, foi utilizado o teste de Wilcoxon. **Resultados:** Foi observado um impacto negativo nos sintomas da diarreia e neuropatia periférica, bem como melhora da capacidade emocional, física, funcional e social, além da minimização de sintomas como fadiga, dor, falta de apetite, náuseas e vômito e constipação. Contudo, não foi possível observar diferença estatística na alteração do estado geral de saúde ao longo do tratamento. **Conclusão:** Apesar do impacto positivo observado em diversos sintomas e funções, não foi possível observar melhora da qualidade de vida das pacientes avaliadas. **Palavras-chave:** Neoplasias do Colo do Útero/quimioterapia; Carboplatina; Paclitaxel; Qualidade de Vida; Cuidados Paliativos.

¹ Farmacêutica. Especialista em Oncologia. Egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)/Ministério da Saúde (MS). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* andressalofrano2@gmail.com

² Farmacêutica. Doutoranda em Ciências pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Hospital do Câncer II/INCA/MS. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* carla.morais@inca.gov.br

³ Farmacêutico. Doutorando em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Coordenação de Ensino do INCA/MS. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* mario.silva@inca.gov.br

Endereço para correspondência: Mario Jorge Sobreira da Silva. Rua Marquês de Pombal, 125 - Centro. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP:20.230-240. *E-mail:* mario.silva@inca.gov.br

INTRODUÇÃO

As neoplasias do colo do útero podem ser classificadas em dois tipos histopatológicos: o carcinoma de células escamosas (CCE), que corresponde a aproximadamente 90% dos casos, e o adenocarcinoma¹. As pacientes com lesões recorrentes (local ou regional) ou doença metastática que não são passíveis de excisão local radical ou radioterapia, em virtude da incurabilidade da doença, são tratadas com quimioterapia paliativa².

Para o câncer do colo do útero recorrente e metastático, a combinação dos quimioterápicos carboplatina e paclitaxel tem sido uma das opções de tratamento paliativo, principalmente pela menor toxicidade comparada com outros protocolos baseados em cisplatina³⁻⁵. A terapia paliativa pode aumentar o intervalo livre de doença, contribuindo não apenas para o aumento da sobrevida, mas também na melhora da qualidade de vida⁶.

Em oncologia, a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) foi definida por Cella e Tulsky⁷ como “a apreciação e a satisfação do paciente com seu nível atual de funcionamento, comparado com o percebido como possível ou ideal”.

No caso das mulheres com câncer do colo do útero, a avaliação da QVRS é de suma importância, pois identifica aspectos relacionados ao bem-estar físico, mental e social que são afetados pela doença, auxiliando na monitorização dos resultados do tratamento e intervenções⁸.

Uma revisão sistemática recente, sobre o uso de carboplatina e paclitaxel no câncer cervical metastático e recorrente, trouxe como uma das limitações do estudo a ausência de dados sobre a qualidade de vida⁵, apontando para o fato de essa variável ainda ser pouco estudada.

Diante da importância da avaliação da qualidade de vida para essa população, bem como da escassez de pesquisas relacionadas ao tema, principalmente nacionais, o objetivo do presente estudo foi avaliar o impacto da quimioterapia paliativa baseada em carboplatina e paclitaxel na QVRS de mulheres com câncer do colo uterino ao longo do tratamento, promovendo uma discussão sobre os motivos das principais alterações funcionais e sintomáticas.

MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo não comparativo no ambulatório de quimioterapia de um hospital público especializado em oncologia, referência em tratamento de tumores ginecológicos na cidade do Rio de Janeiro.

Os critérios de inclusão do estudo foram pacientes com câncer do colo uterino com indicação de início de tratamento quimioterápico paliativo baseado em

carboplatina (área sob a curva=5mg/ml/min) e paclitaxel (175mg/m²) a cada 21 dias. Como critérios de exclusão, menores de 18 anos, aquelas que apresentavam indicação de tratamento cirúrgico/radioterápico concomitante ou portador de algum transtorno de comportamento que dificultasse o preenchimento/resposta do questionário.

Todas as pacientes (n=24) que iniciaram o protocolo quimioterápico entre 1 de abril a 30 de julho de 2015 e atendiam aos critérios de inclusão foram convidadas a participar da pesquisa mediante explicação de todo procedimento do estudo e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As 24 pacientes aceitaram participar da pesquisa.

Para a identificação dos sujeitos da pesquisa, no que se refere aos perfis sociodemográfico e clínico, foi utilizado formulário desenvolvido para o estudo, cujos dados foram extraídos do prontuário. As variáveis coletadas foram: idade, raça, anos de estudo, tipo histológico, estadiamento, *performance status* no início do tratamento, presença de comorbidades, número de medicamentos utilizados e história de tabagismo.

Para avaliação e obtenção dos escores de qualidade de vida, foram utilizados os instrumentos de avaliação da *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 Items* (EORTC QLQ-C30) e da *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - Cervical Cancer Module* (EORTC QLQ-CX24), ambos traduzidos e validados para uso no Brasil^{9,10}. Foi obtida autorização para uso de tais instrumentos junto à EORTC. Os questionários foram aplicados por um pesquisador treinado, em um consultório no ambulatório de quimioterapia da unidade, no momento anterior à realização do primeiro, segundo, quarto e sexto ciclos do tratamento quimioterápico paliativo.

O questionário EORTC QLQ-C30 é multidimensional e composto por 30 questões divididas em escalas de itens múltiplos e de item único. A Escala de Saúde Global/qualidade de vida enfoca aspectos gerais da saúde e qualidade de vida (2 questões); a Escala Funcional engloba questões sobre aspectos físicos, emocionais, cognitivo, funcional e social (15 questões); e a Escala de Sintomas inclui os sintomas de fadiga, dor, dispneia, insônia, perda de apetite, náusea/vômito, constipação, diarreia e dificuldade financeira (13 questões). Os escores foram calculados para cada escala segundo as fórmulas estipuladas pela EORTC, variando de 0 a 100. Quanto mais próximo de 100, melhor a QVRS, com exceção da escala de sintomas que, quanto mais próximo de 100, pior é a qualidade de vida^{9,10}.

O questionário complementar EORTC QLQ-CX24, por sua vez, contém 24 questões divididas em escalas de

múltiplos itens e de item único: escala funcional que aborda questões sobre imagem corporal, atividade sexual, prazer sexual e função sexual/vaginal; escala de sintomas incluindo a experiência sintomática, linfedema, neuropatia periférica, sintomas de menopausa e preocupação sexual. Nesse questionário, os escores também variam de 0 a 100, sendo que um escore elevado significa pior QVRS ou um elevado número de problemas ou sintomas, exceto para as questões atividade sexual e prazer sexual em que valores elevados indicam menos problemas^{9,10}.

A análise descritiva da população do estudo (dados sociodemográficos e clínicos) foi realizada por meio da determinação de distribuição de frequências absoluta e relativa para as variáveis categóricas. A análise estatística foi realizada no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). Quatro pacientes realizaram apenas o primeiro ciclo de tratamento e, por esse motivo, não foram incluídas na análise dos dados, pois inviabilizava o cálculo da comparação da QVRS entre o primeiro e os ciclos subsequentes.

Para comparação dos escores médios entre os ciclos (1º e 2º; 1º e 4º; 1º e 6º; 2º e 4º; 2º e 6º; 4º e 6º), foi utilizado o teste dos pontos sinalizados de Wilcoxon, assumindo significância estatística o valor de $p < 0,05$. Esse teste é um método não paramétrico para comparação de duas amostras pareadas. A princípio, são calculados os valores numéricos da diferença entre cada par, sendo possível três condições: aumento (+), diminuição (-) ou igualdade (=). Uma vez calculadas todas as diferenças entre os valores obtidos para cada par de dados, essas diferenças são ordenadas pelo seu valor absoluto (sem considerar o sinal), substituindo-se então os valores originais pelo posto que ocupam na escala ordenada. O teste da hipótese de igualdade entre os grupos é baseado na soma dos postos das diferenças negativas e positivas. Esse teste para dados pareados, ao invés de considerar apenas o sinal das diferenças entre os pares, considera o valor dessas diferenças, sendo assim considerado um teste não paramétrico dos mais úteis. Quando as suposições paramétricas estão atendidas, a eficiência do teste de Wilcoxon é de cerca de 95% tanto para pequenas como para grandes amostras.

Além disso, para nortear a interpretação da significância das alterações nos escores médios entre os ciclos do questionário EORTC QLQ-C30, também foram adotados os critérios propostos por Osoba et al.¹¹. Tais critérios consideram como pequenas alterações mudanças entre cinco e dez pontos; alterações moderadas, diferenças entre dez e 20 pontos; e grandes alterações, mudanças superiores a 20 pontos nos escores médios das escalas de qualidade de vida.

Diante do exposto, o presente estudo pretende avaliar mudanças em algumas variáveis relacionadas à qualidade de vida durante o tratamento quimioterápico.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) pelo protocolo nº CAEE 42155215.8.0000.5274, e foram seguidos todos os princípios éticos em pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Foi recrutado um total de 24 pacientes no momento anterior ao primeiro ciclo de tratamento para primeira avaliação da QVRS por meio dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e QLQ-CX24. Após a primeira avaliação da qualidade de vida, quatro pacientes foram excluídas da pesquisa por não terem mais realizado nenhuma avaliação da qualidade de vida (1 óbito e 3 suspensões de tratamento por progressão de doença). Houve ainda, ao longo dos ciclos, nove perdas por seguimento (1 óbito, 1 abandono de tratamento, 1 toxicidade e 6 suspensões de tratamento por progressão de doença).

No que se diz respeito às características sociodemográficas, a média da idade das participantes do estudo foi de 49,3 anos. A maioria das pacientes era branca (55,0%), não casada (75,0%) e com no máximo de até oito anos de estudo (55,0%).

No que se refere às características clínicas, o tipo histológico mais prevalente na população participante foi o CCE (65,0%), com 13 pacientes acometidas. No que tange ao estadiamento no início do tratamento, 10% das pacientes apresentavam estágio IB, 50% IIB, 20% IIIB, 10% IVA e 10% IVB.

Predominou entre as pacientes *performance status* (ECOG) igual a 1 no início do estudo (80,0%). Em relação às comorbidades, 85% das pacientes não apresentaram qualquer relato; porém, 15 das 20 pacientes usavam cinco ou mais medicamentos. Além disso, menos da metade das pacientes apresentava histórico de tabagismo.

A Tabela 1 apresenta as médias da pontuação do estado geral de saúde/QVRS, escala funcional e de sintomas do EORTC QLQ-C30 e QLQ-CX24. Em relação ao estado geral de saúde/QVRS, a menor média foi de 72,22, indicando uma pontuação mais baixa no primeiro ciclo de tratamento.

Conforme a Figura 1, que mostra as diferenças das pontuações no estado geral de saúde/QVRS e nas escalas funcionais do EORTC QLQ-C30 entre os ciclos, não houve diferença significativa entre as pontuações do estado geral de saúde/QVRS entre nenhum dos ciclos. Porém, segundo os critérios de Osoba, houve uma alteração considerada pequena na qualidade de vida entre o primeiro e o quarto e o primeiro e sexto ciclos (7,0 e 6,6 pontos).

Tabela 1. Média da pontuação no EORTC QLQ-C30 e QLQ-CX24 durante a quimioterapia

Questionário/item	1º ciclo (n=20)		2º ciclo (n=20)		4º ciclo (n=14)		6º ciclo (n=11)	
	Média ± dp	Mediana						
EORTC QLQ-C30								
Estado geral de saúde/QVRS	72,2 ± 22,4	79,2	77,1 ± 23,8	83,3	79,2 ± 20,3	79,2	78,8 ± 18,0	83,3
Escala funcional								
Capacidade física	61,7 ± 27,9	63,3	60,7 ± 25,5	53,3	66,2 ± 26,3	60,0	73,9 ± 19,4	73,3
Capacidade funcional	60,8 ± 39,6	66,7	55,0 ± 41,2	50,0	70,2 ± 37,6	91,7	80,3 ± 29,6	21,5
Capacidade cognitiva	83,3 ± 22,3	92,0	78,3 ± 24,8	83,3	78,6 ± 24,8	83,3	78,8 ± 26,9	83,3
Capacidade emocional	64,6 ± 29,2	66,7	77,1 ± 24,2	83,3	76,2 ± 31,2	83,3	79,5 ± 21,3	83,3
Capacidade social	75,0 ± 35,3	83,3	73,3 ± 36,0	83,3	70,2 ± 49,9	100,0	83,3 ± 34,2	100,0
Escala de sintomas/itens								
Fadiga	41,1 ± 27,9	33,3	41,7 ± 33,4	33,3	31,7 ± 32,3	22,2	18,2 ± 19,4	11,1
Dor	40,8 ± 38,4	33,3	31,7 ± 36,2	16,7	22,6 ± 30,4	0,0	24,2 ± 27,2	16,7
Dispneia	10,0 ± 19,0	0,0	5,0 ± 16,3	0,0	2,4 ± 8,9	0,0	6,1 ± 20,1	0,0
Insônia	35,0 ± 39,7	16,7	28,3 ± 39,4	0,0	23,8 ± 35,6	0,0	36,4 ± 34,8	33,3
Perda de apetite	33,3 ± 35,9	33,3	31,7 ± 33,3	33,3	26,2 ± 35,0	0,0	9,1 ± 21,6	0,0
Náusea e vômito	16,7 ± 26,5	0,0	17,5 ± 22,6	0,0	9,5 ± 25,1	0,0	3,0 ± 6,7	0,0
Constipação	38,3 ± 42,3	33,3	30,0 ± 41,7	0,0	23,8 ± 37,9	0,0	6,1 ± 13,5	0,0
Diarreia	3,3 ± 14,9	0,0	10,0 ± 24,4	0,0	14,3 ± 28,4	0,0	12,1 ± 26,9	0,0
Dificuldade financeira	40,0 ± 42,7	33,3	38,3 ± 43,6	16,7	26,2 ± 35,0	0,0	27,3 ± 35,9	0,0
QLQ-CX24								
Escala funcional								
Imagem corporal	75,0 ± 31,6	88,9	73,9 ± 30,9	77,8	77,8 ± 25,8	88,9	75,8 ± 29,3	88,9
Atividade sexual	95,0 ± 12,2	100,0	95,0 ± 12,2	100,0	90,5 ± 15,6	100,0	90,9 ± 15,6	100,0
Prazer sexual	44,0 ± 38,0	66,7	44,0 ± 38,0	66,7	44,0 ± 38,0	66,7	66,7 ± 57,7	100,0
Função sexual/vaginal	80,5 ± 12,7	83,3	80,5 ± 12,7	91,7	80,5 ± 12,7	83,3	88,9 ± 19,2	100,0
Escala de sintomas								
Experiência sintomática	26,9 ± 7,1	28,8	23,3 ± 11,1	22,7	21,6 ± 9,9	21,2	21,8 ± 10,5	21,2
Linfedema	8,3 ± 14,8	0,0	6,7 ± 13,7	0,0	0,0 ± 0,0	0,0	6,1 ± 13,5	0,0
Neuropatia periférica	23,3 ± 37,6	0,0	13,3 ± 22,7	0,0	19,0 ± 25,2	0,0	39,4 ± 32,7	33,3
Sintomas de menopausa	48,3 ± 41,1	33,3	33,3 ± 35,9	33,3	19,0 ± 28,4	0,0	27,3 ± 38,9	0,0
Preocupação sexual	40,0 ± 31,7	33,3	50,0 ± 35,0	50,0	47,6 ± 42,8	66,7	39,4 ± 41,7	66,7

Nas escalas funcionais, não foram encontradas diferenças significativas entre as pontuações, à exceção da pontuação relativa à capacidade emocional no primeiro e no sexto ciclos, que, segundo Osoba, foi considerada uma alteração moderada. De acordo com o mesmo critério, houve alteração moderada (entre 10 e 20 pontos) nas escalas de capacidade física (entre 1º e 6º / 2º e 6º ciclos), capacidade funcional (entre 1º e 6º / 2º e 4º / 4º e 6º ciclos) e social (entre 2º e 6º / 4º e 6º); e, grande na escala de capacidade funcional entre o segundo e o sexto ciclos.

Na diferença das pontuações entre os ciclos nas escalas de sintomas/itens isolados do EORTC QLQ-C30 (Figura 2), os Gráficos A e B apontam para uma piora da diarreia entre o primeiro e o segundo ciclos e entre o primeiro e o quarto ciclos. O Gráfico C mostra uma melhora estatisticamente significativa na escala de náuseas e vômitos, perda de apetite e fadiga entre o primeiro e o sexto ciclos. Observou-se, ainda, melhora da dor entre o primeiro e o quarto ciclos (Gráfico B) e da fadiga entre o segundo e o sexto ciclos (Gráfico E) e entre o quarto e o sexto ciclos (Gráfico F). De acordo com os critérios

de Osoba, houve alterações moderadas para dificuldade financeira (1º e 4º / 1º e 6º / 2º e 4º / 2º e 6º ciclos), diarreia (1º e 4º ciclos), constipação (1º e 4º / 4º e 6º ciclos), náuseas e vômitos (1º e 4º / 2º e 6º ciclos), perda de apetite (4º e 6º ciclos), insônia (1º e 4º / 4º e 6º ciclos), dor (1º e 4º / 1º e 6º ciclos) e fadiga (4º e 6º ciclos). Grandes alterações foram observadas para perda de apetite (1º e 6º / 2º e 6º ciclos), constipação (1º e 6º / 2º e 6º ciclos) e fadiga (1º e 4º / 2º e 6º ciclos).

De acordo com a Figura 3, não foram encontradas diferenças significativas quando utilizado o teste dos pontos sinalizados de Wilcoxon em relação às escalas funcionais do questionário específico EORTC QLQ-CX24.

Na Figura 4, pode-se observar que houve melhora significativa dos sintomas relacionados à menopausa entre o primeiro e o quarto ciclos (Gráfico B) e entre o segundo e o quarto ciclos (Gráfico D), e da experiência sintomática entre o primeiro e o segundo ciclos (Gráfico A) e entre o primeiro e o quarto ciclos (Gráfico B). Observou-se piora significativa da neuropatia periférica entre o segundo e o sexto ciclos (Gráfico E).

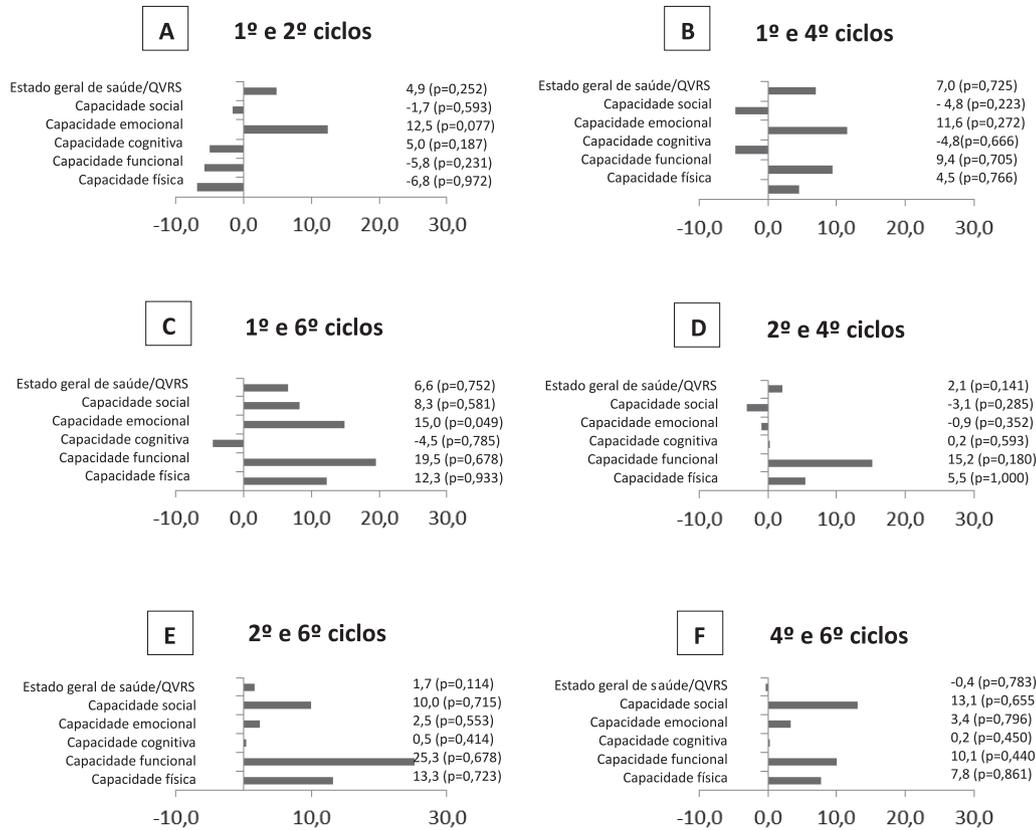


Figura 1. Alterações nas médias da pontuação relativa ao estado geral de saúde/QVRS e às escalas funcionais no EORTC QLQ-C30 e o resultado do teste estatístico de Wilcoxon (valores de "p"). A - Diferenças nas médias da pontuação entre o 1º (n=20) e o 2º (n=20) ciclos de quimioterapia; B - Diferenças nas médias da pontuação entre o 1º (n=20) e o 4º (n=14) ciclos de quimioterapia; C - Diferenças nas médias da pontuação entre o 1º (n=20) e o 6º (n=11) ciclos de quimioterapia; D - Diferenças nas médias da pontuação entre o 2º (n=20) e o 4º (n=14) ciclos de quimioterapia; E - Diferenças nas médias da pontuação entre o 2º (n=20) e o 6º (n=11) ciclos de quimioterapia; F - Diferenças nas médias da pontuação entre o 4º (n=14) e o 6º (n=11) ciclos de quimioterapia

DISCUSSÃO

Ao longo deste trabalho, foi recrutado um total de 24 pacientes. Entretanto, das 20 pacientes que participaram do início da pesquisa, metade não continuou por progressão de doença ou óbito. Esse fato pode implicar em limitações na interpretação dos resultados.

No presente estudo, não foi observada diferença no estado geral de saúde/QVRS das mulheres acometidas por carcinoma do colo uterino ao longo do tratamento quimioterápico paliativo à base de carboplatina e paclitaxel. A escassez de estudos na literatura que avaliam a QVRS durante esse tratamento dificulta a comparação direta dos achados. No entanto, foi possível levantar hipóteses para a explicação das principais alterações funcionais e sintomáticas encontradas ao longo do tratamento quimioterápico e a correlação ou não com a terapia em questão, e consequente impacto na qualidade de vida.

Entre as participantes do estudo, a média de idade foi de 49,3 anos, predominantemente de cor branca, com CCE e estadiamento avançado. Esses dados foram semelhantes a outros estudos já publicados^{4,12}.

Na avaliação do estado geral de saúde/QVRS ao longo do tratamento quimioterápico, foi observada, entre as pacientes que concluíram o estudo, uma pontuação média elevada e com tendência à estabilidade (pontuação entre 72,2 e 79,2). Avelino et al.¹³ encontraram resultado semelhante ao avaliarem pacientes com carcinoma pulmonar de células não pequenas em estágio avançado em uso do mesmo protocolo, carboplatina e paclitaxel. Assim, é possível pressupor que o tratamento em questão possa ter contribuído para a manutenção do estado geral das pacientes estudadas, evitando piora da qualidade de vida, principalmente naquelas que apresentavam melhor prognóstico no início do estudo. Estudos com um maior número de pacientes, no entanto, são necessários para verificação dessa hipótese.

Outra possível explicação para a elevada pontuação do estado geral de saúde/QVRS, mesmo diante de um quadro de saúde não favorável, seria a teoria da resposta deslocada, na qual os indivíduos que passam por uma alteração no estado de saúde mudam também o sentido da própria avaliação da qualidade de vida¹⁴. Nessa perspectiva, a mudança de resposta é um processo psicológico de adaptação à doença, permitindo que as

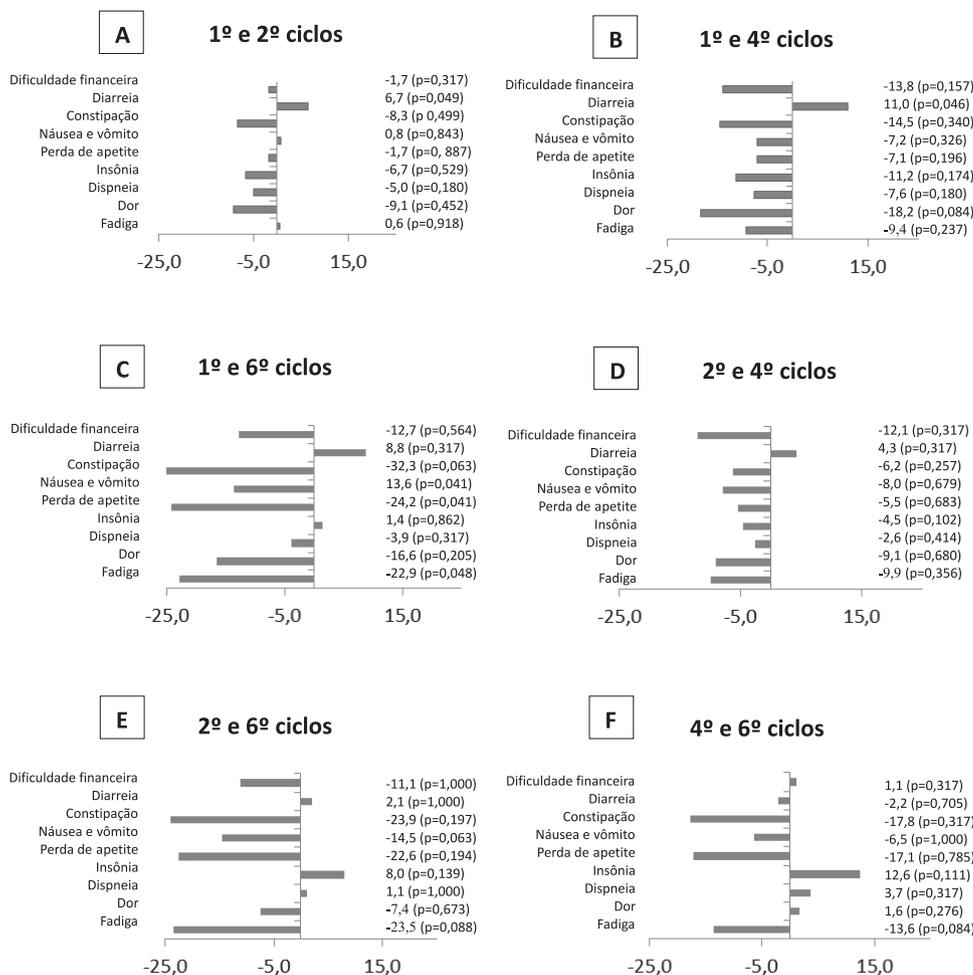


Figura 2. Alterações nas médias da pontuação relativa às escalas de sintoma/itens isolados do EORTC QLQ-C30. A - Diferenças nas médias da pontuação entre o 1º (n=20) e o 2º (n=20) ciclos de quimioterapia; B - Diferenças nas médias da pontuação entre o 1º (n=20) e o 4º (n=14) ciclos de quimioterapia; C - Diferenças nas médias da pontuação entre o 1º (n=20) e o 6º (n=11) ciclos de quimioterapia; D - Diferenças nas médias da pontuação entre o 2º (n=20) e o 4º (n=14) ciclos de quimioterapia; E - Diferenças nas médias da pontuação entre o 2º (n=20) e o 6º (n=11) ciclos de quimioterapia; F - Diferenças nas médias da pontuação entre o 4º (n=14) e o 6º (n=11) ciclos de quimioterapia

peças mantêm em sua fala uma qualidade de vida aceitável¹⁵. Essa experiência adaptativa difere entre aqueles que apresentam doença recorrente e os que apresentam a doença pela primeira vez, influenciando os resultados.

A pontuação elevada da QVRS observada pode também estar relacionada ao fato de a maioria das mulheres, mais de 80%, não possuir comorbidades. A coexistência do câncer com outros problemas de saúde tem sido associada a um pior prognóstico e, como consequência, a uma pior avaliação da QVRS⁸.

Na pontuação referente às escalas funcionais do EORTC QLQ-C30, apenas foi estatisticamente significativa a melhora na capacidade emocional entre o primeiro e o segundo ciclos e entre o primeiro e o sexto ciclos. Destaca-se que a capacidade emocional influencia diretamente a QVRS¹⁶. No entanto, deve-se ponderar que a capacidade emocional é menos influenciada pelo tratamento quimioterápico em comparação com

outras funções e sintomas. Uma hipótese para explicar a melhora dessa função é de que, quando uma pessoa se depara com uma situação de quadro de saúde irreversível ou morte iminente, experimenta-se uma série de estágios emocionais: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação¹⁷. Dessa forma, presume-se que as pacientes que chegaram até o sexto ciclo de tratamento conseguiram atingir a fase de aceitação em relação à situação de incurabilidade inicial (1º ciclo), melhorando a capacidade emocional.

Ainda relacionado às escalas funcionais, de acordo com os critérios de Osoba, houve uma alteração moderada indicando a melhora não apenas na capacidade emocional, mas também na física e funcional. Segundo Domodar et al.¹⁶, a melhora da capacidade física, funcional e saúde mental está relacionada ao aumento da sobrevivência e impacta significativamente na qualidade de vida. Entretanto, tais alterações podem ser influenciadas, por questões, como:

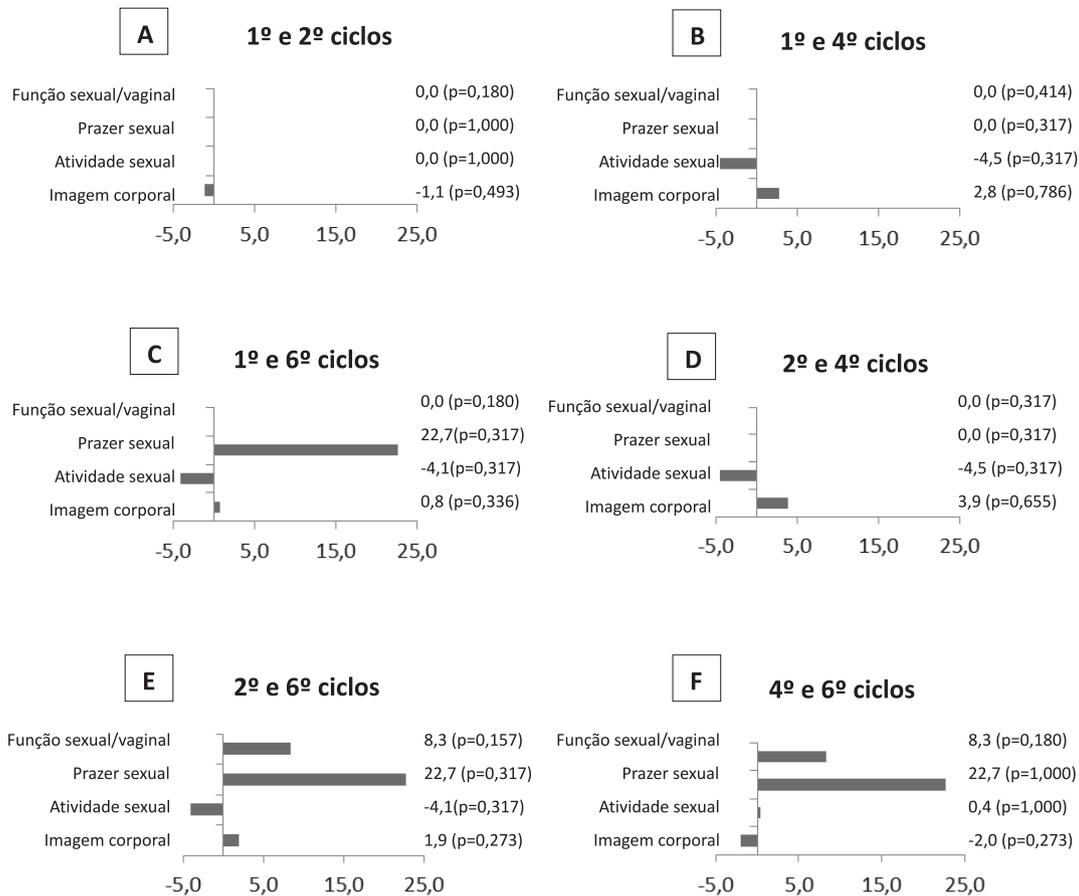


Figura 3. Alterações nas médias da pontuação relativa às escalas funcionais no EORTC QLQ-Cx24 e resultado do teste estatístico de Wilcoxon (valores de "p"). A - Diferenças nas médias da pontuação entre o 1º (n=20) e o 2º (n=20) ciclos de quimioterapia; B - Diferenças nas médias da pontuação entre o 1º (n=20) e o 4º (n=14) ciclos de quimioterapia; C - Diferenças nas médias da pontuação entre o 1º (n=20) e o 6º (n=11) ciclos de quimioterapia; D - Diferenças nas médias da pontuação entre o 2º (n=20) e o 4º (n=14) ciclos de quimioterapia; E - Diferenças nas médias da pontuação entre o 2º (n=20) e o 6º (n=11) ciclos de quimioterapia; F - Diferenças nas médias da pontuação entre o 4º (n=14) e o 6º (n=11) ciclos de quimioterapia

idade, *performance status*, estágio da doença, comorbidades pré-existentes e uso de agentes antineoplásicos e outros medicamentos¹³. Sendo assim, o protocolo quimioterápico pode impactar positivamente na melhora da capacidade física e funcional e, conseqüentemente, na QVRS.

Ao longo do tratamento quimioterápico, foi encontrada uma melhora na capacidade social, quando analisamos as alterações segundo os critérios de Osoba. Esse achado é corroborado pelos resultados encontrados no estudo de Jorge e Silva¹⁸, quando não foi observado prejuízo da capacidade social das pacientes submetidas à quimioterapia, demonstrando ainda estarem satisfeitas com suas relações pessoais e, especialmente, com o apoio recebido pelos parentes e amigos. Dessa forma, acredita-se que a situação de estar com câncer possa favorecer a aproximação dos laços sociais e, com isso, contribuir positivamente na avaliação da qualidade de vida.

No tocante aos sinais e sintomas mais encontrados nas pacientes, houve uma melhora significativa da

fadiga, apetite e náusea e vômito entre o momento anterior ao primeiro ciclo de quimioterapia e o último. Estudos anteriores^{13,19}, empregando o mesmo protocolo quimioterápico para outros tipos de câncer, encontraram resultados semelhantes, indicando que o tratamento baseado em paclitaxel e carboplatina pode estar relacionado com a melhora de tais sintomas. Além disso, a literatura relata tais sintomas em baixo grau quando se usa associação de paclitaxel e carboplatina, um fator que deve ser considerado na escolha da terapia, uma vez que afeta a qualidade de vida³. Todavia, o pequeno número de pacientes que realizou o último ciclo de quimioterapia (n=11) inviabiliza a realização de inferências.

Outros sintomas gastrointestinais, como a diarreia e a constipação, também são considerados pouco frequentes no protocolo antineoplásico em questão^{3,20}, o que está de acordo com nossos achados. Contudo, para os pacientes que experimentam esses sintomas, as conseqüências podem afetar sua qualidade de vida.

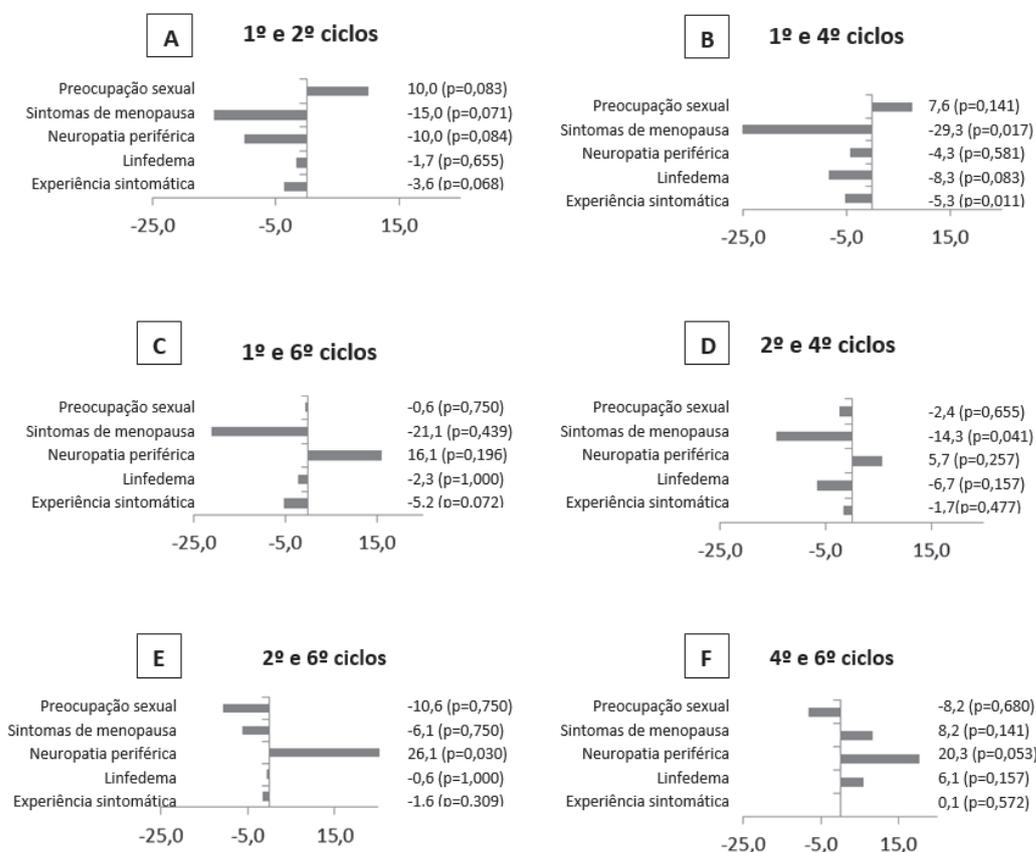


Figura 4. Alterações nas médias da pontuação relativa às escalas de sintomas no EORTC QLQ-CX24. A - Diferenças nas médias da pontuação entre o 1º (n=20) e o 2º (n=20) ciclos de quimioterapia; B - Diferenças nas médias da pontuação entre o 1º (n=20) e o 4º (n=14) ciclos de quimioterapia; C - Diferenças nas médias da pontuação entre o 1º (n=20) e o 6º (n=11) ciclos de quimioterapia; D - Diferenças nas médias da pontuação entre o 2º (n=20) e o 4º (n=14) ciclos de quimioterapia; E - Diferenças nas médias da pontuação entre o 2º (n=20) e o 6º (n=11) ciclos de quimioterapia; F - Diferenças nas médias da pontuação entre o 4º (n=14) e o 6º (n=11) ciclos de quimioterapia

A diarreia pode ocasionar desidratação e desequilíbrio eletrolítico²¹. Em nossos resultados, encontramos uma piora da diarreia entre o primeiro e o quarto e o segundo e o quarto ciclos de tratamento. Tais resultados divergem de estudos que não encontraram diferença significativa da diarreia quando a pontuação obtida na primeira avaliação da QVRS foi comparada àquela encontrada posteriormente^{13,19}.

Por outro lado, a constipação pode levar a desde um desconforto até um desfecho fatal em caso de fecaloma²¹. Dessa forma, a melhora da constipação encontrada em nosso estudo, ao longo dos seis ciclos, considerada uma alteração grande segundo os critérios de Osoba, pode ser decorrente da introdução de terapia laxativa comumente utilizada na instituição que pode ter impactado positivamente na qualidade de vida.

Segundo a escala de sintomas/itens isolados do EORTC QLQ-C30, também foi observada a melhora da dor ao longo do tratamento. Sabe-se que esse é um sintoma que atinge praticamente todas as pacientes nesse estágio do câncer do colo uterino, e que seu controle melhora a

qualidade de vida²². É possível que a melhora da dor ainda tenha ocorrido em virtude da terapia medicamentosa de suporte analgésica institucional.

Em relação à vida sexual das mulheres participantes deste estudo, não foi observada nenhuma alteração significativa entre os ciclos. Contudo, é importante salientar que apenas três pacientes relataram manter atividade sexual, demonstrando o possível impacto da doença e/ou tratamento nessa questão.

Entre o segundo e sexto ciclos de tratamento, foi observada uma piora significativa da neuropatia. Sabe-se que a terapia baseada em paclitaxel e carboplatina está relacionada a tal dano com baixa frequência e intensidade, sendo bem tolerada^{3,4,20}. Assim, é possível pressupor que outros fatores, não investigados no presente estudo, tenham influenciado o agravamento do sintoma relatado pelas pacientes que realizaram todos os ciclos.

A presente pesquisa buscou compreender melhor os possíveis impactos que o tratamento quimioterápico paliativo à base de carboplatina e paclitaxel tem na qualidade de vida das mulheres com câncer do colo

uterino, uma vez que a qualidade de vida é um conceito central em cuidados paliativos oncológicos²³.

Uma limitação do estudo, no entanto, é que aspectos subjetivos envolvendo elementos psíquicos, apoio social, emocional, entre outros não foram investigados. Esses aspectos podem influenciar o constructo qualidade de vida. Outra limitação é que não havia no prontuário informação se a doença era recorrente ou primeira manifestação. Essa informação poderia induzir a análise dos resultados obtidos considerando que exercem influência na resposta ao tratamento e na qualidade de vida, pois, em geral, para o mesmo estadiamento, a doença recorrente é acompanhada de piora do prognóstico e dos sintomas²⁴. Além disso, o número pequeno de pacientes estudadas e a perda de metade das pacientes entre o primeiro e o sexto ciclos por óbito ou progressão de doença também representam uma limitação.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo trazem informações ainda pouco conhecidas em nosso meio sobre a avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer do colo uterino. Entretanto, estudos mais acurados devem ser realizados para avaliar as alterações encontradas na escala de função e sintomas ao longo do tratamento com carboplatina e paclitaxel nessas pacientes, a fim de determinar a correlação desse protocolo com tais alterações.

Os achados dos instrumentos de medida de qualidade de vida podem auxiliar na detecção de problemas não detectados pela avaliação clínica convencional e melhorar a monitorização dos pacientes e sua comunicação com a equipe de saúde. Com informações sobre diferentes dimensões da vida do paciente, a equipe multiprofissional torna mais rápida e assertiva a escolha da conduta, na qual cada membro coloca em comum seu saber.

Nossos resultados apontaram um impacto negativo no sintoma da diarreia e neuropatia periférica; por outro lado, foi observada melhora da capacidade emocional, além da minimização de sintomas como a fadiga, dor, perda de apetite, náusea/vômito e experiência sintomática. Tais resultados positivos, embora tenham sido estatisticamente significantes em nossa amostra, não influenciaram sobremaneira a percepção dessas mulheres acerca da sua qualidade de vida geral ao longo da terapia.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores participaram na concepção do estudo, na coleta e análise dos dados; bem como na redação da versão final.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. National Cancer Institute (US). Cervical Cancer Treatment (PDQ®)–Health Professional [Internet]. Bethesda: National Cancer Institute; 2016. [atualizado em 2016 fev 4; acesso em 2017 jan 21]. Disponível em: <https://www.cancer.gov/types/cervical/hp/cervical-treatment-pdq>.
2. Tewari KS, Monk BJ. Gynecologic oncology group trials of chemotherapy for metastatic and recurrent cervical cancer. *Curr Oncol Rep.* 2005;7(6):419-34.
3. Kitagawa R, Katsumata N, Shigata T, Kamura T, Kasamatsu T, Nakanishi S, et al. Paclitaxel Plus Carboplatin versus Paclitaxel Plus Cisplatin in metastatic or recurrent cervical cancer: the open-label randomized phase III trial JCOG0505. *J Clin Oncol.* 2015;33(19):2129-35.
4. Garces AH, Mora PA, Alves FV, Carmo CC, Grazziotin R, Fernandes AC, et al. First-line paclitaxel and carboplatin in persistent/recurrent or advanced cervical cancer: a retrospective analysis of patients treated at Brazilian National Cancer Institute. *Int J Gynecol Cancer.* 2013;23(4):743-8.
5. Lorusso D, Petrelli F, Coinu A, Raspagliesi F, Barni S. A systematic review comparing cisplatin and carboplatin plus paclitaxel-based chemotherapy for recurrent or metastatic cervical cancer. *Gynecol Oncol.* 2014;131(1):117-23.
6. Pectasides D, Kamposioras K, Papaxoinis G, Pectasides E. Chemotherapy for recurrent cervical cancer. *Cancer Treat Rev.* 2008;34(7):603-13.
7. Cella DF, Tulsky DS. Quality of life in cancer: definition, purpose, and method of measurement. *Cancer investigat.* 1993;11(3):327-36.
8. Fernandes WC, Kimura M. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino. *Rev Latinoam Enfermagem.* 2010;18(3):65-72.
9. Greimel ER, Kuljanic Vlasic K, Waldenstrom AC, Duric VM, Jensen PT, et al. The European Organization for Research and treatment of Cancer (EORTC) quality-of-life questionnaire cervical cancer module: EORTC QLQ-CX24. *Cancer.* 2006;107(8):1812-22.
10. Fregnani CMS. Propriedades psicométricas de dois instrumentos para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres com câncer de colo de útero [Tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2013.
11. Osoba D, Rodrigues G, Myles J, Zee B, Pater J. Interpreting the significance of changes in health-related quality of- life scores. *J Clin Oncol.* 1998;16(1):139-44.
12. Toit GC, Kidd M. Prospective quality of life study of south african women undergoing treatment for advanced-stage cervical cancer. *Clin Ther.* 2015;37(10):2324-31.

13. Avelino CUR, Cardoso RM, Aguiar SS, Silva MJS. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com carcinoma pulmonar de células não pequenas em estágio avançado, tratados com carboplatina associada a paclitaxel. *J Bras Pneumol*. 2015;41(2):133-42.
14. Sprangers MA, Schwartz CE. Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model 1999. *Soc Sci Med*. 1999;48(11):1507-15.
15. Sharpe L, Butow P, Smith C, McConnell D, Clarke S. Changes in quality of life in patients with advanced cancer: evidence of response shift and response restriction. *J Psychosom Res*. 2005; 58(6):497-504.
16. Domodar G, Gopinath S, Vijayakumar S, Rao AY. Reasons for low quality of life in south indian cancer patient population: a prospective observational study. *Indian J Pharm Sci*. 2014;76(1):2-9.
17. Kübler-Ross EK. *On death and dying: what the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*. New York: Scribner; 2015.
18. Jorge LLR, Silva SR. Avaliação da qualidade de vida de portadoras de câncer ginecológico, submetidas à quimioterapia antineoplásica. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2010;18(5):2-7.
19. Brotto L, Brundage M, Hoskins P, Vergote I, Cervantes A, Casado HA, et al. Randomized study of sequential cisplatin-topotecan/carboplatin-paclitaxel versus carboplatin-paclitaxel: effects on quality of life. *Support Care in Cancer*. 2016;24(3):1241-9.
20. Guo YQ, Ding Y, Li DD, Peng RQ, Wen XZ, Zhang X, et al. Efficacy and safety of nab-paclitaxel combined with carboplatin in Chinese patients with melanoma. *Med Oncol*. 2015;32(9):234.
21. National Cancer Institute (US). *Gastrointestinal Complications (PDQ®): Health Professional Version* [Internet]. Bethesda: National Cancer Institute; 2016 [atualizado em 2016 sept 9; acesso 2016 abr 2]. Disponível em: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/constipation/GI-complications-hp-pdq>.
22. Bates MJ, Mijoya A. A review of patients with advanced cervical cancer presenting to palliative care services at Queen Elizabeth Central Hospital in Blantyre, Malawi. *Malawi Med J*. 2015;27(3):93-5.
23. Kaasa S, Loge JH. Quality of life in palliative care: principles and practice. *Palliat Med*. 2003;17(1):11-20.
24. Hanson Frost M, Suman VJ, Rummans TA, Dose AM, Taylor M, Novotny P, et al. Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: the influence of disease phase. *Psychooncology*. 2000;9(3):221-31.

Abstract

Introduction: In cervical cancer, evaluating quality of life, is very important because it identifies aspects related to physical, mental and social well-being that are affected by the disease. **Objective:** To evaluate the impact of palliative chemotherapy with carboplatin and paclitaxel on quality of life related to health in women with cervical cancer. **Method:** This is an observational prospective study of quality of life in patients with cervical cancer undergoing the first palliative chemotherapy in the period from 1 April to 30 July 2015. Sociodemographic data were collected from medical records and quality of life was measured by a validated questionnaire prior to undergoing the first, second, fourth and sixth chemotherapy cycles. To analyze the magnitude of the change of variables, the criteria established by Osoba were used and statistical significance analysis was performed using the Wilcoxon test. **Results:** A negative impact was observed in the symptoms of diarrhea, and peripheral neuropathy, as well as improvement in emotional, physical, functional and social capacity and minimizing of symptoms such as fatigue, pain, loss of appetite, nausea and vomiting and constipation. However, it was not possible to observe statistically significant differences in change in general health during the treatment. **Conclusion:** Despite the positive impact observed on various symptoms and functions, it was not possible to observe improvement in the quality of life of the patients evaluated.

Key words: Uterine Cervical Neoplasms/drug therapy; Carboplatin; Paclitaxel; Quality of Life; Palliative Care.

Resumen

Introducción: En el cáncer de cuello uterino, la evaluación de la calidad de vida, es muy importante, ya que identifica los aspectos relacionados con el bienestar físico, mental y social que se ven afectados por la enfermedad. **Objetivo:** Evaluar el impacto de la quimioterapia paliativa con carboplatino y paclitaxel en la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres con cáncer de cuello uterino. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo no comparativo sobre la calidad de vida de pacientes con cáncer de cuello uterino, sometidas al tratamiento de quimioterapia paliativa en el período del 1 de abril al 30 de julio del año 2015 se obtuvieron de los registros médicos de datos sociodemográficos y de calidad de vida se midió mediante un cuestionario validado antes de el primer, segundo, cuarto y sexto ciclo de quimioterapia. Para analizar la magnitud del cambio de variables, se utilizaron los criterios establecidos por Osoba y para el análisis de diferencias significativas entre las medidas se realizó mediante el test de Wilcoxon. **Resultados:** Se observó un impacto negativo en los síntomas de diarrea, y la neuropatía periférica, así como la mejora de la capacidad emocional, problemas físicos, funcionales y sociales y la minimización de los síntomas tales como fatiga, dolor, pérdida de apetito, náuseas y vómitos y estreñimiento. Sin embargo, no fue posible observar diferencias estadísticamente significativas en el cambio en la salud general durante el tratamiento. **Conclusión:** A pesar del impacto positivo observado en diversos síntomas y funciones, no fue posible observar mejoría en la calidad de vida de las pacientes evaluadas.

Palabras clave: Neoplasias del Cuello Uterino/quimioterapia; Carboplatino; Paclitaxel; Calidad de Vida; Cuidados Paliativos.

Alimentar e Nutrir: Sentidos e Significados em Cuidados Paliativos Oncológicos

To Feed and to Nourish: Significances and Meanings in Oncologic Palliative Care

Alimentos y Nutrición: Sentidos y Significados en los Cuidados Paliativos Oncológicos

Mariana Fernandes Costa¹; Jorge Coelho Soares²

Resumo

Introdução: A formação acadêmica do nutricionista não tem tratado devidamente o tema “alimentação” como fenômeno psicobiossociocultural, fato preocupante na medida em que os elementos de trabalho desse profissional são o homem e a sua comida. **Objetivo:** Compreender os sentidos e significados da alimentação e nutrição nos cuidados paliativos oncológicos para pacientes e cuidadores analisados no Brasil e em Portugal. **Método:** Pesquisa qualitativa, de caráter exploratório-descritivo, realizado com pacientes e cuidadores em instituições de saúde do Brasil e Portugal, no ano de 2013, cujos dados foram produzidos por entrevistas semiabertas, utilizando-se a análise do discurso do sujeito coletivo para compreender os sentidos e significados da alimentação e nutrição para os entrevistados. **Resultados:** Participaram 14 pacientes oncológicos adultos e 14 cuidadores. A ideia central mais frequente foi: *se não comer, não pode viver*, presente no discurso de 100% dos pacientes e 78% dos cuidadores analisados. Os discursos dos brasileiros e portugueses se complementam, existindo mais semelhanças do que diferenças no aspecto alimentação e nutrição nos cuidados paliativos oncológicos entre Brasil e Portugal. **Conclusão:** O sentido primordial da alimentação e nutrição está na sua relação condicional para a vida, demonstrando ser fundamental o seu valor cultural e social, cheio de significado simbólico e grande carga emocional.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Neoplasias; Alimentação; Nutrição em Saúde Pública; Cuidadores.

¹ Nutricionista Clínica do Serviço de Nutrição do Hospital do Câncer IV do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. (HC IV/INCA/MS). Doutora em Alimentação, Nutrição e Saúde e Doutora em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* marifcosta@gmail.com

² Doutor em Comunicação Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Instituto de Psicologia da UERJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* jorge.coelho.soares@gmail.com

Endereço para correspondência: Mariana Fernandes Costa. Rua Domingues de Sá, 381 - apartamento 704 - Icaraí. Niterói (RJ), Brasil. CEP: 24220-090. *E-mail:* marifcosta@gmail.com

INTRODUÇÃO

Os cursos de nutrição, compreendidos na lógica fragmentada dos saberes em saúde, em sua maioria conjecturada dentro do modelo biomédico, têm dado pouca ou nenhuma importância às dimensões humana e social dos sujeitos na trajetória de formação acadêmico-profissional do nutricionista, bem como não têm tratado devidamente o tema “alimentação” como fenômeno psicobiopsociocultural. Isso passa a ser preocupante na medida em que os elementos de trabalho desse profissional são o homem e a sua comida: um processo relacional demasiadamente complexo¹ que envolve vários aspectos simbólicos com muitos sentidos e significados.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)², cuidados paliativos é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares frente a problemas associados à doença terminal por meio de prevenção e alívio do sofrimento, identificando, avaliando e tratando a dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. Segundo Cícely Saunders³, o objetivo do cuidado paliativo é a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias. Sendo assim, antes da morte, ainda temos vida, apesar de próxima do fim, deve-se garantir o atendimento do ser humano em sua totalidade, promovendo o bem-estar global e mantendo sua dignidade, de modo que possa viver a sua morte e não seja expropriado de sua vida. Os cuidados ao fim de vida referem-se, em geral, aos últimos dias ou últimas 72 horas de vida. O reconhecimento dessa fase pode ser difícil, mas é extremamente necessário para o planejamento do cuidado e preparo do paciente e sua família para perdas e óbito.

Este trabalho justifica-se pela escassez de estudos na literatura científica sobre alimentação e nutrição em cuidados paliativos, principalmente em unidades hospitalares do serviço público, conforme a revisão bibliográfica realizada previamente à elaboração do projeto de pesquisa. Outros fatores que também motivaram a realização do estudo é a sua relevância para a sociedade pelos benefícios à clientela atendida e aos profissionais, atuantes na área de cuidados paliativos, pois possibilitará compreender os sentidos e significados atribuídos à alimentação e nutrição, de modo a oferecer conforto e apoio aos pacientes internados e aos seus cuidadores, além de desenvolver estratégias que diminuam as barreiras comunicacionais e aliviem o sofrimento daqueles envolvidos contribuindo para o aprimoramento das atitudes perante a morte. Viver o pouco tempo que se dispõe com qualidade é sem dúvida o objetivo último de quem cuida e é cuidado.

Por razões históricas e de fenômenos recentes de imigração, Brasil e Portugal compartilham de uma

influência cultural, costumes similares e uma mesma língua. Desse modo, o objetivo do estudo foi compreender os sentidos e significados da alimentação e nutrição nos cuidados paliativos oncológicos para pacientes e cuidadores, entrevistados durante internação hospitalar, no Brasil e em Portugal. A escolha por entrevistar pacientes e cuidadores justifica-se pelo envolvimento desses sujeitos em todas as etapas do processo da doença, participando ativamente nas tomadas de decisões. A equipe multiprofissional de cuidados paliativos enfrenta situações nas quais a decisão de fornecer ou não alimentação requer, além da avaliação clínica dos pacientes, abertura para comunicação sobre as expectativas dos pacientes e também de seus cuidadores, tendo as instituições nos dois países semelhante estrutura e concepção sobre os cuidados paliativos.

Na prática clínica, por exemplo, observa-se que, quando a situação do paciente em cuidados paliativos já se apresenta muito grave, sem prognóstico de melhora ou de reversão, a diminuição na aceitação da alimentação e até mesmo a recusa alimentar são frequentes, causando muita angústia aos familiares, por isso os profissionais envolvidos no tratamento precisam estar aptos a identificar os reais benefícios da alimentação, no que se refere à qualidade de vida do paciente, analisando também as questões trazidas pelos cuidadores. Desse modo, o fato de entrevistar ambos contemplou maior riqueza de conteúdo ao trabalho sobre os sentidos e significados da alimentação e nutrição.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, de perspectiva interpretativa. Foram realizadas entrevistas semiabertas, audiogravadas, guiadas por três perguntas sobre as mudanças na alimentação com o processo da doença, a adaptação e as estratégias utilizadas, e os sentidos e significados da alimentação e nutrição para pacientes e cuidadores nos cuidados paliativos, sendo interesse deste trabalho apresentar somente a ideia central mais frequente sobre o último tópico. Após transcrição das entrevistas, utilizou-se a técnica da análise de discurso do sujeito coletivo (DSC)⁴. Alguns dados clínicos e sociodemográficos foram colhidos em prontuários (sexo, idade, diagnóstico, tipos de tratamentos realizados, progressão de doença, metástases, sinais e sintomas, *Karnofsky Performance Status* (KPS) e via alimentar) e com os entrevistados (sexo, idade, profissão e vínculo com o paciente).

O projeto foi previamente aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) (453.837), do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) (462.858) e do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil

(IPO) Porto, Portugal (108/2013). Todos convidados aceitaram participar voluntariamente do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Delinearam-se como participantes do estudo o paciente oncológico adulto, em cuidados paliativos, internado em unidades hospitalares especializadas, e cuidadores que estivessem acompanhando os pacientes. Como critérios de inclusão, foram considerados os pacientes que mantinham o nível de consciência e a fala preservados, e excluídos os cuidadores que tinham alterações cognitivas, de modo que fossem capazes de prover os dados necessários à questão principal da pesquisa. A amostragem foi feita por conveniência, independente do tempo de internação hospitalar, sendo as entrevistas realizadas ao longo do primeiro semestre de 2013, no Hospital do Câncer IV do INCA, Rio de Janeiro (RJ), Brasil, e no Serviço de Cuidados Paliativos do IPO, Porto, Portugal. Todos os convidados aceitaram participar.

Os depoimentos dos pacientes e cuidadores entrevistados foram organizados em forma de DSC que tem como objetivo elencar e articular uma série de operações sobre a matéria-prima de depoimentos coletados em pesquisas empíricas por meio de questões abertas, a fim de obter o pensamento coletivo. O painel de discursos de sujeitos coletivos resultante dessas operações é composto de extratos de diferentes depoimentos individuais, sendo redigido na primeira pessoa do singular, com vistas a produzir no receptor o efeito de uma opinião coletiva⁵.

Para confecção dos DSC, foram criadas algumas figuras metodológicas: expressões-chave, ideias centrais, ancoragem e DSC. As expressões-chave correspondem a pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que devem ser destacadas pelo pesquisador e que revelam a essência do depoimento; em geral, correspondem às questões da pesquisa. São uma espécie de prova discursivo-empírica da verdade das ideias centrais e das ancoragens e vice-versa. É com a matéria-prima das expressões-chave que se constroem os DSC. As ideias centrais correspondem a um nome ou expressão linguística que revela e descreve, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de expressões-chave, que posteriormente originará o DSC. Podem ser resgatadas por meio de descrições diretas do sentido do depoimento, revelando o que foi dito ou através de descrições indiretas ou mediadas, que revelam o tema do depoimento ou sobre o que o sujeito enunciatador está falando. A ancoragem é a manifestação linguística de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença que o autor do discurso professa. Quase todo o discurso tem uma ancoragem na medida em que está quase sempre alicerçado em pressupostos, teorias, conceitos e hipóteses.

O DSC é um discurso-síntese composto pelas expressões-chave que têm a mesma ideia central ou ancoragem, o qual passa a representar a fala do social ou o pensamento coletivo redigido na primeira pessoa do singular. É a principal figura metodológica. Para a elaboração do DSC, os discursos em estado bruto são submetidos inicialmente a um trabalho analítico de decomposição, que consiste em selecionar as principais ancoragens e/ou ideias centrais presentes em cada um dos discursos individuais e em todos eles reunidos, terminando sob uma forma sintética, em que se busca a reconstituição discursiva da representação social. A proposta do DSC consiste em analisar o material verbal coletado extraindo-se dos depoimentos as suas correspondentes expressões-chave. Com as expressões-chave das ideias centrais ou ancoragens semelhantes, compõe-se um ou vários discursos. Para organizar os depoimentos dos pacientes e cuidadores entrevistados, utilizou-se a tabulação de dados que inclui Instrumentos de Análise do Discurso (IAD) na qual as expressões-chave de mesma ideia central foram reunidas para formação do DSC.⁴ Os dados foram coletados e analisados por único pesquisador.

RESULTADOS

Participaram do estudo sete pacientes adultos e sete cuidadores em cada hospital, totalizando 28 pessoas. Entre os pacientes entrevistados no INCA, quatro eram do sexo masculino e três, feminino. A média de idade foi 65,86 ± 8,11 anos. Em relação à região acometida, três tinham câncer na região abdominal, dois no tórax, um de origem ginecológica e um na região de cabeça e pescoço. Os dados de tratamentos anteriores mostram que cinco fizeram radioterapia, dois, quimioterapia e nenhum dos casos teve indicação cirúrgica. Além disso, dois pacientes eram virgens de tratamento. Todos tinham progressão de doença local e três apresentavam metástase. Quanto aos sinais e sintomas, quatro tinham queixa do trato gastrointestinal, dois com dor, um apresentando dispneia e um com fadiga. O KPS dos pacientes variou de 30% a 60%. Todos os pacientes entrevistados no INCA estavam com nível de consciência alerta e se alimentavam pela boca, apenas um também tinha gastrostomia como via alternativa.

Os cuidadores do INCA que participaram das entrevistas tinham idade de 53,29±7,70 anos, sendo a maioria do sexo feminino (6). Uma cuidadora apenas tinha vínculo formal (com remuneração financeira), outra era amiga e os demais com parentesco familiar (3 irmãos, 1 mãe e 1 nora). Entre as cuidadoras, três eram empregadas domésticas, as outras tinham profissões diversas (costureira, assistente administrativo, técnica de enfermagem e professora de ensino superior).

Em relação aos pacientes entrevistados no IPO Porto, cinco eram do sexo masculino e dois feminino. A média de idade foi $67,86 \pm 11,19$ anos. Quanto à região acometida, três tinham câncer na região abdominal, dois de origem ginecológica/urológica, um no tórax e um caso de mieloma múltiplo. Quanto ao tratamento, seis fizeram quimioterapia, quatro radioterapia e três submetidos à cirurgia. Apenas um paciente não tinha progressão de doença. Em relação aos sinais e sintomas, seis tinham queixas do trato gastrointestinal, quatro estavam com dor, dois apresentando dispneia e dois com fadiga. O KPS dos pacientes variou de 30% a 70%. Todos os pacientes entrevistados no IPO estavam alertas e se alimentando pela boca.

Os cuidadores do IPO Porto que participaram das entrevistas tinham idade de $51,57 \pm 15,77$ anos, sendo cinco mulheres e dois homens. Todos cuidadores apresentavam parentesco familiar (três cônjuges, duas filhas, uma mãe e um irmão). Quanto à ocupação, duas cuidadoras eram do lar, uma estava desempregada e os demais com profissões diversificadas (bancário, copeira, florista e fabricante de cordas).

Em relação à pergunta - *quais os sentidos e significados da alimentação e nutrição?* - a ideia central mais frequente foi *se não comer, não pode viver*, estando presente no discurso de todos os pacientes (100%) e de 11 cuidadores analisados (78%). Outras ideias centrais apresentadas para essa pergunta foram: alimentação faz bem, dá força e preserva a autonomia; gosta de comer; alimentação dá prazer e satisfaz a fome; alimentação regrada previne e combate doenças, melhora a saúde e a qualidade de vida; alimentação depende da condição financeira; alimentação é importante socialmente; alimentação para o bom funcionamento do corpo; alimentação depende do estado psicológico; e alimentação com sentido de lembrança, perda e culpa.

Cada DSC recebeu uma identificação para discriminar quando se trata de paciente brasileiro (PB), paciente português (PP), cuidador brasileiro (CB) e cuidador português (CP). Para dar uniformidade ao texto dos discursos, optou-se por considerar os sujeitos como do sexo masculino. Nos Quadros 1 a 4, são apresentadas as expressões-chave que têm como mesma ideia central *se não comer, não pode viver*, a partir das quais formaram-se os DSC.

Quadro 1. Expressões-chave e DSC dos pacientes brasileiros – ideia central: *se não comer, não pode viver*

Expressões-chave	DSC
<p>1. A alimentação é tudo. Tudo de bom. A gente não vive sem comer não. Saco vazio... (risos). A alimentação é tudo. Tudo de bom. A gente não vive sem comer não. Saco vazio... A menina que traz a comida fala assim: "O que botar, você come". Se eu não me alimentar, a minha resistência cai. Ai, vai atrapalhar.</p> <p>2. A pessoa se não comer não pode viver, não pode resistir. Eu acho que faz muita, como é que se diz, a alimentação faz bastante coisa pra gente. Se eu não comer, como eu vou viver? Representa muita coisa para mim.</p> <p>3. A menina que traz a comida fala assim: "O que botar, o Sr. come". Se eu não me alimentar, a minha resistência cai. Ai, vai atrapalhar.</p> <p>4. Porque sem nada, sem nada, sem nada, a gente não pode ficar. A alimentação tem muita importância! Muita, muita. A gente tem que fazer alguma coisa, né?!</p> <p>5. A alimentação é fundamental. Eu acho que sim. Porque sem alimentação, se você não se alimenta... Sei lá... Não sobrevive.</p> <p>6. A alimentação representa tudo. Grande parte é alimentação. A alimentação para o ser humano é tudo, né?! É a base.</p> <p>7. É essencial, né?! Essencial. Para a sobrevivência mesmo. Nesse processo meu da doença, eu acho que é fundamental. Qual o sentido? Não sei dizer... A alimentação é para me manter, entendeu? Aquela ração, ração diária para me manter. Entendeu? Só isso. Não tenho prazer nenhum. Eu sei que eu tenho que beber alguma coisa, ingerir alguma coisa... para me manter viva. É mais para me manter mesmo. Alimentar à medida do possível.</p>	<p>A alimentação representa tudo. Grande parte é alimentação. A alimentação para o ser humano é tudo, né?! É a base. A pessoa se não comer não pode viver, não pode resistir. Eu acho que faz muita, como é que se diz, a alimentação faz bastante coisa pra gente. Se eu não comer, como eu vou viver? Representa muita coisa para mim. A alimentação é fundamental. Porque sem alimentação, se você não se alimenta... Sei lá... Não sobrevive. É essencial, né?! Essencial. Para a sobrevivência mesmo. Nesse processo meu da doença, eu acho que é fundamental. Qual o sentido? Não sei dizer... A alimentação é para me manter, entendeu? Aquela ração, ração diária para me manter. Entendeu? Só isso. Não tenho prazer nenhum. Eu sei que eu tenho que beber alguma coisa, ingerir alguma coisa... para me manter viva. É mais para me manter mesmo. Alimentar à medida do possível. Porque sem nada, sem nada, sem nada, a gente não pode ficar. A alimentação tem muita importância! Muita, muita. A gente tem que fazer alguma coisa, né?!</p>

Quadro 2. Expressões-chave e DSC dos pacientes portugueses – ideia central: se não comer, não pode viver

Expressões-chave	DSC
<p>1. É importante. Eu acho que é importante em todos os aspectos.</p> <p>2. Se ficasse sem comer sentiria muita falta. Tem. Tem importância sim.</p> <p>3. A minha alimentação é muito importante. Mas, a alimentação... Ah, eu prezo muito a alimentação. Pudera eu voltar a comer outra vez. Eu vim para aqui, para conseguir voltar a comer em condições. Porque, se não comer, eu não ia mais estar cá a tomar mais gente. A gente costuma-se a dizer: "A sede morre-se, a fome não se morre". Não é assim! A gente também morre a fome. Chega a um ponto que o organismo quer... Então, lhe apetece a comer. Portanto, a alimentação para mim é muito importante. Eu me lamento imenso por agora não poder comer, neste momento não poder.</p> <p>4. A alimentação faz parte da vida, não é? O que se come é o que nos traz de pé. É o mais importante. O mais importante da vida é a alimentação. Depois, atrás da alimentação, atrás disso, vem o resto, não é? É isso o que penso. Sim. Se não for a alimentação, se a gente não come... Leva que a gente sem comer, morre. Não é nada. Se não come, não bebe, não é nada. Perdeu. Para mim é importante.</p> <p>5. Se a gente não comer, não pode viver. Não tem que morrer! Tem que a gente ter comida, porque também se não comer, também morre. Se a gente não comer, aí morre. Se não comer, também morre. Para mim é importante se alimentar.</p> <p>6. A alimentação para mim é fonte de... tem que se alimentar... temos que nos alimentar, não é? Vou comer em razão da vida.</p> <p>7. Eu acho que é a coisa principal na vida da pessoa. Fica assim meio difícil. É muito importante. Porque se a pessoa não se alimentar bem, não consegue viver.</p>	<p>A minha alimentação é muito importante. É importante. Eu acho que é importante em todos os aspectos. Se ficasse sem comer sentiria muita falta. Tem. Tem importância sim. A alimentação faz parte da vida, não é? O que se come é o que nos traz de pé. É o mais importante. O mais importante da vida é a alimentação. Depois, atrás da alimentação, atrás disso, vem o resto, não é? É isso o que penso. Se não for a alimentação, se a gente não come... Leva, que a gente sem comer, morre. Não é nada. Se não come, não bebe, não é nada. Perdeu. Para mim é importante... Se a gente não comer, não pode viver. Não tem que morrer! Tem que a gente ter comida, porque também se não comer, também morre. Se a gente não comer, aí morre. Se não comer, também morre. Para mim é importante se alimentar. A alimentação para mim é fonte de... tem que se alimentar... temos que nos alimentar, não é? Vou comer em razão da vida. Eu acho que é a coisa principal na vida da pessoa. Fica assim meio difícil. É muito importante. Porque se a pessoa não se alimentar bem, não consegue viver. Mas, a alimentação... Ah, eu prezo muito a alimentação. No meu caso, pudera eu voltar a comer outra vez. Eu vim para aqui, para conseguir voltar a comer em condições. Porque, se não comer, eu não ia mais estar cá a tomar mais gente. A gente costuma-se a dizer: "A sede morre-se, a fome não se morre". Não é assim! A gente também morre a fome. Chega a um ponto que o organismo quer... Então, lhe apetece a comer. Portanto, a alimentação para mim é muito importante. Eu me lamento imenso por agora não poder comer, neste momento não poder.</p>

DISCUSSÃO

O DSC é uma técnica de pesquisa qualitativa que visa a apreender o pensamento de uma coletividade compondo textos a partir dos depoimentos de indivíduos. Portanto, está coerente com o objetivo do estudo que é analisar os sentidos e significados da alimentação e nutrição em cuidados paliativos em duas populações de países diferentes. Neste estudo, o número de entrevistados foi estabelecido seguindo como primeiro critério o ponto de saturação⁶, e depois um número equitativo de entrevistados entre os grupos.

Os pacientes e cuidadores selecionados no Brasil e em Portugal para entrevista apresentavam características semelhantes em relação às variáveis sexo, idade, localização do tumor, via alimentar, profissão e vínculo com o paciente, alcançando a homogeneidade intergrupos e a heterogeneidade intragrupos nos dois países para obter maior riqueza e variabilidade dos depoimentos,

o que permite inferir que as respostas são válidas para responder aos objetivos do estudo. As variáveis clínicas e sociodemográficas incluídas demonstraram que não havia discrepância entre os grupos analisados de modo que viessem a interferir no discurso coletivo, sendo esse o material primordial de análise neste estudo.

O alimentar e o nutrir são palavras que circulam na cultura brasileira como sinônimos, com ligeiras variações de aplicação, na maioria das vezes definidas por questões circunstanciais, ou práticas do senso comum que, quando colocadas sob a lente da ciência, podem ser esclarecedoras da realidade em que habitam, assumindo significados peculiares, construindo sentidos específicos nas ações sociais⁷. Pode-se dizer que o mesmo ocorre na cultura portuguesa, como evidenciado nos discursos.

Segundo a *American Dietetic Association*⁸, a alimentação para o paciente sob cuidados paliativos deve propiciar prazer, conforto emocional, diminuição da ansiedade e aumento da autoestima, além de permitir

Quadro 3. Expressões-chave e DSC dos cuidadores brasileiros – ideia central: *se não comer, não pode viver*

Expressões-chave	DSC
<p>1. Se eu não comer eu não fico em pé não (risos). Se eu não comer eu não fico em pé não.</p> <p>2. Eu posso falar pra você que a minha irmã tá vivendo! Minha irmã tá comendo. Minha irmã tá indo no banheiro. Minha irmã tá falando. Ela está vivendo! Ela não tá passando uma roupa, ela não tá lavando uma roupa. Mas ela tá vivendo! Porque ela fala. Ela sabe o que ela quer da vida. Tá lúcida!</p> <p>3. A alimentação é tudo. É muito importante sim.</p> <p>4. A recusa dele é por não conseguir comer. Eu vejo que o meu filho está morrendo. Isso para mim...</p> <p>5. Eu acho que a gente precisa da alimentação para sobreviver, não é isso? Então, isso é o que eu acho, que eu penso. Porque a gente tá vendo, a gente sabe que já tá nessa fase, mas a gente... Eu acho que é até egoísmo, porque a gente não quer perder. A gente quer fazer o possível: "não, não, não, de repente se ela começar a comer, se alimentar, ela vai ficar bem, vou levar ela para casa".</p>	<p>A alimentação é tudo. É muito importante sim. Eu posso falar pra você que ele tá vivendo! Ele tá comendo. Ele tá indo no banheiro. Ele tá falando. Ele está vivendo! Ele não tá passando uma roupa, ele não tá lavando uma roupa. Mas, ele tá vivendo! Porque ele fala. Ele sabe o que ele quer da vida. Tá lúcido! Eu acho que a gente precisa da alimentação para sobreviver, não é isso? Então, isso é o que eu acho, que eu penso. Porque a gente tá vendo, a gente sabe que já tá nessa fase, mas a gente... Eu acho que é até egoísmo, porque a gente não quer perder. A gente quer fazer o possível, de repente se ele começar a comer, se alimentar, ele vai ficar bem, vou levar ele para casa. A recusa dele é por não conseguir comer. Eu vejo que ele está morrendo. Isso para mim... Eu sinto saudade de vê-lo com fome, com vontade de comer, entendeu?! Não vou dizer que era para mim assim... Eu via que ele tava vivo, entendeu?!</p>

Quadro 4. Expressões-chave e DSC dos cuidadores portugueses – ideia central: *se não comer, não pode viver*

Expressões-chave	DSC
<p>1. Eu acho que a alimentação é um dos pontos fundamentais na vida de uma pessoa... mais primordiais que existe na vida.</p> <p>2. É essencial, claro. Pelo menos acho que é um bem que temos que ter. Neste caso, a comida acho que é um bem essencial.</p> <p>3. A alimentação é fundamental para todos nós. E uma boa alimentação melhor ainda. Acho que em todos os sentidos. Eu acho que nesta altura é o que está no topo. Independentemente das outras coisas, da força de viver, da vontade de viver, do fazer, mas, no topo está a alimentação. É a meta dele. Está relacionado ao ele viver. Acho que é o básico. Dentro do possível. O pouco que seja já é bom, pelo menos para o equilibrar por mais algum tempo, não sei quanto...</p> <p>4. Acho que isso é uma das coisas mais importantes. Isso é uma parte fundamental da nossa vida. Para toda a gente. Toda a gente.</p> <p>5. Enquanto a gente está vivo a pessoa tem de... tem de comer, não é? Eu penso que ele tem que... a pessoa tem que se alimentar. Porque então se não vamos o dar o de comer o que é que vai... o que é que passa? Como é que vamos fazer? Pelo menos enquanto está aqui, tem que se alimentar e temos que o tratar o melhor que a gente puder. A pessoa está viva, não é? Não morreu ainda. A alimentação... a alimentação acho que é o tudo, porque se deixamos de alimentar neste momento... Portanto, se ele não tiver alimentação nenhuma, não lhe dou muito tempo. Ao menos enquanto está internado, acho que não lhe falte nada e, ao menos comer. Porque se não come, morre mesmo. E vai morrer um dia. Mas, ao menos, tem que... tem que se alimentar. Portanto, a alimentação é muito importante. Muita importância. Não só quando uma pessoa está doente. Portanto, é muito importante. Para a nossa vida. Sei lá...</p> <p>6. A alimentação é importante. Tem que se alimentar para continuar a viver, não é? Sem se alimentar, não se consegue viver.</p>	<p>A alimentação é uma das coisas mais fundamentais, mais primordiais que existe na vida. É essencial, claro. Pelo menos acho que é um bem que temos que ter. Neste caso, a comida acho que é um bem essencial. Acho que isso é uma das coisas mais importantes. Isso é uma parte fundamental da nossa vida. Para toda a gente. Toda a gente. A alimentação é fundamental para todos nós. E uma boa alimentação melhor ainda. Acho que em todos os sentidos. Eu acho que nesta altura é o que está no topo. Independentemente das outras coisas, da força de viver, da vontade de viver, do fazer, mas, no topo está a alimentação. É a meta dele. Está relacionado ao ele viver. Acho que é o básico. Dentro do possível. O pouco que seja já é bom, pelo menos para o equilibrar por mais algum tempo, não sei quanto... Enquanto a gente está vivo a pessoa tem de... tem de comer não é? Eu penso que ele tem que... a pessoa tem que se alimentar. Porque então se não vamos o dar o de comer o que é que vai... o que é que passa? Como é que vamos fazer? Pelo menos enquanto está aqui, tem que se alimentar e temos que o tratar o melhor que a gente puder. A pessoa está viva, não é? Não morreu ainda. A alimentação... a alimentação acho que é o tudo, porque se deixamos de alimentar neste momento... Portanto, se ele não tiver alimentação nenhuma, não lhe dou muito tempo. Ao menos enquanto está internado, acho que não lhe falte nada e, ao menos comer. Porque se não come, morre mesmo. E vai morrer um dia. Mas, ao menos, tem que... tem que se alimentar. Portanto, a alimentação é muito importante. Não só quando uma pessoa está doente. Portanto, é muito importante. Para a nossa vida. Sei lá... Tem que se alimentar para continuar a viver, não é? Sem se alimentar, não se consegue viver.</p>

maior integração e comunicação com seus familiares. A alimentação deve, prioritariamente, ser fornecida por via oral, porque é natural, mais fisiológica; logo, mais aceitável, desde que o sistema digestório esteja íntegro e o paciente manifeste o desejo e apresente as condições clínicas necessárias para realizá-la. Entretanto, em diferentes situações, alguns indivíduos não estão aptos a alimentar-se adequadamente de forma espontânea e por via oral, necessitando de outros meios para que continuem recebendo nutrientes. Nesses casos, pode ser adotada a via enteral ou parenteral como complementação ou até mesmo de forma exclusiva.

A equipe multiprofissional de cuidados paliativos enfrenta situações nas quais a decisão de fornecer ou não terapia nutricional requer conhecimento e respeito pelos desejos dos pacientes, além de avaliação das suas expectativas e de seus cuidadores com abertura para comunicação efetiva⁹. Uma parte crescente de profissionais paliativistas advoga que o desconforto e as complicações oriundas da terapia nutricional superam os benefícios que são controversos, pois não há estudos comprovando o aumento da sobrevida e, em especial, a melhora da qualidade de vida dos pacientes fora das possibilidades de cura¹⁰. Escolher entre instituir ou não, continuar ou retirar o suporte nutricional, é um dilema ético que deve levar em consideração os princípios da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. A autonomia tem como ideal que a escolha seja feita pelo próprio paciente. A beneficência refere-se a aliviar o sofrimento do paciente, a não maleficência corresponde a não prejudicar, e a justiça refere-se a fornecer uma boa qualidade de vida restante a esse paciente^{11,12}.

Mesmo considerando os conflitos culturais que tais debates produzem, é importante estabelecer um olhar individualizado nos diferentes contextos clínicos, dirigido para atitudes de conforto no processo de morrer e considerar que, em alguns momentos, a nutrição enteral ou a parenteral podem ser danosas à qualidade de vida dos pacientes¹⁰. Assim, essas situações atingem, em especial, o nutricionista, que é o responsável por oferecer esclarecimentos aos pacientes e cuidadores sobre a dieta¹³.

O nutricionista, dentro de uma Unidade de Cuidados Paliativos, deve conhecer o prognóstico da doença e a expectativa de vida do indivíduo, quais os sintomas apresentados, o grau de reversibilidade da desnutrição e, dentro desses aspectos, junto com paciente, familiar e equipe, discutir qual terapia nutricional é mais indicada, avaliando os riscos e benefícios¹⁴. Então, a inserção do nutricionista na equipe de cuidados paliativos é fundamental, visto que executa um papel muito importante no dia a dia de acompanhamento dos pacientes internados^{15,16}.

Segundo Cañizo Fernández-Roldán¹⁷, dar de comer e beber é uma ação humana significativa de respeito à vida e ao cuidado dos nossos semelhantes. Por ser fonte de vida, a sua privação significa atentar contra a vida. O seguinte trecho do discurso do CP deixa clara essa ideia de cuidado com a alimentação e sua relação com a vida, uma vez que o indivíduo ainda está vivo, mesmo nos cuidados paliativos, pois sua morte não pode e não deve ser antecipada, mas sim respeitada:

Enquanto a gente está vivo a pessoa tem de... tem de comer, não é? Eu penso que ele tem que... a pessoa tem que se alimentar. Por que então se não vamos o dar o de comer o que é que vai... o que é que passa? Como é que vamos fazer? Pelo menos enquanto está aqui, tem que se alimentar e temos que o tratar o melhor que a gente puder. A pessoa está viva, não é? Não morreu ainda. [...] Tem que se alimentar para continuar a viver, não é? Sem se alimentar, não se consegue viver (CP).

A alimentação está associada à vida, à pessoa se “manter viva”, pois sem comer “não sobrevive”. Algumas expressões mostram esse sentido, como, por exemplo: “a pessoa se não comer não pode viver, não pode resistir”; “a gente não vive sem comer não”; “se a gente não comer, não pode viver”; “se a gente não comer, aí morre”; “se não comer, morre”. Para pacientes e cuidadores, a alimentação representa “tudo de bom”; “grande parte”; “a base”; “fundamental”; “essencial”; “faz parte da vida”; “principal”; “o mais importante da vida”; “primordial”; “bem essencial”; “o topo”.

Em alguns casos, os cuidadores insistem para os pacientes se alimentarem, na esperança de melhorar seu estado de saúde, e possivelmente tentar mantê-los por mais tempo em sua companhia¹³. Apesar de reconhecer a gravidade da situação, o CB demonstra a esperança da melhora e o quanto isso pode estar relacionado à alimentação:

Porque a gente tá vendo, a gente sabe que já tá nessa fase, mas a gente... Eu acho que é até egoísmo, porque a gente não quer perder. A gente quer fazer o possível, de repente se ele começar a comer, se alimentar, ele vai ficar bem, vou levar ele para casa (CB).

Não poder ou não conseguir se alimentar significa a piora da saúde¹⁶; ou seja, do estado geral do paciente, o que lhe aproxima da morte. O CB confirma claramente essa percepção em seu discurso:

A recusa dele é por não conseguir comer. Eu vejo que ele está morrendo. Isso para mim... Eu sinto saudade de vê-lo com fome, com vontade de comer, entendeu?! Não vou dizer que era para mim, assim... Eu via que ele tava vivo, entendeu?! (CB).

Portanto, a ideia central *se não comer, não pode viver* esteve presente em todas as entrevistas com os pacientes e quase todos os cuidadores sobre os sentidos e significados da alimentação e nutrição nos cuidados paliativos oncológicos no Brasil e em Portugal, logo *comer é viver*; ou seja, *alimentação é vida*. Simone de Beauvoir¹⁸ conta a experiência que teve sobre a alimentação durante a internação hospitalar até o óbito de sua mãe e como essa crença estava presente:

Depois, dava-lhe o almoço: incapaz de mastigar, comia purés, caldos, carne picada, compotas, cremes; forçava-se a esvaziar o prato: ‘Tenho de me alimentar’. Entre as refeições, bebericava sumos com uma mistura de vários frutos frescos: ‘São vitaminas. Fazem-me bem’. [...] ‘Já não precisas de tomar essa poção. – É melhor que a tome’. E engolia o líquido pastoso. Tinha dificuldade em comer: ‘Não te forces; chega, para. – Achas?’ Examinava o prato, hesitava: ‘Dá-me mais um pouco’. No fim, eu tirava-lhe o prato do alcance da vista: ‘Esvaziaste-o’, dizia-lhe. De tarde, forçava-se a comer um iogurte. Pedia frequentemente sumo de fruta. [...] Aspirava por meio de uma pipeta as vitaminas benéficas: uma boca ávida aspirava a vida¹⁸.

Quando a situação do paciente em cuidados paliativos já se apresenta muito grave, sem prognóstico de melhora ou de reversão, a recusa da alimentação é frequente, causando muita angústia aos familiares, por isso os profissionais envolvidos no tratamento precisam estar aptos a identificar os benefícios da alimentação por via oral, enteral e/ou parenteral, no que se refere à qualidade de vida do paciente¹⁹. Em paciente impossibilitado de se comunicar devido a estado de coma, rebaixamento do nível de consciência ou confusão mental, os profissionais responsáveis devem considerar a opinião da família e definir com ela qual a melhor conduta a ser adotada¹³.

Por não haver evidências científicas para a decisão de alimentar ou não o paciente e por existir influência cultural importante no que tange à alimentação, a decisão de nutrir até a morte do paciente deve ser multiprofissional e ter o consentimento da família se o paciente não tiver condições de decidir. Caso o paciente opte por não receber nutrição, sua decisão deve ser respeitada pelos profissionais da saúde e por seus familiares, pois acima de qualquer evidência científica está a autonomia do paciente¹⁰. Essa decisão não é somente técnica, tendo um forte componente moral envolvido, pois a alimentação e a hidratação têm um significativo valor simbólico em nossa sociedade.

Portanto, o nutricionista precisa ouvir o paciente, respeitar seus desejos e suas necessidades no que se refere à alimentação, levando em consideração a sua autonomia.

O mais importante é proporcionar a diminuição do seu sofrimento, alívio dos sintomas e promover uma melhor qualidade de vida evitando-se muitas vezes medidas fúteis²⁰.

Este trabalho contribui para a compreensão dos sentidos e significados atribuídos à alimentação e nutrição nos cuidados paliativos, instrumentalizando profissionais de saúde a oferecer conforto e apoio aos pacientes internados e aos seus respectivos cuidadores. Desse modo, as barreiras comunicacionais podem ser ultrapassadas a fim de aliviar o sofrimento, aprimorando as atitudes perante a morte.

CONCLUSÃO

A alimentação nos cuidados paliativos oncológicos continua influenciada por inúmeras variáveis e está associada à saúde e à qualidade de vida. A ideia central *se não comer, não pode viver*, presente nos discursos dos sujeitos analisados sobre a alimentação e a nutrição, demonstra que o sentido primordial está na sua relação condicional para a vida, ressaltando ser fundamental o seu valor cultural e social, cheia de significado simbólico e grande carga emocional. Apesar da diferenciação entre os termos nutrição e alimentação no campo científico, para o senso comum, essas palavras aparecem como sinônimos, sem distinção significativa pelos entrevistados.

Assim, o profissional dessa área deve ser o principal difusor da aceitação do morrer e da construção de uma boa morte, sendo um grande desafio transformar o espaço hospitalar destinado aos cuidados dos doentes, singularizar o atendimento e ter a sensibilidade adequada para entrar em contato com o sofrimento do outro.

CONTRIBUIÇÕES

Mariana Fernandes Costa participou da concepção e planejamento do estudo; obtenção, análise e interpretação dos dados; redação, revisão crítica e aprovação final da versão publicada. Jorge Coelho Soares orientou todas as etapas da pesquisa.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Demétrio F, Paiva JB, Fróes AAG, Freitas MCS, Santos LAS. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. Rev Nutr. 2011;24(5):743-63.
2. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002.

3. Saunders C. Foreword. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K, editors. *Oxford textbook of palliative medicine*. 3 ed. New York: Oxford University Press; 2004. p. v-ix.
4. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. 2. ed. Caxias do Sul: Educus; 2005.
5. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface Comun Saúde Educ*. 2006;10(20):517-24.
6. Denzin N, Lincoln Y, editors. *Handbook of Qualitative Research*. 2nd ed. London: Sage Publication; 2000.
7. Carvalho MCVS, Luz MT, Prado SD. Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):155-63.
8. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: issues in feeding the terminally ill adult. *J Am Diet Assoc*. 1992;92(8):996-1002.
9. Fuhrman MP, Herrmann VM. Bridging the continuum: nutrition support in palliative and hospice care. *Nutr Clin Pract*. 2006;21(2):134-41.
10. Reiriz AB, Motter C, Buffon VR, Scatola RP, Fay AS, Manzini M. Cuidados paliativos: há benefícios na nutrição do paciente em fase terminal? *Rev Soc Bras Clín Méd*. 2008;6(4):150-5.
11. Andrews M, Marian M. Ethical framework for the registered dietitian in decisions regarding withholding/withdrawing medically assisted nutrition and hydration. *J Am Diet Assoc*. 2006;106(2):206-8.
12. Chernoff R. Tube feeding patients with dementia. *Nutr Clin Pract*. 2006;21(2):142-6.
13. Marucci MFN, Fernandes EA. Nutrição e alimentação em cuidados paliativos. In: Santos FS, editor. *Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas*. São Paulo: Atheneu; 2011. p. 299-305.
14. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (BR). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. São Paulo: ANCP; 2009.
15. Marín Caro MM, Laviano A, Pichard C. Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients. *Clini Nutr*. 2007;26(3):289-301.
16. Benarroz MDO, Faillace GBD, Barbosa, LA. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):1875-82.
17. Fernández-Roldán AC. Nutrición en el paciente terminal: punto de vista ético. *Nutr Hop*. 2005;20(2):88-92.
18. Beauvoir S. *Uma morte suave*. Lisboa: Cotovia; 2008.
19. Pessini L, Bertachini L, organizadores. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola; 2004.
20. Sochacki M, Barbosa, LA, Silva ACSB, Neves M, Fialho LF. A dor de não mais alimentar. *Rev Bras Nutr Clín*. 2008;23(1):78-80.

Abstract

Introduction: The college of nutrition has not treated properly the theme of feeding as a psychobiosociocultural phenomenon. This is worrying because the work elements of this professional are man and his food. **Objective:** The goal was to understand the meanings and significance of food and nutrition in oncologic palliative care for patients and their caregivers in Brazil and Portugal. **Method:** A qualitative exploratory-descriptive study, carried out with patients and caregivers in health institutions in Brazil and Portugal in the year 2013, the data of which were produced by semi-open interviews, using discourse analysis of the collective subject to understand the meanings and significances of food and nutrition for the interviewees. **Results:** The participants were 14 oncology patients and 14 caregivers. The most frequent central idea was: *cannot live without eating*, present in the discourse of 100% of the patients and 78% of the caregivers analyzed. The discourse of the Brazilians and Portuguese complement each other, so there are more similarities than differences regarding food and nutrition in oncologic palliative care in Brazil and Portugal. **Conclusion:** The primary sense of food and nutrition lies in its conditional relationship to life, demonstrating that their cultural and social value is fundamental, full of symbolic meaning and emotional load. **Key words:** Palliative Care; Neoplasms; Feeding; Nutrition, Public Health; Caregivers.

Resumen

Introducción: La formación académica del nutricionista no ha tratado adecuadamente el tema "alimentación" como fenómeno psicobiosociocultural hecho preocupante en medida los elementos de este trabajo profesional son el hombre y su comida. **Objetivo:** Comprender los sentidos y significados de alimentación y nutrición en los cuidados paliativos oncológicos para pacientes y cuidadores analizados en Brasil y Portugal. **Método:** Investigación cualitativa, de carácter exploratorio - descriptivo, realizado con pacientes y cuidadores en las instituciones de salud en Brasil y Portugal, en 2013, cuyos datos fueron producidos por entrevistas semiabiertas, mediante el análisis del discurso del sujeto colectivo para comprender los significados de alimentación y nutrición para los encuestados. **Resultados:** Participaron 14 pacientes oncológicos adultos y 14 cuidadores. La idea central era más común fue *si no como, no puedo vivir*, presente en el 100% de los pacientes del habla y el 78% de los cuidadores analizados. Los discursos de los brasileños y portuguesa se complementaron, existiendo más semejanzas que diferencias en el aspecto de alimentación y nutrición en los cuidados paliativos del cáncer entre Brasil y Portugal. **Conclusión:** El principal sentido de la alimentación y nutrición es en su relación condicional para la vida, demostrando que es esencial para su valor cultural y social, lleno de significado simbólico y de carga emocional. **Palabras clave:** Cuidados Paliativos; Neoplasias; Alimentación; Nutrición en Salud Pública; Cuidadores.

Significado dos Cuidados Paliativos para a Qualidade da Sobrevivência do Paciente Oncológico

Meaning of Palliative Care for the Quality of Survivorship of Oncologic Patient

Significado de los Cuidados Paliativos en la Calidad de la Supervivencia de Paciente Oncológico

Cynthia Pereira Silva¹; Antonio Tadeu Cheriff dos Santos¹; Rildo Pereira da Silva¹; Joicy Dias de Andrade¹; Liz Maria de Almeida²

Resumo

Introdução: Os avanços e as melhorias no diagnóstico e tratamento do câncer têm proporcionado, no Brasil e no mundo, o aumento do número de sobreviventes. Embora promissor, o aumento de sobreviventes resulta em mais pessoas convivendo com os efeitos crônicos e tardios do câncer e seus tratamentos, requerendo uma nova reflexão acerca dos impactos sociais, da formação de políticas públicas e dos modelos assistenciais voltados para a oferta de cuidados paliativos em oncologia. **Objetivo:** Compreender as relações de interdependência e complementaridade entre a aplicação do conceito de palição e qualidade da sobrevivência do paciente oncológico, na perspectiva da equipe multidisciplinar. **Método:** Pesquisa qualitativa com base na hermenêutica dialética, realizada em hospital de referência em oncologia no Rio de Janeiro, com participação de nove profissionais de saúde integrantes da equipe multiprofissional, com dados produzidos em dois grupos focais, entre julho e agosto de 2015. **Resultados:** Quatro amplas categorias empíricas foram identificadas: *noção de sobrevivência em oncologia; sobrevivência, palição e linha de cuidados em oncologia; palição e qualidade da sobrevivência em oncologia; e sobrevivência e avaliação do modelo de palição institucional.* **Conclusão:** As necessidades de palição dos sobreviventes ao câncer demandam políticas específicas de controle de câncer que envolvam a formação de um modelo de planejamento de assistência orientado por uma definição de sobrevivência mais ampliada, fundada em estudos acerca das necessidades físicas, emocionais, econômicas e sociais desse crescente grupo.

Palavras-chave: Sobrevivência; Qualidade de Vida; Cuidados Paliativos; Neoplasias; Pesquisa Qualitativa.

¹ Núcleo de Pesquisa e Estudos Qualitativos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde (NUPEQuali/INCA/MS). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mails:* cinthiapereira22@hotmail.com; cheriff@inca.gov.br; rildo@inca.gov.br; jandrade@inca.gov.br

² INCA/MS. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* lalmeida@inca.gov.br

Endereço para correspondência: Antonio Tadeu Cheriff dos Santos. Rua Marquês de Pombal, nº 125, 7º andar - Centro. Rio de Janeiro. RJ. CEP: 20.230-240. *E-mail:* cheriff@inca.gov.br

INTRODUÇÃO

De acordo com estimativas do projeto GLOBOCAN 2012¹, houve, em todo o mundo, em 2012, 14,1 milhões de casos novos de câncer. No Brasil, a estimativa para o ano de 2016 é de aproximadamente de 596 mil novos casos².

Em razão desses indicadores e graças aos avanços e às melhorias no diagnóstico e tratamento precoce³, o número de sobreviventes de câncer no mundo tem aumentado. Projeções de 2012 estimavam 22,4 milhões de sobreviventes no mundo⁴, sendo que, só nos Estados Unidos, há a estimativa de que, em 2024, esse número chegará a mais de 19 milhões de sobreviventes³. No Brasil, dados de 2014 também indicam aumento nas taxas de sobrevivência em cinco anos para os cânceres de mama e próstata⁵. Embora tais projeções sejam promissoras, elas implicam que mais pessoas conviverão com os efeitos crônicos e tardios do câncer e seus tratamentos⁶.

Nesse contexto, o cuidado paliativo se apresenta como uma abordagem especializada passível de dar suporte ao paciente e a seus familiares. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁷, essa modalidade de cuidado deve ser oferecida o mais precoce possível, a fim de prevenir sintomas e complicações inerentes à doença de base, podendo contribuir para o aumento da qualidade de vida e da sobrevivência do paciente. Para tanto, preconiza como princípios de atuação: o alívio do sofrimento, o controle dos sintomas e da dor, a busca pela autonomia do paciente e a manutenção de vida ativa dos indivíduos enquanto ela durar.

Temel et al.⁸ comentam que os cuidados paliativos têm sido tradicionalmente usados quando o curso avançado da doença ultrapassa as possibilidades curativas disponíveis. Entretanto, os autores apontam que o início tardio da palição é insuficiente para melhorar a qualidade da vida. Para obter efeito significativo, o cuidado paliativo deve ser fornecido na ocasião do diagnóstico.

Considerando que os princípios do cuidado paliativo comportam uma filosofia de ação que privilegia a promoção da qualidade de vida, a prevenção e o alívio do sofrimento, a discussão da integração precoce da palição nos cuidados aos sobreviventes de câncer é de extrema importância⁹, uma vez que reforça a importância de uma abordagem multidimensional (física, funcional, emocional, econômica e social) das fases que se seguem ao diagnóstico, tratamento e pós-tratamento do câncer¹⁰.

Ser um sobrevivente significa viver até o final da vida apesar e para além do câncer, incluindo também os efeitos colaterais e as sequelas decorrentes das terapêuticas utilizadas¹¹. O seu controle não deve ser considerado uma continuação dos problemas experimentados durante o tratamento, mas um processo e uma linha de cuidado que, para mais das questões biomédicas, deve

ser dinamicamente acompanhado e atendido, buscando a qualidade de vida^{4,11}.

No entanto, mais que os aspectos instrumentais e operacionais da aplicação de planos de cuidados e ações políticas e institucionais voltadas às necessidades dos sobreviventes, a pesquisa procurou interpretar os vários discursos, evidenciando particularidades, confluências e distinções acerca da complexidade da sobrevivência, evocadas em meio ao campo de atuação, às relações sociais e aos significados e sentidos atribuídos pelos profissionais de saúde às suas experiências no cuidado aos pacientes oncológicos em palição¹².

Assim, o presente estudo objetiva, na perspectiva da equipe multidisciplinar, compreender as relações de interdependência e complementaridade entre a aplicação do conceito de palição e qualidade da sobrevivência do paciente oncológico.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa qualitativa, fundamentada no enfoque hermenêutico dialético, o qual objetivou a interpretação, compreensão e discussão dos significados contidos nas falas das participantes.

A pesquisa de campo, realizada entre julho e agosto de 2015, em um hospital de referência em Oncologia e Palição no Rio de Janeiro, logrou aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (CAE 44865115.6.0000.5274 – em 25/5/2015).

Os dados foram produzidos, nos meses de julho e agosto de 2015, por meio de dois grupos focais audiogravados (duas equipes distintas de profissionais), mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), totalizando nove profissionais de saúde da equipe multiprofissional, atuantes há, pelo menos, um ano em cuidados paliativos na instituição. O critério de formação dos grupos focais foi a multidisciplinaridade que caracteriza as equipes (enfermagem, fisioterapia, medicina, nutrição, psicologia e serviço social), garantindo a participação de, no mínimo, um profissional de cada categoria, constituindo-se de um assistente social (EA1), uma enfermeira (EE1), dois fisioterapeutas (EF1; EF2), uma médica (EM2), dois nutricionistas (EN1; EN2); duas psicólogas (EP1; EP2). As representações dos fragmentos das falas oriundas das transcrições seguem a seguinte notação: E (entrevistado), seguida da inicial do nome da categoria profissional (A, E, F, M, N, P); e da numeração arábica, de acordo com a ordem cronológica de realização dos dois grupos focais.

Considerando que o grupo focal é uma técnica importante por tratar as questões sob o ângulo do social,

estudando as representações e as relações dos diferentes grupos de profissionais da área, o objetivo principal da técnica, no estudo, foi estimular os participantes a debaterem abertamente sobre a relação entre sobrevivência e palição¹², quando, mediante roteiro semiestruturado, os participantes foram questionados sobre: definição do que seria a sobrevivência ao câncer e que tipos de pacientes ela abrangeria; momento de indicação e importância dos cuidados paliativos para a qualidade de vida e sobrevivência do paciente oncológico em geral, com câncer avançado ou em terminalidade; avaliação do modelo, da assistência e da estrutura dos cuidados paliativos prestados, considerando os desafios demandados pela perspectiva do aumento do número de sobreviventes. Foram levantados também dados sociodemográficos referentes aos profissionais de saúde (idade; sexo; formação; e tempo de trabalho com cuidados paliativos).

As audiografações foram transcritas, permitindo a leitura compreensiva do material, facilitando o processo de extração de categorias empíricas, análise, interpretação e identificação de sentidos e o posterior cotejamento entre empiria e teoria. O conjunto dos dados, obtidos por uma amostragem de conveniência, foi fechado pelo princípio de saturação, pela observação da convergência dos discursos e repetição de seus sentidos. O procedimento metodológico de tratamento dos dados obtidos envolveu: (a) leitura compreensiva; (b) identificação dos sentidos subjacentes às falas dos participantes; (c) problematização das ideias e dos sentidos presentes nos depoimentos e articulação com significados socioculturais; (d) elaboração de síntese entre os dados empíricos e as informações provenientes de outros estudos acerca do assunto, oferecendo aportes teóricos; (e) elaboração de esquemas do processo de análise interpretativa, contendo categorias empíricas e suas correlações com categorias teóricas, gerando sínteses de sentidos^{12,13}.

Os referenciais teóricos de análise eleitos foram a hermenêutica da saúde de Gadamer¹⁴, como reflexão sobre os elementos subjacentes à complexidade da saúde; a noção de sobrevivência de Mullan¹⁰, como precursora da ruptura com a noção biomédica de sobrevivência; e noção de palição proposta pela OMS⁷, entendida como abordagem integral em toda a linha de cuidado. Considerando que a experiência da sobrevivência ao câncer é complexa, pressupõe-se que a conjugação desses três arcabouços teóricos melhor contribuiria para a elucidação do fenômeno.

RESULTADOS

Os participantes eram profissionais de saúde, com idades entre 34 e 49 anos, todos do sexo feminino, com tempo de experiência em oncologia de quatro a 14 anos

e em cuidados paliativos entre um e dez anos. Do grupo de participantes, cinco deles atuam exclusivamente em atividades assistenciais e quatro combinavam atividades assistenciais e de gestão.

Considerando os objetivos do estudo, selecionaram-se 28 recortes de falas, que deram origem a quatro amplas categorias empíricas: *noção de sobrevivência em oncologia; sobrevivência, palição, e linha de cuidados em oncologia; palição e qualidade da sobrevivência em oncologia; e sobrevivência e avaliação do modelo de palição institucional*. No interior de cada uma delas, os seus respectivos recortes de falas foram reagrupados em subcategorias empíricas segundo as convergências de significados.

Na categoria *noção de sobrevivência em oncologia*, concentra-se o conjunto de concepções acerca do que caracteriza e envolve a fase de sobrevivência ao câncer. As caracterizações e significações das subcategorias, a partir das falas que as implicam, são descritas no Quadro 1.

Na categoria *sobrevivência, palição, e linha de cuidados em oncologia* agrupa-se o conjunto de falas que indicam o momento da implantação e implementação do modelo de palição a ser dispensado aos sobreviventes de câncer. As caracterizações e significações das suas subcategorias, a partir das falas que lhes dão origem, são apresentadas no Quadro 2.

A categoria *palição e qualidade da sobrevivência em oncologia* abrange o conjunto de falas que indicam as ações paliativas e suas implicações na qualidade da sobrevivência dos pacientes oncológicos. As caracterizações e significações das suas subcategorias, juntamente com as falas que as caracterizam, são demonstradas no Quadro 3.

A categoria *sobrevivência e avaliação do modelo de palição institucional* reúne o conjunto de falas que traduzem as avaliações acerca do modelo de palição e sua aplicação às necessidades dos sobreviventes ao câncer. As caracterizações e significações das suas subcategorias, a partir das falas que as delineiam, estão ilustradas no Quadro 4.

DISCUSSÃO

Quatro abrangentes sentidos sociais ganham relevo no material empírico, cada um deles vinculados a uma das categorias e às suas respectivas subcategorias.

O SENTIDO DE COMPLEXIDADE, CONTROVÉRSIAS E POLISSEMIA QUE CONSTITUI A ABORDAGEM E DEFINIÇÃO DA NOÇÃO DE SOBREVIVÊNCIA AO CÂNCER

Em sua totalidade, as falas constituintes da categoria *noção de sobrevivência em oncologia* apontam um sentido de complexidade, controvérsia e polissemia acerca da abordagem, caracterização e definição do que consistiria na fase de sobrevivência ao câncer.

Quadro 1. Depoimentos e atribuição de significados das subcategorias da categoria *noção de sobrevivência em oncologia*

Categorias empíricas	Trechos dos depoimentos	Subcategorias empíricas
NOÇÃO DE SOBREVIVÊNCIA EM ONCOLOGIA	<p>EP2: “Sobrevivente ao câncer [é] todo paciente que já passou pelo tratamento curativo e que está em acompanhamento”</p> <p>EN2: “Eu entendo a sobrevivência como alguém que passou por todo o tratamento e tem um [prognóstico] de cura”</p> <p>EM2: “A minha concepção seria (...) um paciente com diagnóstico de câncer [que] passou por um tratamento e, depois de um tempo já teve o critério de cura”</p>	<p>Sobrevivência entendida a partir do modelo biomédico oncológico tradicional Conjunto de concepções de sobrevivência como um processo mediado pelos parâmetros biomédicos temporais de tratamento, remissão e acompanhamento do caso de câncer</p>
	<p>EN2: “O significado de sobrevivência da [traduz] uma sensação de vencer”</p> <p>EF1: “(...) sobrevivente realmente [é] aquele que venceu [doença]”</p> <p>EA1: “(...) a sobrevivência é um tempo árduo de luta mesmo e o paciente vem com forças bem escassas”</p>	<p>Sobrevivência entendida como luta e superação da doença Conjunto de concepções de sobrevivência como uma opção de luta pela vida e um estado de superação e vitória do paciente oncológico sobre a doença</p>
	<p>EN1: “Eu acho que essa sobrevivência começa a partir do momento do diagnóstico”</p> <p>EP1: “Ele [o paciente] começa a luta [pela] sobrevivência desde o diagnóstico da doença oncológica”</p>	<p>Sobrevivência entendida a partir do diagnóstico Conjunto de concepções de sobrevivência como um estado iniciado a partir do momento do diagnóstico do câncer</p>
	<p>EA1: “sobrevivência (...) é realmente uma luta (...) com sequelas advindas do tratamento, sequelas advindas do câncer, e com uma demanda [social] para além do câncer”</p> <p>EN1: “Sobrevivência se estende [para] além do paciente. Ela afeta todo o entorno dele, a família [e] toda estruturação social, psicológica (...) eu não consigo ver a sobrevivência em um foco só”</p>	<p>Sobrevivência entendida como um processo amplo e complexo Conjunto de concepções de sobrevivência como um processo estruturalmente complexo, determinado dinamicamente pelos aspectos clínicos da doença e apoios social e familiar disponíveis ao paciente</p>
	<p>EM2: “Eu entendo (...) [a sobrevivência] a partir do diagnóstico até o momento que ele está respondendo a alguma intervenção, oncológica específica (...)”</p> <p>EM2: “(...) a partir do momento que ele entra em cuidado de final de vida ele já não está mais com vida; ele não sobrevive, ele está morrendo (...)”</p> <p>EA1: “(...) acredito que se [o paciente] já está em um processo de finitude mesmo; de cuidados de fim de vida (...) eu acho que já muda um pouco a categoria desse paciente”</p>	<p>Sobrevivência entendida como a existência de respostas do paciente às intervenções e aos cuidados Conjunto de concepções de sobrevivência como um estado determinado pela existência de respostas do paciente aos cuidados dispensados</p>

A sobrevivência ao câncer é uma experiência complexa podendo possuir vários significados e sentidos dependendo do grupo (pacientes, profissionais de saúde e familiares), e tipo de abordagem. A definição de sobrevivente tem sido, desde a década de 1980, objeto de amplos debates, controvérsias e desencontros que ainda envolvem a necessidade de consolidação de uma noção comum de sobrevivência que seja consensualmente aceita e reconhecida^{15,16}.

A *sobrevivência entendida a partir do modelo biomédico oncológico tradicional* traduz, de forma plena, o sentido da sobrevivência mediado pela lógica do modelo biomédico oncológico tradicional: “A minha concepção seria [...] um paciente com diagnóstico de câncer [que] passou por um tratamento e, depois de um tempo, já teve o critério de cura” (EM2). Caracterizado por uma definição clínica da sobrevivência baseada em parâmetros biomédicos temporais do fim do tratamento, remissão

Quadro 2. Depoimentos e atribuição de significados das subcategorias da categoria sobrevivência, palição, e linha de cuidados em oncologia

Categories empíricas	Trechos dos depoimentos	Subcategorias empíricas
SOBREVIVÊNCIA, PALIÇÃO, E LINHA DE CUIDADOS EM ONCOLOGIA	EP1: "Eu acho que [é] o momento do diagnóstico (...). Desde o diagnóstico, [os pacientes] deveriam estar inseridos [na] esfera dos cuidados paliativos (...). Se no diagnóstico incluíssemos esse processo, a gente teria mais efetividade em relação a resposta ao tratamento"	Palição na sobrevivência como um modelo de ação e cuidado iniciado a partir do diagnóstico e início do tratamento
	EF1: "Desde o [momento do] diagnóstico, a gente já [deveria] começar com essa visão (...)"	Conjunto de falas que indicam que as ações e cuidados de palição devem ser iniciadas a partir da fase do diagnóstico e tratamento do câncer
	EN2: "A divisão cuidado paliativo, [cuidado] curativo é bem estruturada e fundamentada (...). Essa separação ainda é muito pertinente em muitos momentos"	Palição na sobrevivência como um modelo de ação e cuidado iniciado a partir do término do tratamento curativo
	EF2: "O melhor seria obviamente desde o início, mas, como a gente tem essa estrutura, essa definição de tipo curativo, a palição [após os cuidados curativos] facilita muito o nosso trabalho"	Conjunto de falas que indicam que as ações e cuidados de palição devem ser desenvolvidas a partir do término do tratamento curativo

Quadro 3. Depoimentos e significações das subcategorias da categoria palição e qualidade da sobrevivência em oncologia

Categories empíricas	Trechos dos depoimentos	Subcategorias empíricas
PALIÇÃO E QUALIDADE DA SOBREVIVÊNCIA EM ONCOLOGIA	EF2: "A gente tenta manejar os sintomas; dar um acolhimento para um paciente que chega aqui cansado e muito descrente Dentro do possível, conseguimos fazer um trabalho e dar um pouco de qualidade de vida para ele"	Palição na sobrevivência como ações de conforto e controle de sintomas
	EP2: "os cuidados paliativos são muito importantes na fase de sobrevivência porque não importa só sobreviver, o importante é saber como essas pessoas estão sobrevivendo a essa doença"	Conjunto de falas que indicam o conforto, o controle dos sintomas e a mitigação do sofrimento como um diferencial para a qualidade da sobrevivência em oncologia
	EF2: "É um trabalho que realmente traz qualidade de vida e a gente espera ao máximo trazer uma boa qualidade de morte"	Palição na sobrevivência como preparo para uma boa morte
	EM2: "A gente consegue observar impacto positivo na vida dos pacientes, na forma como eles morrem, na forma como eles ficam até o momento da morte e na questão dos familiares mesmo"	Conjunto de falas que implicam o preparo para uma boa morte como um diferencial para a qualidade da sobrevivência em oncologia

e/ou acompanhamento do caso de câncer, esse sentido coincide com a definição defendida pela *European Organization of Research*¹⁶. Entretanto, essa concepção tem como ponto fraco a exclusão dos pacientes em terapia de manutenção. Ademais, simplifica a sobrevivência como estado binário de cura ou presença da doença¹⁶. Essa percepção não só oculta o processo de compreensão da saúde¹⁴ como não captura a experiência de longo prazo da sobrevivência, simplificando um processo vital único de diferentes indivíduos^{10,14}.

A sobrevivência entendida como luta e superação da doença envolve discursos que remetam a um sentido

de sobrevivência como atitude assertiva do paciente de luta pela vida e superação da doença: "[...] sobrevivente realmente [é] aquele que venceu [doença]" (EF1). Embora esse sentido aponte uma concepção mais aberta de sobrevivência e vise a incentivar e a reforçar um comportamento combativo e esperançoso do paciente, ele continua restrito por uma visão tradicional de sobrevivência associada à cura. Uma visão que guarda relação com o modelo biomédico tradicional, encobrindo o sentido da doença e da saúde¹⁴, e, por conseguinte, da sobrevivência¹⁰, ao não capturar a sua experiência de longo prazo.

Quadro 4. Depoimentos e significações das subcategorias da categoria *Sobrevivência e avaliação do modelo de palição institucional*

Categorias empíricas	Trechos dos depoimentos	Subcategorias empíricas
SOBREVIVÊNCIA E AVALIAÇÃO DO MODELO DE PALIÇÃO INSTITUCIONAL	EA1: “Na verdade o cuidado [palição] tinha que perpassar tudo [toda a linha de cuidado] desde o início do tratamento, até [a fase] paliativa”	<p>Modelo e planos de cuidados como necessitados de uma política pública</p> <p>Conjunto de falas que traduzem de ações políticas necessárias para a reorganização e integração do modelo de palição às necessidades dos sobreviventes de câncer</p>
	EP2: “No Brasil, a gente ainda atua nos cuidados paliativos na fase de final de vida. (...) se a gente pensar em um cuidado paliativo de uma maneira mais ampla, inserido desde o diagnóstico, seja no caso da oncologia como de outras doenças crônicas, eu acho que teríamos um resultado melhor em termos de qualidade da sobrevivência”	
	EM2: “O ideal seria que a gente conseguisse integrar o cuidado paliativo, desde o diagnóstico do paciente até o momento do final de vida ”	
	EN1: “A gente já esbarra na formação desses profissionais de cuidado paliativo; dificuldade de as pessoas entenderem o que é fazer cuidados paliativos”	<p>Modelo e planos de cuidado como necessitados de política de formação de força de trabalho</p> <p>Conjunto de falas que traduzem as ações educativas e de formação de pessoas indicadas para a reorganização e integração do modelo de palição às necessidades dos sobreviventes de câncer</p>
	EM2: “O que seria fundamental seria difundir a educação em cuidados paliativos nas universidades, melhorar os cursos de capacitação (...). Não há uma capacitação em cuidados paliativos dos profissionais das unidades primárias. Infelizmente, os pacientes têm dores mal controladas durante meses, além de outros sintomas”	
	<p>EN2: Todo diferencial é o trabalho em equipe. Esse trabalho integrado no qual os profissionais se comunicam. Essa questão da troca, do acolhimento. O ser paliativista envolve outras questões, além da mera técnica individual do nutricionista, do fisioterapeuta, psicologia. A gente percebe que esse vínculo e essa comunicação entre [membros da] equipe é uma questão importante para o cuidado desse paciente”.</p> <p>EM2: “a comunicação é ainda um grande desafio para a gente, eu acho que outra questão é o prognóstico e o próprio trabalho”</p>	<p>Modelo e planos de cuidados como necessitados de uma nova forma de trabalho em saúde</p> <p>Conjunto de falas que traduzem as ações de estruturação de equipes e de planejamento de ações de gestão do trabalho em saúde indicados para a reorganização e integração do modelo de palição às necessidades dos sobreviventes de câncer</p>

A sobrevivência entendida a partir do diagnóstico é compreendida como experiência iniciada a partir do momento da alteração do estado de saúde de uma pessoa e determinada pela confirmação diagnóstica do câncer: “Ele [o paciente] começa a luta [pela] sobrevivência desde o diagnóstico da doença oncológica” (EP1). Apesar de esse sentido de sobrevivência ainda ser mediado por um marco temporal e uma intervenção clínico-diagnóstica, ele traz uma ampliação da percepção da sobrevivência para além da tradicional perspectiva biomédica. A proposta de Mullan¹⁰, na qual os conceitos de curado e doente não são suficientes para descrever as implicações emocionais, físicas e sociais do acometimento pelo câncer, é reforçada pela *US National Coalition of Cancer Survivors*¹⁷. Nesse caso, a sobrevivência é deflagrada no momento do diagnóstico, estendendo-se por toda a vida do paciente^{9,16,17}.

Essa abordagem visa a transformar o tradicional papel de vitimado do paciente em outro mais proativo e esperançoso¹¹. Embora essa definição enfatize uma gama de problemas e necessidades dos pacientes com câncer, sua característica é mais política (*advocacy*) do que científica¹⁶, demandando pesquisas sobre as reais necessidades dos sobreviventes decorrentes dos diversos tipos de câncer e da sua real condição e autoaceitação como sobrevivente¹⁵.

A sobrevivência entendida como um processo amplo e complexo apresenta a experiência da sobrevivência mediada pelo processo vivencial e clínico do paciente e suas relações com as estruturas familiares, socioeconômicas e sociotécnicas da saúde: “Sobrevivência se estende [para] além do paciente. Ela afeta todo o entorno dele, a família, toda estruturação social, psicológica. [...] eu não consigo ver a sobrevivência em um foco só” (EN1).

Nesse caso, a definição de sobrevivência não só busca ir além das restrições de tempo e tipo de tratamento, abrangendo diversas experiências e trajetórias individuais e familiares¹¹, como também envolve relações com as estruturas econômicas e técnicas da área da saúde, descortinadas pelos casos e pelas demandas operacionais das diversas condições do adoecimento: pacientes livres de doença ou com doença ativa; em recidiva ou com períodos intermitentes da doença; em novos tratamentos; com um segundo tipo de câncer; ou com complicações tardias da doença ou do tratamento¹⁸.

Para a atual conjuntura do debate envolvendo as necessidades dos sobreviventes ao câncer, não existe consenso sobre quando começa a sobrevivência; se é após o tratamento, após a fase de cinco anos de pós-diagnóstico com câncer avançado, ou separado do cuidado de fim de vida^{15,16}.

A *sobrevivência entendida como a existência de respostas do paciente às intervenções e cuidados* evidencia a sobrevivência mediada pelo grau de resposta às intervenções e aos cuidados biomédicos. A questão a ser discutida aqui é o sentido atribuído a essa intervenção específica. Teria ela um sentido compreensivo, abarcando uma noção mais ampla da palição? “Eu entendo [...] [a sobrevivência] a partir do diagnóstico até o momento que ele está respondendo a alguma intervenção, ainda que não seja uma intervenção oncológica específica [...]” (EM2); ou tenderá a uma noção fragmentada do próprio cuidado paliativo? “A partir do momento que ele entra em cuidado de final de vida, ele já não está mais com vida; ele não sobrevive, ele está morrendo” (EM2). A resposta é que esse sentido, subsidiário do modelo biomédico, ilumina a noção de sobrevivência e da aplicação de cuidados a pacientes com câncer avançado e em cuidados de fim de vida.

Se o desvelamento do sentido permite entrever uma compreensão que não se pauta apenas na *intervenção oncológica*, tendo em vista outra perspectiva ilustrada por fala, cabe indagar se o indivíduo em processo de morte é alguém que ainda sobrevive. Se não, o que ele é? Vejamos o que responde o depoente: “Acredito que se [o paciente] já está em um processo de finitude mesmo; de cuidados de fim de vida [...] eu acho que já muda um pouco a categoria desse paciente” (EA1).

Em um sentido ético-filosófico, Gadamer¹⁴ argumenta que, se uma pessoa excluir de si e do viver a ideia da morte, é como se ela estivesse excluindo-se a si própria. Inferir-se que pode haver nas falas uma estratégia defensiva da equipe, na busca de evitar o confronto com a iminência da morte; morte interdita¹⁹. Ocorreria, nesse caso, uma morte social antecipada¹⁹. São concepções que acabariam não só por não considerar a trajetória de vida do sujeito em terminalidade¹⁵ como sobrevivente, como fragilizariam a

própria equipe¹⁹. Nada mais distante da combinação entre as atuais noções de sobrevivência e palição.

Os cuidados paliativos não devem ser destinados apenas aos pacientes no pós-tratamento curativo, devendo ser considerados em toda a linha de cuidados, independente do fim de vida²⁰. A discussão que se abre acerca da natureza desse cuidado paliativo é de não cair na excessiva instrumentalização e especialização do cuidado^{14,21}, determinadas pela lógica da linha de ação do tradicional modelo biomédico oncológico.

O SENTIDO DA CONVENIÊNCIA E OPORTUNIDADE DA IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE PALIÇÃO INTEGRADO À LINHA DE CUIDADOS DOS SOBREVIVENTES DE CÂNCER

As falas da categoria *sobrevivência, palição e linha de cuidados em oncologia* evidenciam a conveniência e a oportunidade da implantação e implementação do modelo de palição integrado à linha de cuidados aos sobreviventes de câncer. A definição de sobrevivente do *National Coalition for Cancer Survivorship* (NCCS)¹⁷ incorporando os “que estão passando por tratamento primário; aqueles que estão em remissão e no pós-tratamento; aqueles que estão curados e também aqueles que estão com doença ativa ou doença avançada”¹⁵ abre um espaço de inclusão dos pacientes em fim de vida⁷, apesar de historicamente não serem abrangidos pela definição tradicional de sobrevivente.

A *palição na sobrevivência como um modelo de ação e cuidado iniciado a partir do diagnóstico e início do tratamento* refere-se à caracterização da orientação do cuidado na sobrevivência ao câncer como uma proposta de palição antecipada:

Eu acho que [é] o momento do diagnóstico [...]. Desde o diagnóstico [os pacientes] deveriam estar inseridos [na] esfera dos cuidados paliativos [...]. Se no diagnóstico incluíssemos esse processo, a gente teria mais efetividade em relação a resposta ao tratamento (EP1).

Diversos autores^{9,20,22,23} apontam para a necessidade da formação de um modelo integrado de palição desde o início do tratamento do paciente com câncer, no qual a aplicação do cuidado paliativo, de forma individualizada e adaptada à evolução da doença, seja associada ao cuidado curativo. Tudo isso com a finalidade de melhoria e racionalização da assistência; redução dos custos assistenciais e promoção da qualidade de vida, seja por diminuição das internações por quadros agudos ou casos de emergência. Essas medidas - valores padronizados -, no entanto, não devem se sobrepor ou substituir a necessidade também de um cuidado humanizado¹⁴.

A *palição na sobrevivência como um modelo de ação e cuidado iniciado a partir do término do tratamento curativo* caracteriza o modelo de cuidado na sobrevivência ao câncer como uma ação após o tratamento biomédico curativo: “A divisão cuidado paliativo, [cuidado] curativo é bem estruturada e fundamentada [...]. Essa separação ainda é muito pertinente em muitos momentos” (EN2). Temel et al.⁸ apontam que, apesar de os cuidados paliativos serem tradicionalmente oferecidos após o término do tratamento curativo, esse tipo de cuidado é insuficiente para alterar a qualidade de vida dos pacientes. As recomendações de Economou⁹, Parikh et al.²⁰, Bruera e Yennurajalingam²² e Temel et al.⁸ são coincidentes em dois pontos: na descrição da diferença que a gestão de cuidados paliativos traz para a melhoria do cuidado aos pacientes oncológicos com doença avançada e no final de vida; e na descrição de como as intervenções de cuidados paliativos incrementam a qualidade de vida dos pacientes em qualquer idade ou fase de doença, inclusive para aqueles cujas terapêuticas foram esgotadas ou se encontram em cuidados de fim de vida.

A justificativa para esses últimos também serem considerados dentro de uma mesma linha de cuidado, apesar da sua dinâmica e peculiaridade, reside no sentido maior de a palição e a própria sobrevivência serem contempladas pelos sistemas de saúde como processos individualizados.

O SENTIDO DA PALIÇÃO COMO UMA DIRETRIZ ESSENCIAL PARA A QUALIDADE DA SOBREVIVÊNCIA DO PACIENTE ONCOLÓGICO

Os depoimentos da categoria *palição e qualidade da sobrevivência em oncologia* evidenciam a palição como uma diretriz essencial para a qualidade da sobrevivência do paciente oncológico, tanto por meio de ações de conforto e controle de sintomas como de preparo para uma boa morte²¹.

A *palição na sobrevivência como ações de conforto e controle de sintomas* traduz a caracterização do modelo de cuidado na sobrevivência ao câncer como um processo de controle de sintomas e mitigação do sofrimento:

A gente tenta manejar os sintomas; dar um acolhimento para um paciente que chega aqui cansado e muito descrente. Dentro do possível, conseguimos fazer um trabalho e dar um pouco de qualidade de vida para ele (EF2).

Segundo a OMS⁷, o cuidado paliativo, por meio da prevenção e tratamento da dor e de outros problemas de natureza espiritual, psicossocial e física, atua como uma abordagem promotora da qualidade de vida dos pacientes e familiares.

No entanto, apesar de a avaliação da qualidade de vida dos sobreviventes ser importante para a identificação da condição global da vida do paciente e para a verificação do serviço prestado²³, não se deve sobrepô-la à humanização. Revisitando Gadamer¹⁴, as medidas e ações na área da saúde não podem se orientar apenas por valores padrões. Devem privilegiar o olhar, o ouvir e o sentir que acolham o paciente como pessoa.

A *palição na sobrevivência como preparo para uma boa morte* abarca discursos que traduzem o modelo de cuidado na sobrevivência ao câncer como uma ação biomédica direcionada para o fim de vida do paciente:

A gente consegue observar impacto positivo na vida dos pacientes, na forma como eles morrem, na forma como eles ficam até o momento da morte e na questão dos familiares mesmo (EM2).

Assim, o cuidado paliativo tem, além da possibilidade de resgatar a morte como evento natural e esperado²³, priorizar a vida, promovendo a dignidade do indivíduo e mitigando o sofrimento.

Na linha das reflexões de Gadamer¹⁴ acerca da *natureza e da arte da medicina* e sobre o *caráter oculto da saúde*, a palição, como uma *técnica*, projeto de especialidade médica²¹, mais que evocar um tratamento mágico de eliminação da doença ou de medicalização da morte, deve ser a humanização da mais crônica de todas as doenças: a perspectiva de morte que acompanha todo ser humano. Para Gadamer, a medicina aprendeu a tratar de muitas doenças. Entretanto, não é capaz de erradicá-las. Na impossibilidade de eliminação de todas as doenças ou, mesmo da negação da morte, nos restaria aprender a aceitá-las e saber encontrar o nosso mais certo destino: no caso, cuidar do sobrevivente na sua condição crônica, de terminalidade e/ou de fim de vida. Cuidar não apenas de um caso ou de uma entidade mórbida, mas de um indivíduo que tem na sua morte a realização da sua humana possibilidade final. A palição, nesse sentido, mais que do domínio técnico do morrer, se abre na difícil tarefa que é a de aprender a aceitar o limitado, o dolorido; ouvindo, vendo e dialogando com a “vida” na sua finitude.

O SENTIDO DE NECESSIDADE DE ORGANIZAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL DE PALIÇÃO PARA O PLANEJAMENTO E ORDENAÇÃO DOS PLANOS DE CUIDADOS PARA OS SOBREVIVENTES DE CÂNCER

As falas da categoria *sobrevivência e avaliação do modelo de palição institucional* indicam a necessidade de organização do modelo assistencial de palição para o planejamento e a ordenação dos planos de cuidados para os sobreviventes ao câncer, tanto para a formação de

uma política pública nacional de palição, como para a qualificação profissional e de uma nova forma de trabalho em saúde para além do modelo biomédico.

Em *modelo e planos de cuidados como necessitados de uma política pública*, os discursos apontam a urgência da incorporação da palição a toda linha de cuidado, legitimada na referida política pública nacional de palição: “O ideal seria que a gente conseguisse integrar o cuidado paliativo, desde o diagnóstico do paciente até o momento do final de vida” (EM2). Vários autores^{20,22,24} apontam a exigência da formação de um modelo integrado de palição desde o início do tratamento do paciente com câncer, no qual o cuidado paliativo seja concebido e aplicado em associação com o cuidado curativo. Floriani e Schramm²⁵ igualmente salientam a importância da implantação dos cuidados paliativos no âmbito do sistema de saúde brasileiro, indicando que este ainda sofre da falta de articulação entre os diferentes níveis assistenciais.

Já as falas da subcategoria *modelo e planos de cuidados como necessitados de política de formação de força de trabalho* indicam a necessidade da constituição de uma política de formação profissional que, além de vincular-se à mencionada política pública nacional de palição, seja capaz de atender quantitativa e qualitativamente às demandas dos cuidados paliativos:

O que seria fundamental seria difundir a educação em cuidados paliativos nas universidades, melhorar os cursos de capacitação [...]. Não há uma capacitação em cuidados paliativos dos profissionais das unidades primárias. Infelizmente, os pacientes têm dores mal controladas durante meses, além de outros sintomas (EM2).

Nessa abordagem, o cuidado será também o de não cair em um modelo de especialização técnica, mas sim um modelo que “ajude a ressignificação social do sofrimento, da dor, da doença e da morte, a partir de quem as vive”¹⁴.

O *modelo e plano de cuidados como necessitados de uma nova forma de trabalho em saúde* remete ao sentido de estruturação de programas e planos de cuidados de palição na sobrevivência baseados no trabalho em equipe em uma abordagem interdisciplinar do sobrevivente:

Todo diferencial é o trabalho em equipe. Esse trabalho integrado no qual os profissionais se comunicam. Essa questão da troca, do acolhimento. O ser paliativista envolve outras questões, além da mera técnica individual do nutricionista, do fisioterapeuta, psicóloga. A gente percebe que esse vínculo e essa comunicação entre [membros da] equipe é uma questão importante para o cuidado desse paciente (EN2).

Para que os cuidados paliativos com qualidade estejam disponíveis para os sobreviventes, será necessário mais que a execução de uma técnica perfeita; ou seja, mais que um *ser-capaz-de-fazer-seguro*, uma *techne*¹⁴ relacionada à antecipação e gestão dos sintomas decorrentes do câncer ou do seu tratamento, integrada a um “*ser-capaz-de-fazer-orientado*”¹⁴, na qual a trajetória do sobrevivente seja interpretada, avaliada e reelaborada hermenêuticamente, privilegiando a preocupação com o outro que sofre, vive e morre¹⁴. Uma das condições para o êxito desse intento é a comunicação efetiva e eficaz entre equipe multidisciplinar, pacientes e cuidadores^{9,23}.

CONCLUSÃO

Considerado o conjunto dos significados e sentidos em torno do objeto investigado, na linha de um modelo de *advocacy* e de um tradicional cuidado oncológico, o estudo vislumbra os diversos conceitos enunciados pelo atual debate acerca da sobrevivência ao câncer. Apesar de oriundos do modelo biomédico, tais sentidos e significados conformam uma expectativa que transcende os seus limites, apontando para além dele, instaurando uma busca que, ainda ao seu modo técnico, tenta resgatar a dignidade do paciente e a significação existencial da sua trajetória social e individual.

No que diz respeito à aplicação dos cuidados paliativos para a qualidade da sobrevivência do paciente oncológico, os sentidos voltam-se para a necessidade de adequação das atuais linhas de cuidado, pois as consequências da doença e do seu tratamento, entendidos como exigências para um plano operacional de cuidado e um resgate social da trajetória desse paciente, constituem os desafios a serem enfrentados.

Ante os achados do estudo, as recomendações possíveis apontam para a necessidade de um modelo de atenção em que a aplicação dos cuidados paliativos não seja fragmentada, mas proporcionada de forma humanizada e integrada desde o diagnóstico, atingindo todo o *continuum* das intervenções terapêuticas/curativas, sem negligenciar o fim de vida, quando todo processo da sobrevivência encontra seu termo.

Particularmente, quanto às necessidades de palição dos sobreviventes ao câncer, os desafios demandados envolvem políticas específicas de controle de câncer, preconizando a formação de um modelo de planejamento de assistência em palição orientado por uma definição de sobrevivência mais ampliada, fundada em estudos acerca das necessidades físicas, emocionais, econômicas e sociais desse grupo que é crescente no mundo.

CONTRIBUIÇÕES

Cynthia Pereira Silva participou da concepção, delineamento, análise, interpretação dos dados e redação

do artigo. Antonio Tadeu Cheriff dos Santos orientou e colaborou na concepção, delineamento, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada. Rildo Pereira da Silva, Joecy Dias de Andrade e Liz Maria de Almeida colaboraram na análise, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012: cancer incidence and mortality worldwide. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2013. (IARC CancerBase, 11).
2. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2015: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2015.
3. Desantis CE, Lin CC, Mariotto AB, Siegel RL, Stein KD, Kramer JL, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2014. *CA Cancer J Clin.* 2014;64 (4):252-71.
4. Reuben SH. Living beyond cancer: finding a new balance. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services; 2004 may. 2003-2004 annual report.
5. Allemani C, Weir HK, Carreira H, Harewood R, Spika D, Wang XS, et al. Global surveillance of cancer survival 1995–2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *Lancet.* 2015;385(9972):977-10106.
6. Alfano CM, Molfino A, Muscaritoli M. Interventions to promote energy balance and cancer survivorship: priorities for research and care. *Cancer.* 2013 Jun 1;119 Suppl 11:2143-50.
7. World Health Organization. Palliative Care: fact sheet n° 402 [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [acesso 2016 fev 20]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>.
8. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med.* 2010;363(8):733-42.
9. Economou D. Palliative care needs of cancer survivors. *Semin Oncol Nurs.* 2014;30(4):262-7.
10. Mullan F. Seasons for survival: reflections of a physician with cancer. *N Engl J Med.* 1985;313(4):270-3.
11. Muniz RM, Zago MMF, Schwartz E. As teias da sobrevivência oncológica: com a vida de novo. *Texto Contexto-Enferm.* 2009;18(1):25-32.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.
13. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS., organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* Petrópolis: Vozes; 2007. p. 79-108.
14. Gadamer HG. O caráter oculto da saúde. 2 ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
15. Khan NE, Rose PW, Evans J. Defining cancer survivorship: a more transparent approach is needed. *J Cancer Surviv.* 2012;6(1):33-6.
16. Dirven L, Van de Poll-Franse LV, Aaronson NK, Reijneveld JC. Controversies in defining cancer survivorship. *Lancet Oncol.* 2015;16(6):610-2.
17. National Coalition for Cancer Survivorship. NCCS Mission [Internet]. Silver Spring: NCCS; [acesso em 2016 jan 21]. Disponível em: <http://www.canceradvocacy.org/about-us/our-mission/>.
18. American Cancer Society. Cancer treatment and survivorship facts & figures: 2012-2013. Atlanta: American Cancer Society; 2012.
19. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Cuidado Paliativo. São Paulo: Cremesp; 2008.
20. Parikh RB, Kirch RA, Smith TJ, Temel JS. Early specialty palliative care--translating data in oncology into practice. *N Engl J Med.* 2013;369(24):2347-51.
21. Menezes RA. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
22. Bruera E, Yennurajalingam S. Palliative care in advanced cancer patients: how and when? *Oncologist.* 2012;17(2):267-73.
23. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. 2 ed. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.
24. Mazanec P, Prince-Paul M. Integrating palliative care into active cancer treatment. *Semin Oncol Nurs.* 2014;30(4):203-11.
25. Florian CA, Schramm FR. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(9):2072-80.

Abstract

Introduction: Advances and improvements in diagnosis and treatment of cancer, in Brazil and all over the world, have led to an increasing number of cancer survivors. While promising, the increasing in survivors results in more people living with chronic and delayed effects of cancer and its treatments, prompting a whole new reflection about the social impacts, formation of public policy and the models of care for the provision of palliative care in oncology.

Objective: To understand the interdependent and complementary relationships between the application of the concept of palliation and quality of survival in the cancer patient from a multidisciplinary team perspective. **Method:** Qualitative research, based on the hermeneutic-dialectic approach, performed in an reference oncology hospital in Rio de Janeiro, attended by nine health care professional members of the multidisciplinary team, with data produced by two focus groups, between July and August 2015. **Results:** Four broad empirical categories were identified: notion of survival in oncology; survivorship; palliation and line care in oncology; palliation and quality of survivorship in oncology; and survivorship and evaluation of the institutional palliation model. **Conclusion:** The palliation needs of cancer survivors require specific cancer control policies which involve the formation of a palliation care planning model guided by a broader definition of survivorship based on studies of the physical, emotional, social and economic needs of this growing group.

Key words: Survival; Quality of Life; Palliative Care; Neoplasms; Qualitative Research.

Resumen

Introducción: Los avances y mejoras en el diagnóstico y tratamiento del cáncer han proporcionado, en Brasil y en el mundo, un aumento en el número de sobrevivientes. Aunque prometedor, el aumento de los sobrevivientes resulta en más personas conviviendo con los efectos crónicos y tardíos del cáncer y sus tratamientos, que requiere una nueva reflexión sobre los impactos sociales y la formación de las políticas públicas y de los modelos de atención para la prestación de cuidados paliativos en oncología. **Objetivo:** Comprender la relación de interdependencia y complementariedad entre la aplicación del concepto de cuidados paliativos y la calidad de la supervivencia de pacientes oncológicos, a la vista del equipo multidisciplinario. **Método:** Investigación cualitativa basada en la hermenéutica dialéctica, llevado a cabo en un hospital de referencia en oncología en Río de Janeiro, con la participación de nueve profesionales de la salud, miembros del equipo multidisciplinario, con los datos producidos en dos grupos focales, entre julio y agosto de 2015. **Resultados:** Se identificaron cuatro grandes categorías empíricas: *noción de supervivencia en oncología; supervivencia, paliación y línea de cuidados en oncología; paliación y calidad de la supervivencia en oncología; y supervivencia y evaluación del modelo de la paliación institucional.* **Conclusión:** Las necesidades de paliación de los sobrevivientes de cáncer requieren políticas de control de cáncer que incluyan la formación de un modelo de planeación de la atención, guiado por una definición más amplia de la supervivencia, basándose en los estudios de las necesidades físicas, emocionales, sociales y económicos de este creciente grupo.

Palabras clave: Supervivencia; Calidad de Vida; Cuidados Paliativos; Neoplasias; Investigación Cualitativa.

Autocuidado e Quimioterapia Oral Domiciliar: Avaliação das Práticas Educativas dos Enfermeiros sob a Perspectiva de Pacientes

Self-Care and Home Oral Chemotherapy: Evaluation of Nurses' Educational Practices from the Perspective of Patients

Autocuidado y Quimioterapia Oral en el Domicilio: Evaluación de las Prácticas Educativas de Enfermería desde la Perspectiva de los Pacientes

Maria Eunice Rodrigues de Mesquita¹; Rildo Pereira da Silva²

Resumo

Introdução: Ante a vida prática dos pacientes, indaga-se sobre a melhor forma de aquisição de saberes para o autocuidado. **Objetivo:** Avaliar, na perspectiva dos pacientes, convergências e divergências entre orientações para o autocuidado, compreensão quanto às orientações e sua aplicação. **Método:** Estudo avaliativo, qualitativo, sob a perspectiva hermenêutico-dialética, em hospital oncológico no Rio de Janeiro. Quinze participantes com câncer de cólon e reto com delimitação amostral distribuída por três grupos (ciclos iniciais, centrais e finais) do protocolo de tratamento XELOX. Adoção da amostra por conveniência sob os critérios: maioria, ciência do tratamento, lucidez, funções cognitivas preservadas, ausência de metástase cerebral e em quimioterapia oral domiciliar. Produção de dados por entrevistas semiestruturadas entre setembro e outubro de 2012, levadas ao ponto da saturação teórica, numa cooperação entre participantes e pesquisadores para iluminar a experiência a ser explorada. **Resultados:** Oitenta e nove recortes de falas agrupados em três categorias empíricas e suas respectivas subcategorias, a saber: a categoria *da orientação à compreensão*, com oito subcategorias; a categoria *descrição das práticas educativas*, com quatro subcategorias; a categoria *da compreensão à aplicação*, com 11 subcategorias. **Conclusão:** Como há aprimoramentos possíveis ao longo do processo, na transição de uma etapa para a outra, são propostas uma ação anterior de identificação dos fatores socioculturais, uma ação posterior de caráter avaliativo e ações de acompanhamento entre um ciclo e outro. **Palavras-chave:** Enfermagem Oncológica; Neoplasias Colorretais/enfermagem; Autocuidado; Institutos de Câncer; Avaliação.

¹ Maria Eunice Rodrigues de Mesquita. Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá. Tecnologista Pleno do Setor de Oncologia Clínica do Hospital do Câncer II. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde (HC II/INCA/MS). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: memesquita@inca.gov.br

² Rildo Pereira da Silva. Pedagogo. Doutorando em Epistemologia e História da Ciência pela Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF) - Argentina. Pesquisador do Núcleo de Pesquisa e Estudos Qualitativos (NUPEQuali) do INCA/MS. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: rildo@inca.gov.br
Endereço para correspondência: Maria Eunice Rodrigues de Mesquita. Estrada de Jacarepaguá, 281 - Itanhangá. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP: 22753-030. E-mail: memesquita@inca.gov.br

INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer de cólon e reto é o terceiro mais incidente entre os homens e o segundo mais incidente entre as mulheres, excluindo o câncer de pele não melanoma. A estimativa, para os anos de 2016 e 2017, é de 16.660 casos novos para homens e 17.620 para mulheres¹.

Durante muitos anos, o tratamento farmacológico do câncer utilizou exclusivamente a terapia antineoplásica intravenosa e os serviços de saúde foram estruturados com base nesse modelo de tratamento². Todavia, com a disponibilização de antineoplásicos orais, estabeleceu-se a exigência de reorganização das práticas educativas para o autocuidado envolvendo tais drogas, visto que a eficácia da quimioterapia oral domiciliar depende da eficiência do autocuidado levado a cabo pelo paciente. Nesse sentido, considerando as peculiaridades da vida prática das pessoas acometidas pelo câncer de cólon e reto, indagamos sobre a necessidade de incorporação de conhecimentos e habilidades específicas à formação dos enfermeiros, com vistas à sua atuação no âmbito do cuidado quimioterápico, mais propriamente nas práticas da terapêutica antineoplásica oral.

O protocolo de tratamento XELOX, indicado como terapia paliativa em seis a oito ciclos³ nos casos de câncer de cólon e reto, é uma associação de duas drogas antineoplásicas: capecitabina, de apresentação farmacêutica oral, que é autoadministrada no domicílio; e oxaliplatina, de apresentação endovenosa, que é administrada no primeiro dia de cada ciclo na unidade hospitalar ou clínica de tratamento oncológico.

A terapêutica antineoplásica oral facilitou o manejo e a autoadministração, além de proporcionar certa comodidade, já que a maior parte do tratamento ocorre na residência do paciente. No entanto, alguns autores apontam vantagens e desvantagens dessa terapêutica. As vantagens se referem à conveniência do paciente; à eliminação da necessidade de ir para casa com um cateter punccionado, fator que causa medo e estresse no paciente; ao menor tempo gasto pela equipe de saúde; ao menor tempo fora de casa e do trabalho, causando um forte impacto na qualidade de vida do paciente. As desvantagens são as variações na absorção da dose terapêutica; a adesão do paciente inserido em diferentes contextos sociais; o risco de acidentes com superdosagem; a necessidade de autocuidado eficiente; e a dificuldade de manejo dos efeitos colaterais²⁻⁴. O tratamento utilizando o protocolo XELOX exige um olhar diferenciado sobre os pacientes, principalmente pelo tratamento acontecer fora do ambiente hospitalar, limitando a interação com a equipe multiprofissional.

Visto que as medicações usadas apresentam risco de toxicidades e dependendo do contexto social no qual o paciente está inserido, as dificuldades e as facilidades

convivem e concorrem entre si durante a aplicação do autocuidado no âmbito do regime domiciliar, podendo potencializar o risco da não adesão à terapêutica oral.

O termo autocuidado define-se pela prática de atividades de cuidado que o indivíduo aprende e executa em seu benefício próprio, objetivando a manutenção da sua vida, da sua saúde e do seu bem-estar, orientado por uma modelo e um conjunto de ações que contribuem de maneira específica manter a integridade, as funções e o desenvolvimento humano⁵.

Tratando da assistência de enfermagem em farmacoterapia oncológica, a tendência é que o cuidado se direcione, principalmente, para a autoadministração de drogas antineoplásicas. No que se refere à prática educativa da enfermagem, observa-se um processo apenas centrado na orientação, a fim de garantir a qualidade do autocuidado; porém, sem que o planejamento de tal atividade contemple ações de avaliação da aprendizagem do paciente em relação às suas práticas durante o autocuidado. Nesse sentido, duas questões centrais se colocam: como os pacientes compreendem as orientações dos enfermeiros para adesão ao autocuidado quando submetidos ao protocolo de tratamento XELOX e quais as suas implicações no resultado do tratamento? Quais os possíveis fatores que interferem significativamente no autocuidado; ou seja, na qualidade da administração do antineoplásico oral e da prevenção de toxicidades?

O presente artigo tem como objetivo avaliar, na perspectiva dos pacientes, as convergências e as divergências entre as orientações da enfermagem para o autocuidado, a compreensão dos pacientes submetidos ao protocolo de tratamento XELOX quanto às orientações recebidas e a aplicação prática de tais orientações. Pressupondo que, ao conhecermos a experiência dos sujeitos submetidos ao tratamento quimioterápico e compreendermos como eles vivenciam o processo do autocuidado e o tratamento ao qual estão submetidos, abrem-se as possibilidades de uma melhor qualificação da assistência de enfermagem em quimioterapia.

MÉTODO

Trata-se de estudo avaliativo de natureza qualitativa, que aborda a experiência do autocuidado no contexto de quimioterapia oral domiciliar, sob a perspectiva dos pacientes com câncer de cólon e reto⁶.

A população estudada constituiu-se de 15 pacientes submetidos à quimioterapia oral domiciliar, com diagnóstico de câncer de cólon e reto, em tratamento em unidade hospitalar de referência em Oncologia do Sistema Único de Saúde (SUS), localizada no Rio de Janeiro (RJ), Brasil, sendo tal população distribuída por três grupos de cinco pacientes previamente definidos, possibilitando que os grupos fossem entrevistados paralelamente, uma vez que o

procedimento de produção de dados não previa entrevistas com um mesmo grupo em três momentos diferentes do protocolo de tratamento XELOX; mas sim, três grupos em estágios diferentes entre os ciclos inerentes ao tratamento, o que justifica a delimitação amostral, uma vez que a intenção foi garantir que os três grupos de depoentes representassem a experiência com o tratamento em seus ciclos iniciais, centrais e finais; ou seja, um grupo ainda no ciclo 1, um grupo nos ciclos 3 e 4, um grupo a partir do ciclo 6, considerando a possibilidade de se estender o número de depoentes caso não fosse atingida a saturação de sentidos.

Os critérios de seleção foram: pacientes maiores de 18 anos, cientes do tratamento proposto, com lucidez, funções cognitivas preservadas (verificadas nos prontuários dos pacientes), ausência de diagnóstico de metástase cerebral e submetidos ao protocolo de tratamento XELOX. A amostra foi selecionada por conveniência, respeitando os critérios de inclusão. A produção de dados foi obtida por meio de entrevistas semiestruturadas norteadas por roteiro, com duração média de 20 minutos de audiogravação por participante, e foram realizadas no período de setembro a outubro de 2012, sendo levadas a cabo até o ponto da saturação teórica. Cada paciente foi entrevistado apenas uma vez e o material transcrito resultou em 45 laudas.

A organização dos depoimentos transcritos teve como referências os objetivos específicos propostos pelo estudo, segundo as vinculações de significados entre eles, possibilitando a identificação e a extração das categorias e subcategorias empíricas.

Para a análise, adotou-se a hermenêutica-dialética⁶. As narrativas foram analisadas com referência aos contextos social, econômico, cultural e clínico, por meio dos quais buscou-se um contraponto triangular interpretativo e compreensivo das convergências e divergências dos significados atribuídos à relação entre as práticas educativas dos enfermeiros para o autocuidado, a compreensão dos pacientes sobre tais práticas e a aplicação do autocuidado no contexto da quimioterapia oral domiciliar, sob os seguintes passos: (a) leitura abrangente; (b) identificação de significados subjacentes; (c) questionamento de ideias e significados articulando-os com significados sociais e culturais; (d) elaboração de esquemas hermenêuticos para análise interpretativa; e (e) elaboração de uma síntese dialética de significados entre categorias empíricas e teóricas. Esse processo envolveu a coprodução dos dados com os participante, uma vez que eles integram o círculo hermenêutico de interpretação e compreensão críticas. Pesquisadores e participantes trabalharam juntos para trazer à vida a experiência a ser explorada por meio do uso da imaginação, do círculo hermenêutico e da atenção ao simbolismo da linguagem e da escrita.

A hermenêutica-dialética pode ser entendida como uma síntese teórica resultante do diálogo crítico entre a tese da Hermenêutica das Tradições ou Hermenêutica

Histórica, desenvolvida por Hans-George Gadamer^{7,8} e sua antítese, configurada na Crítica das Ideologias postulada por Jurgen Habermas^{9,10}. Em geral, Paul Ricouer¹¹ é apontado como o teórico proponente de um terceiro caminho para a epistemologia da compreensão e interpretação, inaugurando o espaço de construção da Hermenêutica Dialética, com aplicação metodológica por meio da *práxis* da compreensão/interpretação que, por sua vez, implica no exercício hermenêutico (identificação de sentidos e categorização) e na crítica dialética (cotejamento dialógico entre categorias empíricas e categorias teóricas)¹².

Esta pesquisa cumpriu com as orientações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹³. Foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética da Instituição onde se realizou a pesquisa sob o número do parecer 87.873.

Como referenciais teóricos, elegeu-se a sistematização do protocolo de tratamento XELOX¹⁴, adotada como padrão determinante das orientações para o autocuidado quando da terapêutica antineoplásica domiciliar, e a teoria de Orem que, com suas categorias teóricas próprias do campo da enfermagem, subsidiou a análise interpretativa e a discussão crítica.

RESULTADOS

Com vistas a estabelecer um perfil socioeconômico do grupo de participantes da pesquisa, identificaram-se oito pacientes do sexo feminino e sete do sexo masculino; dez pacientes casados, dois solteiros, dois divorciados e um viúvo; 12 pacientes com função profissional operacional, dois com função técnica e um com função estratégica; renda familiar entre 600 e 15 mil reais; idade entre 34 e 67 anos; três com ensino fundamental incompleto; cinco com ensino fundamental completo; seis pacientes com ensino médio completo; e apenas um com ensino superior. Entre os participantes, não havia qualquer paciente sob tratamento radioterápico concomitante à quimioterapia.

CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS EMPÍRICAS

Oitenta e nove recortes de falas foram identificados no material empírico, tomando como critério de seleção as suas relações elucidativas com o objeto e os objetivos do estudo. Posteriormente, tais recortes foram reagrupados, resultando em três categorias empíricas e suas respectivas subcategorias, a saber:

a) Da orientação à compreensão - Circunscreve as falas relativas às práticas educativas dos enfermeiros quando das consultas de enfermagem, antes de o paciente iniciar o tratamento quimioterápico oncológico, privilegiando as interpretações dadas pelos pacientes às orientações recebidas. Oito subcategorias constituem essa categoria:

Divergência entre orientação e compreensão, traduzida pela discordância entre as orientações recebidas e a

compreensão sobre eles exercida; *imaginário popular* - formada por falas que apontam a interferência de crenças no processo de compreensão das informações recebidas; *vulneração e condição socioeconômica* - compõe-se das falas que conjugam a vulneração provocada pela doença e a condição socioeconômica do doente; *hábitos pessoais e reações adversas* - abarca as falas que apontam os hábitos pessoais como dificultadores da compreensão sobre o autocuidado e suas relações com as reações adversas; *estratégia no autocuidado* - engloba as falas que descrevem práticas de autocuidado não orientadas pelos enfermeiros, mas desenvolvidas pelo próprio paciente; *memória e esquecimento* - constitui-se das falas que remetem às dicotomias entre as recomendações recebidas e a sua não compreensão ou compreensão subvertida devido às oscilações entre memória e esquecimento ocorrido no paciente; *automotivação para o autocuidado* - reúne falas que indicam a presença de fatores internos que contribuem para uma resposta positiva às exigências do autocuidado; e *convergência entre orientação e compreensão* - agrupa as falas que expressam compatibilidade interpretativa entre o que foi orientado e o que foi compreendido pelo paciente.

b) Descrição das práticas educativas - Engloba as falas que denotam a interpretação que os pacientes fazem das práticas educativas da enfermagem e das possíveis interferências na compreensão. Foram encontradas três subcategorias:

Expectativas do paciente - reúne as falas que apontam as expectativas com as quais o paciente inicia o autocuidado; *prática educativa* - formada por falas que se referem às ações específicas de orientação para o autocuidado desenvolvidas pelos enfermeiros; e *hábitos pessoais e reações adversas* - já identificada na categoria *da orientação à compreensão*, essa subcategoria evidencia que as informações oriundas das práticas do senso comum podem atuar como ruídos na comunicação, quando do processo educativo para o autocuidado.

c) Da compreensão à aplicação - abarca as falas que indicam a aplicação daquilo que foi compreendido quando da ação educativa para o autocuidado. Nessa categoria, 12 subcategorias foram encontradas, sendo que seis delas também foram identificadas na categoria *da orientação à compreensão*.

Imaginário popular emerge pela reunião de falas que evidenciam crenças manifestadas quando da aplicação do autocuidado; *vulneração e condição socioeconômica* - constitui-se das falas que evidenciam a complexidade das relações entre a vulneração provocada pela doença e pela condição socioeconômica do paciente durante o autocuidado; *hábitos pessoais e reações adversas* - também identificada nas categorias *da orientação à compreensão* e *da compreensão à aplicação*, essa unidade hermenêutica compõe-se das falas que indicam os hábitos pessoais e as reações adversas como dificultadores da aplicação

do autocuidado; *estratégia no autocuidado* - também identificada na categoria *da orientação à compreensão*, nesse caso específico, reúne falas que expressam o desenvolvimento de estratégias de aplicação do autocuidado por parte do paciente, não vinculadas à compreensão sobre as orientações recebidas; *memória e esquecimento* - grupo de falas que remete às lacunas entre a compreensão e a não aplicação ou aplicação equivocada do autocuidado, devido às oscilações entre memória e esquecimento ocorridas no paciente; *automotivação para o autocuidado* - abarca as falas que reportam ao movimento interno do paciente pela superação da doença; *divergência entre compreensão e aplicação* - conjunto de falas que reportam às disparidades entre o que foi entendido quando da orientação sobre o autocuidado e sua real aplicação prática; *compreensão e dificuldade* - constitui-se das falas que evidenciam contradições entre orientação e aplicação do autocuidado determinadas por limitações e dificuldades alheias à vontade do paciente; *vulneração e emoção* - engloba as falas que denotam a intrínseca relação entre vulneração e emoção determinadas pela experiência humana com doença; *convergência entre compreensão e aplicação* - abarca as falas que evidenciam que orientação e aplicação do autocuidado estão em compatibilidade na prática do paciente; e *fatores alheios e aplicação* - são falas que informam sobre peculiaridades individuais adquiridas pelos pacientes ao longo da vida que, quando do autocuidado, acabam por interferir na qualidade dos resultados.

DISCUSSÃO

SENTIDO DE ORIENTAÇÃO INTERPRETADA SOB INFLUÊNCIA DE OUTROS SABERES E PRÁTICAS

A categoria *da orientação à compreensão* entende-se como um percurso cognitivo praticado pelo paciente, um itinerário de aprendizagem e assimilação das orientações recebidas quanto ao autocuidado e sua real compreensão. Nesse caso, o sentido apontado pelos depoimentos indica que a apreensão significativa dos conteúdos da orientação para o autocuidado é permeada por outros saberes e práticas que acabam por influenciar a interpretação desenvolvida pelo paciente.

No âmbito do imaginário popular, as informações oriundas do senso comum contribuem para confundir o entendimento do paciente quando das orientações recebidas dos enfermeiros acerca da aplicação do autocuidado¹⁴.

O cuidado que tenho é tomar a quimioterapia oral e ficar duas horas sem comer nada. Às vezes, tomo água. Isso eu não perguntei. Eu traduzi por mim mesmo, isto é, esperando o medicamento fazer efeito. Não sei se estou agindo certo ou errado (G3E3).

Não há como ignorar que o paciente é um indivíduo impregnado por crenças capazes de desvirtuar a sua interpretação do autocuidado, uma vez que a crença resulta do predomínio da prática sobre a teoria, constituindo-se de convicções que, mesmo quando não fundadas racionalmente, podem modelar a conduta cotidiana¹⁵.

A vulneração biológica e a condição socioeconômica, agravadas pela doença, são também fatores prejudiciais à interpretação das orientações para o Protocolo XELOX. Observa-se que, mesmo antes do diagnóstico de câncer, algumas pessoas já se encontram em situação de vulneração física e social. Com o advento do câncer e seu tratamento, esses pacientes são muitas vezes levados à condição de mais que vulnerados¹⁶.

Eu não estou na minha casa e não sei como vai ficar. Eu tenho filho pequeno. Não sei como que vou reagir... Se vou ter alguma reação ou não, entendeu? Por isso que eu fico com mais medo (G1E5).

No que se refere às interligações entre *hábitos pessoais e reações adversas*, observa-se forte influência dos costumes praticados ao longo da vida do paciente, influência que atua no interstício entre a orientação e a compreensão, dificultando a correta interpretação acerca dos procedimentos do autocuidado. Giddens¹⁷ afirma que, ao longo de sua história de vida, os indivíduos cultivam hábitos, práticas e costumes motivados por distintas e complexas relações sociais. É preciso considerar o potencial de interferência desses aspectos quando da prática educativa, pois a promoção de uma consciência sobre o autocuidado¹⁸, depende da superação das contradições entre os conhecimentos teóricos e as práticas pessoais do paciente.

Em paralelo aos hábitos pessoais, ocorre o desenvolvimento de uma *estratégia* constituída de adaptações que extrapolam as orientações recebidas dos enfermeiros, o que pode, em muitos casos, ser um ponto positivo, já que tais adaptações se relacionam às peculiaridades de cada paciente e são mudanças cognitivas e esforços comportamentais para melhor lidar com as adversidades do tratamento e obter o bem-estar⁵⁻¹⁹, não prejudicando o autocuidado em si.

A experiência do tratamento quimioterápico pode desenvolver no paciente uma carga de estresse acompanhada do medo da morte e dissolução da esperança. A necessidade de apreender uma diversidade de informações, conjugada com o alto estresse e a desesperança podem culminar na confusão mental e alterar a relação entre memória e esquecimento no paciente. Por isso, as práticas educativas precisam recorrer a repetição, a fim de evitar que o entendimento inicial se transforme em esquecimento durante a prática do autocuidado²⁰.

Compreendi, só que são tantas as informações que você não lembra de tudo, mas eu entendi perfeitamente (G1E6).

Entretanto, em oposição à possível desesperança, ocorre também a *automotivação para o autocuidado*. Em alguns casos, a interpretação influenciada por outros saberes e práticas, que não aqueles orientados pela enfermagem, acabam por intensificar as forças e a confiança do paciente nos procedimentos durante o autocuidado²¹.

O que me motiva é meu filho, porque eu tenho um filho de 3 anos, é o que me motiva, eu penso em ficar boa, ficar curada para acabar de criar meu filho (G3E2).

Em outros casos, ocorre a *convergência entre as orientações e compreensão*, fazendo com que os pacientes adiram a uma alimentação saudável, prevista nas orientações da enfermagem como indispensável ao sucesso do autocuidado, uma vez que tal prática promove o bom funcionamento do sistema imunológico²².

É uma verdura, um legume que eu não gostava de comer, mas eu estou aprendendo a comer agora. É cenoura, chuchu, inhame, quiabo, abóbora (G3E2).

SENTIDO DE TRIANGULAÇÃO ENTRE EXPECTATIVAS, INFORMAÇÃO E HÁBITOS/REAÇÕES

As *expectativas do paciente* ante a notícia do diagnóstico e, conseqüentemente, do tratamento desenvolvem nele grande ansiedade por se tratar de experiência nunca antes vivenciada, inserida, portanto, no território do desconhecido, susceptível a várias deturpações:

A gente fica com muita expectativa porque até chegar aqui a gente se depara com [...] alguns comentários: 'É porque quando eu fiz a quimioterapia foi assim, foi assado'. [...] Eu pensava que todo mundo tomava a mesma quimioterapia. É o desconhecimento. E quando a gente chega e começa a observar, vê que não é. Cada caso é um caso (G1E6).

Quanto à *prática educativa* aplicada aos pacientes como preparação para o autocuidado, identificou-se que os entrevistados possuíam informações superficiais sobre as estratégias necessárias ao seu autocuidado. Alguns pacientes até relataram o recebimento de materiais educativos, mas não houve relatos acerca da leitura e da qualidade das orientações contidas no material. Outros pacientes ainda relataram confusão e dificuldade em relação ao autocuidado a ser praticado, o que requer melhor sistematização e adequação pedagógica das ações educativas desenvolvidas, considerando a possibilidade

de um processo que envolva diagnóstico, intervenção e avaliação da qualidade do autocuidado²⁰.

Eles me deram uma revistinha para eu ler... daquelas coisas que não posso fazer. É... Eu estou tentando (G3E4).

Em relação à exposição ao sol? Eu não saio no sol, mas essa orientação também não tive (G3E4).

Ainda sobre a relação entre *hábitos pessoais e reações adversas*, discussão também vinculada à categoria *da orientação à compreensão*, o sentido aqui apontado ressalta a força exercida pelas informações oriundas do senso comum, as quais, muitas vezes, se sobrepõem às informações técnicas fornecidas quando da prática educativa, dificultando assim a interpretação correta e o desenvolvimento de uma consciência do paciente sobre o autocuidado²³. Entende-se que os hábitos cotidianos historicamente sedimentados nos pacientes dificultam a prática adequada do autocuidado conforme necessário. Por isso, acredita-se que a metodologia de orientação utilizada ainda é insuficiente para garantir a predominância do conhecimento científico na prática do autocuidado entre os pacientes. A força dos hábitos individuais e coletivos acabam por interferir nos procedimentos, uma vez que se constituem em práticas aprendidas e exercem um controle estrito sobre as necessidades orgânicas, centrando-se na satisfação e, portanto, são energias motivacionais²⁴.

Eu não uso nada na pele. Ela me passou creme, mas toda vida o meu normal foi assim. A única coisa que eu uso é o sabonete para tomar banho. Não uso perfume, não passo creme no cabelo. É um costume mesmo (G1E3).

SENTIDO DE COMPREENSÃO APLICADA SOB INFLUÊNCIA DE OUTROS SABERES E PRÁTICAS

Inevitavelmente, os saberes e as práticas historicamente acumuladas pelo senso comum acabam por influenciar a aplicação da compreensão que o paciente tem das orientações para o autocuidado, o que se dá por diversas razões.

Uma delas relaciona-se ao *imaginário popular*, que pode facilitar ou dificultar a total adesão do paciente ao autocuidado, sofrendo inclusive forte influência das informações propagadas pela mídia, em especial a televisiva.

A *vulneração* física, provocada pela doença, conjugada com a escassez de recursos consequentes da *condição socioeconômica* também atuam como influenciadores na aplicação da compreensão e na adesão ao autocuidado proposto. Ao que tudo indica, isso ocorre quando a medicação usada no Protocolo XELOX debilita os

pacientes, os quais, devido à sua limitada condição socioeconômica, são submetidos a uma intensificação da sua condição de vulnerado¹⁴⁻¹⁶.

Quando eu termino de tomar a quimioterapia oral, meia hora depois, eu não tenho força para mais nada, nem para levantar da cama, eu fico na cama direto, aí vou lá devagarzinho fazer as minhas coisas de casa. Ele me dá tonteira, aí faço minha comida, como e volto para a cama novamente (G3E1).

Nesse caso, a ligação entre os *hábitos pessoais* e as *reações adversas* também se manifesta. Os relatos mostram que os pacientes praticantes de determinados hábitos, como ingerir refrigerantes em lugar de água, não hidratar a pele e não se alimentar de 3 em 3 horas, durante o autocuidado experimentaram os efeitos adversos de forma mais intensa.

Depois do café até o almoço não como mais nada, porque é um costume antigo, e mantenho o modo antigo (G1E3).

Entre os casos em que os pacientes aderiram integralmente à proposta do protocolo, foi possível identificar alguns que extrapolaram o limite das orientações recebidas, caracterizando o desenvolvimento do que, em termos empíricos, pode-se chamar de *estratégia no autocuidado*; e em termos teóricos, *estratégia de enfrentamento*. Tendo capacidade humana de superar as adversidades^{5,21}.

A minha alimentação é o seguinte, eu me alimento bem se for uma comida mole, uma canja, um ensopado; carne em pedaços eu não estou gostando, aí bato no liquidificador, coloco no macarrão, é assim que estou fazendo. Se comer a carne em pedaços eu enjojo (G1E3).

Tais iniciativas são mudanças cognitivas, esforços comportamentais para planejar, administrar e implementar demandas específicas internas requeridas pelo contexto que, em determinado momento, não podem ser totalmente atendidas pelo protocolo definido, exigindo e ensejando assim a capacidade de superar o que causa medo, além de promover um reajuste diante das dificuldades¹⁷.

Compreendi, só que são tantas as informações que você não lembra de tudo, mais eu entendi perfeitamente (G1E6).

Só um dia que passei do horário, mas eu pensei, eu não vou deixar de tomar pois, vou ficar boa, que eu já estou boa e que vou ficar melhor ainda (G3E1).

A estratégia descrita no depoimento anterior torna-se ainda mais contundente ao nos reportarmos à contraposição entre *memória e esquecimento*, visto que, mesmo cômicos do horário da autoadministração oral, alguns pacientes relataram esquecer de fazê-lo no horário prescrito. Enfatiza-se que, nas orientações para o autocuidado, os enfermeiros sugeriram alguns mecanismos ou dispositivos possíveis de sinalização e controle dos horários da quimioterapia oral.

Um aspecto patente nos depoimentos e imprescindível ao sucesso do protocolo é a *automotivação para o autocuidado*, entendida como a presença de fatores que promovem uma resposta positiva diante da adversidade da doença e seu tratamento, constituindo-se em uma espécie de altruísmo resiliente, capaz de superar a dor, a tristeza e a iminência da finitude por meio da sublimação:

Eu tenho um filho que fica muito bem se eu estiver bem. Se eu não estiver bem, ele não fica bem. Então, eu tenho que ficar bem. Eu consigo ficar bem dentro de mim por causa do meu filho também (G1E4).

Eu vou ser sincera com você: o que me facilita é saber que eu vou viver um dia a mais. Eu só faço pelo amanhã, pelo meu filho. E o que me facilitaria era não ter nada disso para eu continuar trabalhando numa boa (G2E4).

É evidente que a resiliência²¹ aqui manifestada se funda a partir de uma conexão afetiva entre as pacientes e um de seus entes queridos mais caros, a ponto de um dia a mais de vida assumir um sentido que justifique o enfrentamento, associação que atua como mecanismo de superação, fazendo com que o indivíduo busque se fortalecer e enfrentar as adversidades, adaptando-se, recuperando-se e promovendo a sua qualidade de vida diante dos eventos e circunstâncias severamente estressantes da experiência da doença e seu tratamento²³.

A possível *divergência entre compreensão e aplicação* ressalta um sentido de que em alguns casos a força do hábito sobrepõe-se às melhores práticas preconizadas para o autocuidado, em especial no que se refere à alimentação, sugerindo que, subjacente ao sentido explícito, existe também um sentido de decisão autônoma por parte do paciente, independente da orientação recebida, que recomenda a prática da alimentação considerada saudável²².

A alimentação a gente até quebra um pouquinho. Minha filha fez uma feijoada. Eu pensei: 'não vou comer feijoada'. Mas aí eu comecei a colocar no pratinho umas coisinhas. Coloquei farofa, mas é com bacon. Aí, me deu diarreia (G3E4).

Entretanto, em alguns outros casos, apesar da *compreensão* acerca das orientações recebidas, a aplicação

indevida se dá por conta de algum evento alheio à vontade do paciente, tal como a redução de intestino por cirurgia oncológica, a qual dificulta a ingestão da medicação oral e de líquidos em geral¹⁴.

A intensificação entre a *vulneração física* em que se encontra o paciente e sua *vulneração emocional* foi identificada nos relatos que descrevem o momento da ingestão oral do medicamento oncológico, quando ocorre a manifestação dos efeitos adversos causados pelo quimioterápico, fenômeno físico que é emocionalmente significado como prostração extrema¹⁴.

Os depoimentos apontam que, quando há *convergência entre compreensão e aplicação* das orientações para o autocuidado, ocorre uma maior adesão do paciente ao tratamento proposto, o que reforça a importância das competências didáticas dos enfermeiros para a qualidade da prevenção e do controle dos efeitos colaterais¹⁴.

Os *fatores alheios* às orientações recebidas pelos pacientes são caracterizados por conhecimentos, costumes, pensamentos e atitudes acumulados pelo paciente antes mesmo do diagnóstico, atuando como variáveis potencialmente capazes de influenciar a *aplicação* prática de tais orientações e podendo contribuir de forma positiva ou negativa para a qualidade do autocuidado. Nesse caso, a enfermagem deve atentar para os aspectos culturais, os tabus e o estigma existentes, com vistas a estabelecer uma comunicação mais eficaz quanto às orientações para o autocuidado, fundamentalmente dissipando as dúvidas, desfazendo os tabus, os temores e os preconceitos que ainda existam entre os pacientes e a população em geral¹⁴.

CONCLUSÃO

Ao concebermos que as orientações da enfermagem para o autocuidado durante a quimioterapia oral domiciliar são práticas educativas, nossas conclusões devem inevitavelmente se concentrar no binômio ensino-aprendizagem.

Sob um esquema simplificado, pode-se dizer que os enfermeiros “ensinam” e os pacientes “aprendem” os princípios básicos do autocuidado e suas respectivas aplicações. Entretanto, tratando-se de pacientes adultos, a incorporação de novos saberes se dá de forma um pouco mais complexa, pois os adultos aprendem predominantemente a partir do repertório de conhecimentos que já acumularam, o que significa dizer que a história de vida, os hábitos pessoais e coletivos, o imaginário popular, as crenças e os valores culturais dos pacientes atuam como elementos de referência crítica para a seleção, aceitação, modificação e aplicação de novos saberes.

Como o processo ensino-aprendizagem para o autocuidado na quimioterapia oral domiciliar se completa didaticamente após três etapas (orientação, compreensão e aplicação), direcionamos nossa atenção para as convergências e divergências entre tais etapas,

buscando identificar pontos e aspectos passíveis de melhorias relativas ao conteúdo, à metodologia de ensino, ao material didático e à linguagem utilizada, obviamente enfatizando muito mais as divergências, visto que, sob uma perspectiva hermenêutica e dialética, a contradição é propulsora do aprimoramento por meio da superação da divergência existente.

Nesse sentido, concluiu-se que há aspectos didático-pedagógicos passíveis de aprimoramento ao longo do processo ensino-aprendizagem, especialmente nos momentos de transição de uma etapa para a outra, tanto na passagem da etapa da orientação para a etapa da compreensão como desta para a etapa da aplicação do autocuidado domiciliar.

Afora isso, também não foram identificadas ações pedagógicas pré, pós e entre os estágios e/ou ciclos do protocolo de tratamento XELOX; ou seja, uma ação anterior de identificação dos possíveis fatores socioculturais intervenientes no processo ensino-aprendizagem e uma ação posterior de caráter avaliativo, além de ações intermediárias de verificação e reforço entre um ciclo e outro, com vistas à retroalimentação com novos conteúdos e fatores que, porventura, surjam da experiência particular de cada paciente ao longo dos ciclos de tratamento. Nesse sentido, nossa principal recomendação é que se acrescentem, às práticas educativas dos enfermeiros, as ações anteriormente mencionadas.

CONTRIBUIÇÕES

Maria Eunice Rodrigues de Mesquita trabalhou na concepção e planejamento do estudo; na obtenção, análise e interpretação dos dados; na redação, revisão e aprovação da versão final deste artigo. Rildo Pereira da Silva trabalhou como orientador na concepção e planejamento do estudo; na obtenção, análise e interpretação dos dados; na redação, revisão e aprovação da versão final deste artigo.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

- Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2015.
- Marques PAC. Paciente com câncer em tratamento ambulatorial em um hospital privado: atitudes frente à terapia com antineoplásicos orais e locus de controle de saúde [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
- Passos PCA. Enfermagem oncológica antineoplásica. São Paulo: Lemar; 2011.
- Faithfull S, Deery P. Implementation of capecitabine (Xeloda) into a cancer centre: UK experience. *Eur J Onc Nursing* 2004;8 Suppl 1: S54-S62.
- Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. 4th edition. New York: McGraw-Hill; 1995.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11 ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
- Gadamer HG. *Verdade e método*. 3 ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
- Gadamer HG. *Hermenêutica em retrospectiva: volume 2*. Petrópolis: Vozes; 2007.
- Habermas J. *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus; 1988.
- Habermas J. *La pretensión de universalidad de la hermenéutica*. 2a ed. Madrid: Tecnos; 1990. Capítulo 2, *La lógica de las Ciencias Sociales*; p. 277-306.
- Ricouer P. *Interpretação e ideologia*. 4 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1988.
- Minayo MCS. *Caminho do Pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial União, Brasília, DF*, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.
- Bonassa EMA, Gato MIR. *Terapêutica oncológica para Enfermeiros e Farmacêuticos*. 4 ed. São Paulo: Atheneu; 2012.
- Birchal TS. Fé, razão e crença na apologia Raymond Sebon: somos cristãos como somos perigordinos. *Kriterion: Revista de Filosofia*. 2005;46(111):44-54.
- Schramm FR. *Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização*. *Rev Bioet*. 2008;16(1):11-23.
- Giddens A. *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Zahar; 2002.
- Patrice VF. *Repercussão do autocuidado no estilo de vida do portador de marcapasso [Dissertação]*. Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 2004.
- Lazarus RS, Folkman S. *Stress appraisal and coping*. New York: Springer; 1984.
- Silva MDSO. *Educar para o autocuidado num serviço hospitalar [Dissertação]*. Porto: Universidade do Porto; 2007.
- Aldo M, Ojeda ENS. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed; 2005.
- Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Consenso Nacional de Nutrição Oncológica*. Rio de Janeiro: Inca; 2009.
- Alexandre M. *Representação social: uma genealogia do conceito comum*. *Comum*. 2004; 10(23):122-38.
- Costa P, Leite RCBO. *Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras*. *Rev Bras Cancerol*. 2009;55(4):355-64.

Abstract

Introduction: Given the real life of the patients, the best way of acquiring knowledge for self-care was examined.

Objective: To evaluate, from the perspective of the patients, convergences and divergences between orientations for self-care, understanding of the orientations and their application. **Method:** Evaluative study, from a hermeneutic-dialectic perspective, at a cancer hospital in Rio de Janeiro. Fifteen participants with colon and rectum cancer formed the sample, distributed into three groups (initial, central and final cycles) of the XELOX treatment protocol. Convenience sampling was adopted, with the following criteria: adult, treatment consciousness, lucidity, preserved cognitive functions, absence of cerebral metastasis and oral home chemotherapy. Data were produced using semi-structured interviews between September and October 2012, until theoretical saturation was reached, in a cooperation between participants and researchers to illuminate the experience to be explored. **Results:** Eighty-nine speech extracts grouped into three empirical categories and their respective subcategories, namely: the orientation-to-understanding category, with eight subcategories; the description of educational practices category, with four subcategories; and the understanding the application category, with 11 subcategories. **Conclusion:** As there are possible improvements throughout the process, in the transition from one stage to the next, we propose a previous activity to identify sociocultural factors, a later activity of evaluative feature and monitoring activities between one cycle and the next.

Key words: Oncology Nursing; Colorectal Neoplasms/nursing; Self Care; Cancer Care Facilities; Evaluation.

Resumen

Introducción: Ante la vida práctica de los pacientes, se pregunta sobre la mejor manera de adquirir conocimientos para el autocuidado. **Objetivo:** Evaluar, desde la perspectiva de los pacientes, las convergencias y divergencias entre las directrices para el autocuidado, la comprensión de las directrices y su aplicación. **Método:** Estudio evaluativo cualitativo, sobre la perspectiva hermenéutica-dialéctica, en un hospital oncológico en Río de Janeiro. Quince participantes con cáncer de colon y recto con la muestra de conveniencia distribuida en tres grupos del protocolo de tratamiento XELOX, bajo los criterios: adultez, conciencia sobre el tratamiento, lucidez, funciones cognitivas conservadas, ausencia de metástasis cerebral y en quimioterapia oral en el domicilio. Producción de los datos por medio de entrevistas semiestructuradas entre septiembre y octubre de 2012, llevados hasta la saturación teórica, en una cooperación entre participantes y investigadores para iluminar la experiencia a ser explorada. **Resultados:** Ochenta y nueve recortes de hablas agrupados en tres categorías empíricas y sus subcategorías, a saber: la categoría de la orientación a la comprensión, con ocho subcategorías; la categoría descripción de las prácticas educativas, con cuatro subcategorías; y la categoría de la comprensión a la aplicación, con 11 subcategorías. **Conclusión:** Debido a que hay posibles mejoras en el proceso, se propone una acción anterior para identificar los factores socioculturales, una posterior, en carácter de evaluación, y acciones de seguimiento de un ciclo a otro.

Palabras clave: Enfermería Oncológica; Neoplasias Colorrectales/enfermeira; Autocuidado; Instituciones Oncológicas; Evaluación.

Benefícios da Hipodermóclise na Clínica Paliativa de Pacientes com Câncer: Relato de Caso

Benefits of Hypodermoclysis in Palliative Care of Cancer Patients: Case Report

Beneficios de la Hipodermoclysis en la Clínica Paliativa de Pacientes con Cáncer: Presentación de Caso

Gislene Pontalti¹; Caren de Oliveira Riboldi²; Ricardo Soares Gioda³; Isabel Cristina Echer⁴; Maria Alice Franzoi⁵; Wiliam Wegner⁶

Resumo

Introdução: A hipodermóclise é uma via de infusão em pacientes com câncer nos casos em que os acessos oral e endovenoso não estão disponíveis. Considerando a sua utilidade no controle dos sintomas no final de vida, faz-se importante ampliar o conhecimento e a divulgação das experiências quanto aos seus benefícios. **Relato de caso:** Trata-se de dois relatos de caso de pacientes com câncer, nos quais a hipodermóclise foi utilizada para administração de medicamentos. **Conclusão:** Essa prática apresentou-se como uma via segura, minimamente invasiva e eficaz no tratamento sintomático dos pacientes com câncer em cuidados paliativos.

Palavras-chave: Hipodermóclise; Conduta do Tratamento Medicamentoso; Cuidados Paliativos; Enfermagem.

¹ Enfermeira. Mestre em Gerência em Serviço. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* gpontalti@hcpa.edu.br

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. HCPA. Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* criboldi@hcpa.edu.br

³ Farmacêutico. Mestre em Ciências Médicas. HCPA. Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* rgioda@hcpa.edu.br

⁴ Enfermeira. Doutora em Ciências Médicas. Docente do Departamento de Assistência e Orientação Profissional, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS). Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* isabelecher@gmail.com

⁵ Médica. Especialista em Clínica Médica. Residente do primeiro ano de cancerologia clínica. HCPA. Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* franzoi.alice@gmail.com

⁶ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEUFRGS. Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* wiliam.wegner@ufrgs.br

Endereço para correspondência: Gislene Pontalti, Rua Veríssimo Rosa, 321/201 - Partenon. Porto Alegre (RS), Brasil. CEP: 90610-280. *E-mail:* gpontalti@hcpa.edu.br

INTRODUÇÃO

O cuidado paliativo direcionado ao paciente e à sua família surge frente a doenças oncológicas avançadas em que a perspectiva de cura torna-se restrita e a ameaça à vida é iminente. A proposta terapêutica multiprofissional desse cuidado é o de controlar os sintomas que ocasionam o sofrimento físico, psíquico, espiritual e que passam a interferir significativamente na qualidade de vida e da morte dos pacientes¹.

Pacientes com câncer em situação de doença fora de possibilidade terapêutica de cura tendem a apresentar alterações clínicas como vômitos incoercíveis, disfagia, obstrução intestinal, dispneia, desidratação, astenia, delírio e dor. Essas alterações predis põem a instabilidades hemodinâmicas e desequilíbrios hidroeletrólíticos que podem gerar sofrimento e desgaste no paciente com câncer^{1,2}.

Estudos revelam que 53% a 70% dos pacientes necessitarão de via parenteral para controle eficaz dos sintomas, em decorrência da dificuldade de administração de medicamentos via oral. Esse percentual torna-se maior na medida em que o paciente evolui para fase agônica ou pré-morte¹⁻³. A disponibilidade de uma via parenteral para administração de medicamentos, devido à evolução da doença e à precariedade de acesso venoso periférico, tem sido um constante desafio para as equipes de saúde no contexto dos cuidados paliativos.

Nos casos em que a via oral torna-se indisponível, a via de infusão de escolha para controle dos sintomas é a subcutânea, a qual visa à administração de soluções e fármacos evitando punções repetidas numa rede venosa frágil ou inacessível. Essa via apresenta a mesma eficácia da endovenosa, com a vantagem de ser menos dolorosa e com raros eventos adversos. Essa administração de fluidos pela via subcutânea é conhecida por hipodermóclise ou terapia subcutânea³⁻⁵.

A técnica de punção é realizada pelo enfermeiro e consiste na introdução de um dispositivo de metal ou teflon calibre números 22 a 27, no tecido subcutâneo do paciente, fixado por um curativo transparente para visualizar a pele circundante, com recomendação de até sete dias de permanência. O enfermeiro elege o local de punção de acordo com o volume e tipo de fármacos prescritos, certificando-se da espessura do tecido subcutâneo e evitando a escolha de tecido irradiado, infectado, edemaciado ou próximo de estomas³.

O presente relato trata de dois casos em que a hipodermóclise foi utilizada para terapia medicamentosa no controle de sintomas de pacientes com câncer em cuidados paliativos. Em ambos os casos, busca-se relatar os benefícios do uso dessa via em situações de rede venosa frágil e inviabilidade de uso da via oral. Alguns

estudos também apontam a hipodermóclise como uma opção eficaz para pacientes em cuidados paliativos que apresentam confusão mental, agonia e necessidade de sedação paliativa^{1-3,6,7}.

As pacientes foram acompanhadas durante a internação, que ocorreu nos meses de junho e julho de 2016, em uma Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. O presente estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição, sob o número de protocolo 13-0217, e todos os aspectos éticos foram respeitados conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁸. As pacientes e seus responsáveis concordaram com a participação assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RELATO DE CASO

O primeiro caso trata de uma paciente de 65 anos, sexo feminino, viúva. Em janeiro de 2014, apresentou diagnóstico de carcinoma epidermoide de esôfago distal, estágio clínico T2N3M0, tratado inicialmente com quimioterapia e radioterapia concomitantes. Após seis meses de conclusão do tratamento, apresentou quadro de estenose completa em esôfago distal e médio, não responsiva à dilatação endoscópica, sendo então submetida à gastrostomia. Em junho de 2016, após consulta ambulatorial, foi encaminhada para o setor de emergência do hospital apresentando sede, xerostomia, dor intensa em hemiface esquerda, dispneia, síncope, sudorese importante, palidez cutânea e pulsos filiformes. Os exames de imagem evidenciaram recidiva tumoral com progressão da doença em rinofaringe.

Ao exame físico, a paciente encontrava-se lúcida e orientada, respondendo às solicitações verbais, pele com turgor e elasticidade diminuída, rede venosa pouco visível, baixo débito urinário e constipação há quatro dias, em uso crônico de laxativos. Fazia uso prévio de morfina, amitriptilina, carbamazepina e dipirona, para dor mista e com características de neuralgia trigeminal. Convívio familiar amistoso, contando com as quatro filhas como principal rede de apoio; entre as quais, uma assumia a maior parte dos cuidados e acompanhamento do tratamento. Católica praticante, apoiando-se em sua crença para lidar com as questões da doença.

Os principais cuidados médicos e de enfermagem, ainda na emergência, abrangeram analgesia com opioides, oxigenioterapia suplementar por óculos nasal, hidratação, nutrição por gastrostomia, controle de diurese por sondagem vesical de demora e antibioticoterapia sistêmica em razão da suspeita de quadro infeccioso associado à progressão da doença. Devido à gravidade e ao prognóstico reservado, foi transferida para a UCP, com anuência da

família, onde manteve acompanhamento diário com a equipe multiprofissional do Programa de Cuidados Paliativos (PCP) da instituição.

Os medicamentos administrados durante a internação abrangeram antibióticos endovenosos (cefepime, clindamicina, meropenem), para tratamento de broncopneumonia aspirativa, conforme resultados de hemocultura. Além disso, a paciente recebeu hidratação com solução fisiológica (SF) 0,9% e medicações sintomáticas relacionadas à dor, constipação, náuseas e dispneia.

Durante 22 dias de internação, a paciente fez uso de acesso venoso periférico, sendo repuncionada várias vezes devido à fragilidade da rede venosa pelo uso de antibioticoterapia. Considerando-se a evolução clínica da paciente, a rede venosa periférica de difícil manutenção, a ingestão insuficiente de líquidos por via oral e a desidratação classificada como grau leve, optou-se pela hipodermóclise para a administração dos fármacos e fluidos prescritos.

A qualidade de vida da paciente estava visivelmente comprometida, evidenciada por sinais de infecção e desidratação. A punção subcutânea foi realizada pelo enfermeiro, na região torácica, por apresentar adequada drenagem linfática que maximizaria a absorção. A região abdominal estava indisponível pela presença da sonda de gastrostomia.

A hipodermóclise foi utilizada por 14 dias, com rodízio de locais entre tórax direito e esquerdo para minimizar o dano ao tecido subjacente, com tempo médio de permanência do cateter por sete dias, conforme recomendado pelo procedimento operacional padrão da instituição. A cada utilização da via, a equipe de enfermagem realizava desinfecção do lúmen de acesso e das conexões com álcool 70%, a fim de prevenir e reduzir o risco de infecções. Também, o local da punção era inspecionado diariamente observando-se sinais de irritação, inflamação ou qualquer outro desconforto.

De acordo com a proposta terapêutica de alívio da dor, náuseas e dispneia, a paciente fez uso de medicamentos por infusão intermitente e bólus. De forma contínua, foi administrada SF 0,9% 1.000 ml a cada 24 horas, por bomba de infusão gotejo 100 ml/h, e, de forma intermitente, dipirona 1.000 mg a cada 6 horas, diluída em bolsa de 50 ml de SF 0,9%, conectada em equipo gotas, com infusão por ação gravitacional em 15 minutos. As demais medicações, morfina 6 mg a cada 4 horas e metoclopramida 10 mg a cada 6 horas, foram administradas em bólus, lentamente, sem necessidade de reconstituição.

Todas as medicações constavam em prescrição médica baseada na lista de medicamentos para hipodermóclise padronizada pela instituição^{2,3,7,8}. A administração das infusões foi realizada pela equipe de enfermagem, em

via única, visto que não havia incompatibilidades nem evidências de irritação local. Além disso, cada medicação era administrada isoladamente realizando-se a infusão de 0,5ml de SF 0,9% no pertuito do cateter entre uma medicação e outra. No caso de medicamentos concomitantes com a infusão contínua de SF 0,9%, a mesma era interrompida, e após retomada a velocidade de infusão.

Apesar do tratamento inicialmente instituído, a paciente apresentou piora clínica progressiva, incluindo impossibilidade de uso da gastrostomia devido ao extravasamento da dieta secundária à gastroparesia e ao trânsito intestinal lentificado. Evoluiu também com piora da sepse, comprometimento do sensorio (sonolência e torpor) e esforço ventilatório (tiragem e uso de musculatura abdominal acessória) associado à gemência e sinais de sofrimento.

Os familiares foram orientados durante toda a internação sobre o plano terapêutico e, posteriormente, concordaram com a suspensão da hidratação e em maximizar o conforto da paciente por meio de morfina contínua em bomba de infusão, 10ml/h na concentração: 250 ml de solução glicosada 5% e morfina 50 mg, buscando controlar a dor, crises de dispneia e/ou outro eventual desconforto. Paciente evoluiu para óbito após 34 dias de internação, sem sinais de desconforto.

O segundo caso trata de um paciente de 52 anos, sexo feminino, casada. Em junho de 2016, após consulta ambulatorial de rotina, foi encaminhada para a emergência devido dor em hipocôndrio direito com irradiação para o abdômen, febre e hematúria. Após investigação inicial por meio de exames de imagem, constatou-se lesão expansiva na vesícula biliar compatível com neoplasia primária de vias biliares com metástases hepáticas e peritoneais, sem possibilidade de ressecção cirúrgica. Após período de dez dias de internação na UCP e manejo dos sintomas de dor e desconforto abdominal, recebeu alta hospitalar.

Retornou uma semana após, via emergência, apresentando piora clínica e agravamento importante no estado geral, desorientada, gemente, ictérica, com febre alta, dor torácica, dispneia e desidratação. A paciente foi novamente encaminhada à UCP por estar vinculada e em acompanhamento pelo PCP. Os principais cuidados médicos e de enfermagem realizados abrangeram terapêutica sintomática com analgésicos, antitérmicos e antieméticos, oxigenioterapia suplementar por óculos nasal, hidratação e controle de diurese por sondagem vesical de demora.

Para a administração de fármacos e fluidos, o enfermeiro da unidade instalou um cateter para hipodermóclise em região torácica direita devido rede venosa frágil, além da indisponibilidade da via oral devido

instabilidade clínica e comprometimento do sensorio. A paciente manteve uma única punção subcutânea até a conclusão da terapêutica e desfecho final após três dias de internação, sem apresentar sinais flogísticos locais como edema, dor e/ou rubor, considerando inspeção diária do local pela equipe de enfermagem.

A paciente fez uso de morfina 3mg a cada 4 horas, em bólus, lentamente e sem necessidade de reconstituição. A dipirona 1.000 mg a cada 6 horas foi administrada de forma intermitente, seguindo as mesmas recomendações descritas no caso 1, assim como a ondansetrona 8 mg a cada 8 horas, reconstituída em 20 ml de SF 0,9%. Assim como no relato anterior, as medicações foram administradas isoladamente pela equipe de enfermagem, em via única, visto que não havia incompatibilidades e, a cada utilização, realizava-se a desinfecção do lúmen de acesso e das conexões, além da injeção de 0,5 ml de SF 0,9% no pertuito do cateter. Também, as medicações constavam em prescrição médica com base na lista de medicamentos para hipodermóclise padronizada pela instituição⁹.

Devido à gravidade e à piora clínica da paciente, apesar das medidas instituídas, implementou-se sedoanalgesia contínua com morfina e midazolam em bomba de infusão, 10 ml/h na concentração 240 ml de SF 0,9%, morfina 70 mg e midazolam 10 mg, conforme protocolo institucional recomendado pelo PCP e anuência da família. A paciente faleceu após 72 horas de internação, confortável e sem prolongamento do sofrimento, acompanhada por seus familiares em tempo integral e com participação ativa na tomada de decisões durante todo o processo assistencial.

DISCUSSÃO

Nas últimas duas décadas, estudos têm sido publicados tanto no cenário da medicina paliativa quanto da geriatria, divulgando a hipodermóclise como um método eficaz para a infusão de líquidos e administração de fármacos para o controle de sintomas, em especial, nos pacientes em final de vida que apresentam limitações para via oral ou precariedade da rede venosa periférica^{2-7,9,10}.

A hidratação para pacientes em fase terminal é tema de controvérsias na literatura, porém existe consenso de que a reposição de líquidos deve ser individualizada para cada paciente, com base no exame clínico e avaliação dos benefícios e prioridades terapêuticas. A escolha da área para a punção subcutânea, preferencialmente, é a região abdominal ou torácica devido à capacidade extensional^{2,4,6,7,11,12}.

Estudos relatam que a desidratação fisiológica decorrente da terminalidade contribui para uma diminuição na percepção de dor e dispnéia, porém

potencializa sintomas de sede e xerostomia^{2,11-16}. Nessas situações, a reposição hídrica pode ser realizada tanto com solução salina quanto glicofisiológica, num volume diário entre 500 a 1.500 ml por sítio de punção^{2,3,11-14,16,17}. Os medicamentos podem ser administrados em bólus, de 2 a 3 ml para evitar endurecimento, eritema e dor local, ou em infusão contínua. Se houver incompatibilidade de medicamentos ou a prescrição de volumes superiores a 1.500 ml em 24 horas, será necessária a instalação de um acesso adicional^{3,9}.

É fundamental destacar que a administração de medicamento via hipodermóclise é uma prática que vem sendo estimulada na assistência de pacientes com câncer em cuidados paliativos. Entre os benefícios dessa via, destaca-se que é de fácil aplicabilidade, mais confortável e menos dolorosa quando comparada com a perfusão intravenosa, além de apresentar menos eventos adversos e assegurar o controle sintomático decorrentes da doença^{1,3,6,7,11}.

CONCLUSÃO

Este estudo apresentou os benefícios da hipodermóclise, ressaltando a utilização da via para a administração de fármacos indicados em cuidados paliativos no controle algico e no equilíbrio hidroeletrólítico, ambos fundamentais para a manutenção da qualidade de vida de pacientes com câncer. Nos dois relatos de caso, a hipodermóclise mostrou-se uma técnica segura, pouco invasiva, de fácil inserção e manutenção, possibilitando qualidade e conforto no tratamento sintomático. Por tratar-se de uma via alternativa de infusão para pacientes com inviabilidade oral e endovenosa, recomenda-se que a terapia subcutânea seja amplamente divulgada na prática clínica paliativa entre a equipe multiprofissional.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram nas etapas de concepção, redação, análise e revisão crítica do manuscrito.

Declaração de conflitos de interesse: Nada a declarar

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos. Guia de cuidados paliativos [Internet]. Madrid: SECPAL; [acesso em 2015 set 23]. Disponível em: <http://www.secpal.com/%5C%5Cdocumentos%5CPaginas%5Cguiacp.pdf>
2. Hernández Pérez B, López López C, García Rodríguez MA. Vía subcutânea: utilidad en el control de síntomas del paciente terminal. Medifam. 2002;12(2):104-10.

3. Pontalti G, Rodrigues ESA, Firmino F, Fabris M, Stein MR, Longaray VK. Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos. *Rev HCPA*. 2012; 32(2):199-207.
4. Toro R, Bruera E. Hipodermoclisis en pacientes con cáncer avanzado. *Rev Venez Anestesiol*. 1998;3(2):72-7.
5. Takaki CYI, Klein GFS. Hipodermóclise: o conhecimento do enfermeiro em unidade de internação. *ConScientiae Saúde*. 2010;9(3):486-96.
6. Azevedo DLO, organizador. O uso de via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos: um guia da SBBG e da ANCP para profissionais. Rio de Janeiro: SBBG, 2016.
7. Bruno VG. Hipodermóclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica. *Einstein*. 2015;13(1):122-8.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.
9. Pontalti G, Santos L, Americo AC, Longaray VK, Echer IC, Gomes FE. Medicamentos para hipodermóclise em cuidados paliativos: relato de experiência. *Prat Hosp*. 2015;17(97):39-45.
10. Torriani MS, Santos L, Echer IC, Barros E. Medicamentos de A a Z 2016/2018: enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2016.
11. Temboury Ruiz F, Mons Checa E. Manejo del paciente oncológico em situacion terminal [Internet]. Málaga: Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria; [acesso em 2016 jun 21]. Disponível em: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/terminal.pdf>
12. Vázquez Mascato A, Rivera González MG, Hernández Tuda C, Maestro Saavedra FJM. El uso de la vía subcutánea en la práctica clínica de la Atención Primaria. *Cad Aten Primaria*. 2010;(17)2:108-11.
13. Burge FI. Dehydration and provision of fluids in palliative care. What is the evidence? *Can Fam Physician*. 1996;42:2383-8.
14. Bruera E, Sala R, Rico MA, Moyano J, Centeno C, Willey J, et al. Effects of parenteral hydration in terminally ill cancer patients: a preliminary study. *J Clin Oncol*. 2005;23(10):2366-71.
15. Good P, Richard R, Syrmiss W, Jenkins-Marsh S, Stephens J. Medically assisted hydration for adult palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16;(2):CD006273.
16. Palma A, Said JC, Taboada P. ¿Es necesario hidratar artificialmente a los pacientes terminales? *Rev méd Chile*. 2011;139(9):1229-34.
17. Dantas MMF, Amazona MCLA. A experiência do adoecer: os cuidados paliativos diante da impossibilidade da cura. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(n.esp):47-53.
18. Nogueira FL, Sakata RK. Sedação paliativa do paciente terminal. *Rev Bras Anestesiol*. 2012;(62)4:580-92.

Abstract

Introduction: Hypodermoclysis is an infusion route for cancer patients for whom oral and intravenous routes are not available. Considering its usefulness in the control of end-of-life symptoms, it is important to share knowledge and experiences about its benefits. **Case Report:** Two cases of cancer patients for whom hypodermoclysis was used as route of drug administration. **Conclusion:** This practice proved to be a safe route, less invasive and effective in the symptomatic treatment of cancer patients in palliative care.

Key words: Hypodermoclysis; Medication Therapy Management; Palliative Care; Nursing.

Resumen

Introducción: Hipodermocclisis es una vía de infusión para los pacientes con cáncer en aquellos casos en que administración oral y intravenosa se hacen inviables. Em vista de su utilidad en el control de los síntomas en el fin de vida, es importante ampliar el conocimiento y la difusión de experiencias de sus beneficios. **Caso clínico:** Se trata de dos casos de pacientes que se utilizó la hipodermocclisis para la administración de medicamentos. **Conclusión:** Esta práctica demostró ser una ruta segura, menos invasiva y eficaz en el tratamiento sintomático de los pacientes con cáncer en cuidados paliativos.

Palabras clave: Hipodermocclisis; Administración de Terapia de Medicación; Cuidados Paliativos; Enfermería.

Os Cuidados ao Fim da Vida no Contexto dos Cuidados Paliativos

End-of-Life Care in the Context of Palliative Care

Los Cuidado al Final de la Vida en el Contexto de los Cuidados Paliativos

Silvana Maria Aquino da Silva

INTRODUÇÃO

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam para o aumento da expectativa de vida. No Brasil, 11,8% da população é idosa, contabilizando um total de 23 milhões de pessoas. A expectativa de vida aumentou para 74 anos, com diferenças entre mulheres (77,7 anos) e homens (70,6 anos)¹. Uma vida longa corrobora o aumento da incidência de doenças crônicas. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que cerca de 36 milhões de mortes globais ocorrerão por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com destaque para quatro grupos: doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, diabetes e câncer, sendo este último, na sua fase final, o tema de nossa reflexão².

Esse é um cenário que poderia provocar expectativas positivas caso estivesse apoiado em um sistema de saúde que considerasse a doença e a morte como partes integrantes do ciclo vital. Isso pode ser um dos desafios da educação em saúde, uma vez que a formação de profissionais de saúde não oferta, de maneira equilibrada, as disciplinas relacionadas aos cuidados curativos e aquelas relacionadas aos cuidados suportivos e ao final da vida.

Existem cerca de 7.000 serviços de cuidados paliativos em mais de 90 países, entre esses, apenas 40 centros especializados nessa modalidade de cuidado se localizam no Brasil. Estima-se que, até 2020, cerca de 15 milhões de pessoas serão diagnosticadas com câncer, exigindo a expansão dos cuidados paliativos¹.

Cuidados paliativos são definidos como uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes

e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento. Requer intervenção precoce para avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual³.

Entendemos que é a partir da tomada de consciência sobre a nossa condição de seres finitos que se dará o processo de mudança sobre os cuidados prestados aos pacientes terminais. A terminalidade de vida é definida quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível. A assistência ao paciente e à família deve contemplar todas as etapas da doença terminal com o objetivo de proporcionar alívio ao sofrimento e evitar medidas fúteis diante da irreversibilidade da doença⁴. Para isso, precisam-se criar espaços de capacitação profissional que ampliem a compreensão para a inevitabilidade da morte e, conseqüentemente, ofereçam melhores condições de cuidado para essa última etapa da vida.

POR QUE REFLETIR SOBRE A MORTE?

Recentemente, foi divulgado um relatório pela *Economist Intelligence Unit* (EIU)⁵ que apresenta um *ranking* da qualidade da morte em diversos países do mundo. De um total de 80 países, o Brasil ocupa o 42º lugar, o que aponta para a necessidade de se repensar a atenção que se destina à nossa condição existencial de seres finitos.

A resistência humana para abordar a temática da morte é histórica. Evoluímos em muitos aspectos, somos dotados de conhecimentos diversos que nos permitem superar doenças anteriormente incuráveis e acompanhamos o aumento da

Psicóloga-Colaboradora do Instituto Entrelaços. Mestre em Sexologia pela Universidade Gama Filho (UGF). Especialista em Psicologia Oncológica pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)/Ministério da Saúde (MS). Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Endereço para correspondência: Silvana Maria Aquino da Silva. Rua Barão do Flamengo, 22 - apartamento 903 - Largo do Machado. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP: 22271-110. E-mail: silvana.aquino@igmail.com

expectativa de vida da população como resultado do acesso a melhores condições de subsistência. Mas o fato é que, em algum momento, a nossa máquina para de funcionar. Mais cedo ou mais tarde, a morte nos alcançará.

Considerando essa realidade, precisam ser ampliados os espaços de reflexão, formação e cuidado que permitam uma assistência digna aos pacientes e a seus familiares durante todas as etapas do tratamento, o que naturalmente inclui os cuidados paliativos.

Abordar, de modo claro, a inevitabilidade da morte em decorrência de um prognóstico reservado se constitui em um desafio para o profissional de saúde que, durante a sua formação, não desenvolveu habilidades de comunicação adequadas que o capacitassem para expor o delicado tema⁶. É preciso estar disponível para lidar com a angústia experimentada pela família que acompanha o paciente durante todo o processo e que se dedica a evitar o sofrimento a qualquer custo, o que inclui, na maioria das vezes, proteger o paciente de qualquer informação que possa causar tristeza e desespero. O que se tem, então, são indivíduos, em momentos distintos de suas vidas, membros de uma mesma sociedade que resiste em admitir a realidade da morte e, por isso, fortemente afetada pela ideia da mesma no momento da constatação de que nada poderá modificar o curso da doença. A morte não é uma hipótese, mas uma verdade incontestável.

Dessa forma, torna-se cada vez mais urgente e necessário educarmos-nos para a compreensão plena do ciclo vital, que contempla todas as fases do desenvolvimento humano.

A história natural do câncer avançado se divide entre as fases de crise, crônica e terminal⁷. A fase de crise refere-se ao período em que ocorre a percepção de que algo está acontecendo, mas ainda não está claro para o paciente e para a família, havendo a necessidade de investigação. É uma fase de reajuste aos sinais e sintomas característicos da recidiva e da redefinição do plano de tratamento indicado. A fase crônica refere-se ao período entre o diagnóstico da recidiva, podendo compreender um período curto ou longo, até que advenha a fase terminal, quando emergem as questões relacionadas à inevitabilidade da morte: separação, morte, tristeza, resolução do luto e retomada de uma vida familiar “normal” depois da perda. Sendo assim, doença crônica assume, essencialmente, três formas gerais denominadas: progressiva, constante e recorrente/episódica, caracterizando a evolução do câncer avançado⁸.

Cada uma dessas fases exige, de certa forma, diversas maneiras de enfrentar a doença de modo a minimizar a dor e o sofrimento que essa condição impõe. Um enfrentamento funcional favorece o espaço para o questionamento aberto e a redefinição das tarefas desempenhadas pelos envolvidos que possibilite a adequação às exigências de cada etapa do processo de adoecimento. Um enfrentamento disfuncional

pode levar à resistência às mudanças e à desestabilização e, na fase terminal, pode conduzir à não aceitação do contexto da finitude, levando o paciente e seus familiares a experimentar um sofrimento ainda mais intenso⁷.

Contudo, na medida em que nenhuma estratégia é efetiva o bastante para evitar a concretude da morte, trazer para o centro da discussão as necessidades relacionadas a esse evento imponderável da vida pode tornar o processo menos solitário, angustiante e negligenciado. Daí a importância de se oferecer cuidados paliativos de qualidade, o que inclui, em sua última etapa, os cuidados ao fim da vida.

OS CUIDADOS PALIATIVOS E A COMPREENSÃO DO LIMITE DA VIDA

As ações de uma equipe de cuidados paliativos são permeadas por muitos desafios, principalmente no que se refere a proporcionar conforto e esperança ao paciente. O ponto de partida para o trabalho tem como base uma escuta ativa e empática, atitude essa que deve fazer parte do cotidiano de todos os profissionais envolvidos na tarefa e que permite que se conheçam mais profundamente as expectativas, os anseios, os medos e as preocupações do paciente e de sua família.

O trabalho deve se apoiar no bom emprego dos princípios norteadores dos cuidados paliativos: comunicação clara e cuidadosa, efetivo controle dos sintomas, atuação interdisciplinar, alívio do sofrimento e suporte à família durante todas as etapas do acompanhamento, inclusive no luto³.

Na última etapa do acompanhamento, que se refere aos últimos dias de vida do paciente, é natural e esperado que ocorra a intensificação dos sintomas. A morte mobiliza as nossas emoções mais profundas, que emergem diante da inevitável separação. Sendo assim, paciente, equipe e família podem experimentar um sentimento de impotência, porque se sentem fracassados diante do morrer. Não raramente, expressões como: “perdeu a batalha contra o câncer”, “morreu vítima do câncer”, “lutou contra o câncer” são utilizadas para manifestar o pesar e a sensação de derrota diante da morte pela doença.

A dificuldade de compreender o limite entre o curável e o tratável é fruto de nossa angústia frente ao processo de finitude.

Para se avançar nessa direção, é preciso trazer a reflexão sobre a finitude humana, que é da ordem do imponderável. Há que se legitimar o espaço para se discutirem as necessidades do paciente no fim da vida. E o primeiro passo é admitir que a vida termina.

Na filosofia dos cuidados paliativos, a família é considerada uma unidade de cuidados³. Assim como o paciente, familiares e cuidadores também necessitam de

informação e suporte para sustentar a tarefa de cuidar daquela pessoa que passará, gradativamente, a depender de ajuda para a realização das atividades mais simples, como se alimentar, fazer a higiene, se locomover, tomar os medicamentos nos horários previstos, entre outras coisas fundamentais para o seu bem-estar. Todo o processo, apesar das limitações progressivas que se impõem, tende a ser bem-sucedido no que se refere ao cuidado mais adequado, quando o paciente encontra na família e em seus cuidadores o apoio eficaz para atenção às suas necessidades.

Nesse sentido, o acesso às informações que possam facilitar o cotidiano do cuidado deverá ser assegurado nos espaços que visam ao esclarecimento sobre a doença, sobre os sintomas esperados, passíveis de controle, sobre o entendimento de que existirão sintomas mais refratários ao tratamento, sobre as mudanças pelas quais o paciente passará.

Do ponto de vista psicológico, o paciente poderá apresentar distintas reações emocionais de ajustamento, resultantes das alterações provocadas pelo adoecimento. A reação de ajustamento é uma resposta emocional que varia conforme a absorção do significado pessoal e subjetivo da doença física, que está relacionada a características de personalidade, a circunstâncias pessoais, à própria natureza da doença e ao impacto tratamento⁹.

O lugar destinado aos cuidados com a família deve se constituir como uma ferramenta de qualificação do suporte. Os cuidados paliativos pressupõem uma organização que inclua na rotina do atendimento reuniões da equipe interdisciplinar com os cuidadores familiares e não familiares. Dada a complexidade dos sintomas, é necessário que as diversas especialidades envolvidas estejam disponíveis para essa aproximação, a fim de prover os cuidadores de orientações numa atmosfera de acolhimento e empatia. Portanto, é importante que a equipe busque capacitação para reconhecer os vários modelos de família, que traz consigo valores, crenças, espiritualidade, resistência, negação e esperança. Além disso, a história de cada família pode estar carregada de conflitos prévios ao adoecimento, além de perdas anteriores, o que poderá acarretar dificuldades no manejo desse momento. Daí a necessidade de uma abordagem biopsicossocioespiritual que abrange as diversas dimensões que constituem a história dos sujeitos envolvidos.

Em consonância com essa proposta de cuidados, o Conselho Federal de Medicina (CFM) definiu, por meio de resoluções, as orientações para a boa prática em cuidados paliativos. Entre elas, a Resolução nº 1.805/2006, que permite ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente¹⁰. Corroborando essa indicação, mais recentemente, o CFM publicou uma nova resolução, a de nº 2.156, de

28/10/2016, que estabelece os critérios de admissão e alta em Unidade de Terapia Intensiva, prevendo que, nos casos de doença incurável, o médico deva oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis, evitando empreender ações diagnósticas e terapêuticas fúteis e obstinadas¹¹.

Considerando as expectativas do paciente, a Resolução nº 1995, de agosto de 2012, do CFM, define Diretivas Antecipadas de Vontade que se referem ao conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade^{12,13}.

O que se pretende evitar a partir dessas resoluções é o advento de intervenções inadequadas, incapazes de alterar o prognóstico da doença e podendo ainda causar dano e desproporcional ao doente e à família¹⁴.

SUORTE PARA O FIM DA VIDA E PARA O LUTO

Considerando as etapas do desenvolvimento humano, desde muito cedo, apresentamos condições de entender a morte como algo que afeta tudo o que vive. Quando crianças muito pequenas, temos dificuldades para dar um sentido para a experiência da perda e entender a sua irreversibilidade, o que não nos impede de sermos apresentados a essa realidade. Mas comumente, somos protegidos das experiências de perdas na família, impedidos de participar de rituais fúnebres¹⁵.

Os adultos acreditam que as crianças não entendem o que é o morrer e evitam que elas se confrontem com o sofrimento que se abate sobre todos. O que parece não se perceber é que a criança também sofre e, dessa maneira, não encontra um lugar para expressar a sua própria dor. Isso pode impedi-la de receber o apoio e a orientação necessários. À medida que cresce, passa a compreender o morrer como um processo irreversível e universal e identifica no seu sistema familiar os modos de enfrentamento diante de uma vivência de perda. Ainda assim, não há garantias de que haverá um espaço efetivo para se falar abertamente sobre o morrer, concebido em muitos casos como um tabu inacessível e indizível. Por vezes, vivencia, de maneira mais próxima, a morte de um animal de estimação que, não raramente, é rapidamente substituído por outro, sem que haja um tempo para se processar a perda¹⁵. Afinal, é preciso superar a dor!

Adaptar-se à ausência de alguém que amamos é e será sempre doloroso, resultado da formação do vínculo, palavra que se origina do latim *vinculum*, e que significa união, aquilo que nos mantém ligados uns aos outros, com característica de ligação duradoura¹⁶. Isso, por si só, deveria ser motivo para sermos educados para o melhor manejo possível frente a uma doença grave e fatal, que levará ao rompimento do convívio, a partir da identificação precoce

de recursos que possam minimizar o sofrimento de quem vai partir e de quem vai ficar.

O adoecimento é uma experiência subjetiva e complexa que afeta as várias dimensões que estruturam a pessoa ao longo da vida. Entre elas, observa-se a importância da dimensão espiritual e a influência da espiritualidade no processo de enfrentamento da doença e da morte. Diversos estudos mais recentes apontam para a importância da fé no manejo da doença e na adoção de estratégias que desenvolvem a resiliência diante da morte¹⁷. Vale ressaltar que esse é um aspecto considerado relevante na prática dos cuidados paliativos, o que tem permitido uma improvável aproximação entre espiritualidade e ciência. Antes de tudo, é importante esclarecer que espiritualidade não é sinônimo de religiosidade. A espiritualidade diz respeito à busca do ser humano por um sentido e significado transcendente da vida. A religião, por outro lado, é um conjunto de crenças, práticas rituais e linguagem litúrgica que caracteriza uma comunidade que está procurando dar um significado transcendente às situações fundamentais da vida, desde o nascer até o morrer¹⁸.

Acolher a dimensão espiritual como parte integrante das necessidades do paciente e de sua família é um importante exercício de empatia da equipe, pois traz conforto e autoriza o paciente a compartilhar a sua compreensão acerca do sentido que ele atribui à doença e à morte¹⁸.

Dessa forma, pensar o processo de morrer envolve, para além da dimensão clínica que atesta o fim da vida, um cuidado com todos os aspectos que possibilitam dignidade e conforto para quem morre e para aqueles que precisam continuar vivendo; isto é, a família enlutada pela perda e os profissionais de saúde no exercício necessário de saber perder.

A etapa posterior à perda é descrita como luto, que se refere aos processos mentais que se seguem às vivências da perda. Compreende um processo penoso e doloroso para quem se desvincula do objeto amado¹⁶. O processo de luto na situação de doença terminal se instala antes mesmo da perda concreta e é descrito como luto antecipatório, conceito cunhado pela primeira vez em 1944, por Lindermann¹⁹. A partir dele, já se estabelece o contato com a realidade da morte iminente, embora possa haver uma oscilação entre a negação e a aceitação, com períodos de maior ou menor ansiedade, frente à expectativa de separação. Essa resposta é fruto da consciência da morte e pode ser experimentada pelo paciente e pela família quando há um lugar destinado a acolher esses sentimentos e, mais do que isso, a ajudar a família e ao paciente a se reorganizarem e acomodarem as inquietações características desse momento.

Oferecer suporte no luto, além de prover cuidado ao sofrimento emocional, ajuda àqueles que ficam a reajustar-

-se à realidade após a perda, de modo a ressignificar o vínculo com o ente perdido e a permitir o reinvestimento na vida¹⁹.

CONCLUSÃO

Refletir sobre a temática da morte, mais do que intencional ampliar a consciência sobre finitude e torná-la mais integrada à nossa condição existencial, é permitir que, a partir desse olhar mais aproximado, possamos estabelecer uma relação de maior clareza sobre o que a vida representa, ou pode vir a representar. Na medida em que a concebemos finita, ampliamos o nosso cuidado com essa experiência única e intransferível, que é viver. Os efeitos decorrentes dessa aproximação entre a vida e a morte se traduzem numa atuação mais consistente, por parte de quem cuida, de acordo com as reais necessidades do paciente, e numa revisão de prioridades por parte de quem se depara com os seus últimos dias.

É preciso repensar o modelo de formação em saúde, que ainda se apoia numa visão exclusivamente tecnicista, em detrimento do aspecto humano que precisa se confrontar com os próprios limites¹⁹. Sistematizar o ensino de cuidados paliativos na graduação em medicina e nas grandes áreas da saúde poderia despertar para a importância de atentar para as necessidades do paciente em todas as etapas da doença. Acredita-se que os profissionais de saúde que têm a oportunidade de desenvolver habilidades e competências para lidar com os limites da vida e que se propõem a tratar de pacientes com doenças ameaçadoras à vida podem aprender a reconhecer que existem limites para a cura, mas não existem limites para o cuidado.

Os últimos momentos da vida deveriam ser tão valorizados quanto os primeiros momentos da vida. Com base em nossas crenças, atribuímos significados diversos à vida após a morte; mas, de fato, rompemos com nossas referências mais seguras de vínculos afetivos e seguimos sozinhos para essa nova etapa. Cuidar do morrer implica em buscar assegurar dignidade e conforto até o último minuto da vida do paciente. Para isso, é preciso que haja um ambiente apoiador e acolhedor, que ajude a minimizar as dores, a aliviar a angústia e a reduzir toda a sorte de danos evitáveis, decorrentes de um corpo em declínio progressivo, permitindo uma travessia serena.

Essa é uma perspectiva que aponta para o que se conceitua “boa morte”, que está relacionada ao cumprimento de algumas etapas no fim da vida: tomar decisões com clareza, aproveitar o tempo para rever a dar significado à vida, realizar despedidas, resolver conflitos, passar mais tempo com familiares e amigos, deixar um legado, receber cuidados consistentes de

acordo com as necessidades clínicas e de acordo com os desejos do paciente²⁰.

Diante da constatação de que, em função do aumento da expectativa de vida da população, teremos um número cada vez maior de idosos, o que eleva a incidência de doenças crônicas, temo pelo nosso sistema de saúde, fragilizado por problemas graves de diversas ordens e, conseqüentemente, despreparado para lidar com a vida até o seu final. Como sociedade, devem ser criadas condições para tornar os cuidados paliativos uma modalidade assistencial consistente e efetiva para a população. Pois, certamente, muitos de nós, em algum momento, iremos precisar desse modelo de cuidado.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

- Nickel L, Oliari LP, Vesco SNP, Padilha MI. Grupos de pesquisa em cuidados paliativos: a realidade brasileira de 1994 a 2014. *Esc Anna Nery*. 2016;20(1):70-6.
- Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schimdt MI, Duncan BD. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23(4):599-608.
- Carvalho RT, Parsons HF, organizadores. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª edição ampl. atual. Porto Alegre: Sulina; 2012.
- Marengo MO, Flávio DA, Silva RHA. Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2009;42(3):350-7.
- Economist Intelligence Unit. The quality of death: ranking end-of-life care across the world: [Internet]. [London]: The Economist Intelligence Unit; 2010 [acesso em 2017 jan. 17]. Disponível em: <http://graphics.eiu.com/upload/eb/qualityofdeath.pdf>.
- Kovacs, MJ. Educação para a morte. *Psicol Cienc Prof*. 2005;25(3):484-97.
- Peçanha, DLN. Câncer: recursos de enfrentamento na trajetória da doença. In: Carvalho Va et al., organizadores. Temas em Psico-oncologia. São Paulo: Summus; 2008. 213-17.
- Rolland JS. Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In: Carter B, McGoldrick M et al. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. 2ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001. p. 378-9.
- Silva P, Mello-Santos C. Reação de ajustamento em oncologia. In: Carvalho VA, Franco MHP, Kovács MJ, et al., organizadores. Temas em Psico-oncologia. São Paulo: Summus; 2008. p. 271-5.
- Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 1.805, de 9 novembro de 2006. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 nov. 2006. Seção 1, p. 169.
- Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 2.156, de 28 de outubro de 2016. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 out. 2016. Seção 1, p. 138-139.
- Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 1995, 9 de agosto de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 ago. 2012. Seção 1, p. 269-270.
- Dadalto, L. Portal Testamento Vital [Internet]. [local desconhecido]: Testamento Vital; 2014 [acesso em 2017 fev. 23].
- Sá ACM. Obstinação terapêutica em doentes terminais [Dissertação]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2014.
- Torres WC. A criança diante da morte. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
- Caterina MC. O luto: perdas e rompimento de vínculos: manejo clínico. São José dos Campos: Associação Psicanalítica do Vale do Paraíba; 2007.
- Kissane, D. Lethborg, C. Kelly, B. Spiritual and religious coping with cancer. In: Grassi L, Riba M. Clinical Psycho-Oncology: an international perspective. Hoboken: Wiley-Blackwell Edition; 2012. p. 281-91.
- Bertachini L. Pessini L. A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos. *Rev Bioethikos*. 2010;4(3):315-23.
- Worden JW. Aconselhamento do luto e terapia do luto: um manual para profissionais da saúde mental. São Paulo: Roca; 2013.
- McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet*. 2003;361(9369):1603-7.

Família e Cuidados Paliativos em Pediatria: Desafios à Garantia do Cuidado

Family and Palliative Care in Pediatrics: Challenges in Guaranteeing Care

Familia y Cuidados Paliativos en Pediatría: Desafíos para Garantizar la Atención

Gabrieli Branco Martins¹; Senir Santos da Hora²

INTRODUÇÃO

O presente artigo busca apresentar algumas reflexões tecidas a partir do cotidiano de trabalho do Serviço Social numa clínica de pediatria oncológica sobre as questões sociais que envolvem as famílias e o cuidado paliativo pediátrico.

Para a filosofia, a palavra “cuidado” deriva do latim “cura”. A forma mais antiga de se utilizar a palavra cura no sentido de cuidado era em contexto de relações de amor e amizade. A noção de cura não se restringe apenas ao afastamento da dor, do sofrimento e da morte, mas também inclui a busca pela ampliação da capacidade de autonomia e qualidade de vida da própria pessoa que demanda o cuidado¹. Segundo Boff², o cuidado, historicamente, sempre requisitou do homem a busca pela atenção efetivamente direcionada a si mesmo ou ao outro. A atitude do cuidado significava solicitude, diligência, atenção, bom-trato, preocupação, inquietação e responsabilidade.

O cuidado em saúde pressupõe uma ação integral que não se restringe apenas às competências e às tarefas técnicas. O acolhimento, os vínculos de intersubjetividade, a escuta dos sujeitos e o respeito pelo seu sofrimento e história de vida compõem os elementos inerentes à sua constituição, abrindo espaço para a negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro³.

O cuidado paliativo é utilizado para designar a forma de assistência interdisciplinar direcionada às pessoas que

vivenciam doenças que ameacem a vida. Essa definição criada pela Organização Mundial da Saúde em 1990 e redefinida em 2002 - como sendo uma abordagem multidisciplinar que favorece o aumento da qualidade de vida do paciente e de seus familiares - possibilita compreender que o cuidado é uma dimensão da integralidade em saúde. Nessa perspectiva, o cuidado paliativo preconiza o alívio do sofrimento, com a preservação da autonomia do paciente, especialmente no tratamento da dor e outros sintomas de caráter físico, social, psicológico e espiritual⁴.

O tratamento oncológico pediátrico demanda ações paliativas intensas e contínuas em razão da necessidade premente de controle da dor e de outros sintomas que acometem crianças e adolescentes com desdobramentos na dinâmica familiar, pois implica uma reorganização da família que necessita conciliar a vida doméstica com as frequentes idas ao hospital⁵.

As repetidas internações e os frequentes deslocamentos vão modificando o cotidiano familiar, afastando a criança ou o adolescente das atividades habituais de escola e lazer, além das interferências na situação de trabalho e renda dos seus responsáveis. As mudanças na vida da criança e de sua família, ao se depararem com a doença crônica, não englobam simplesmente alterações orgânicas ou físicas, mas atravessam esse ângulo e promovem alterações emocionais e sociais em toda a família, as quais exigem constantes cuidados e adaptações⁵.

¹ Assistente Social Graduada pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (RJ), Brasil. Especializanda da Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)/Ministério da Saúde (MS), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* gabrielmartins@id.uff.br

² Assistente Social do INCA/MS. Doutoranda em Política Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGSS/UERJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Mestre em Serviço Social e Desenvolvimento Regional pela UFF, Niterói (RJ), Brasil. *E-mail:* senirsantos@hotmail.com

Endereço para correspondência: Gabrieli Branco Martins, Rua Miguel de Frias, 41- Apartamento 1604 - Bloco 3 - Icaraí, Niterói (RJ), Brasil. CEP: 24220-008. *E-mail:* gabrielmartins@id.uff.br

A família, nas suas mais diversas configurações, é construída e reconstruída historicamente por meio das diferentes formas de relações sociais estabelecidas⁶. Nessa concepção, a família é concebida como instituição social composta por pessoas unidas por laços consanguíneos ou não, pois entende-se também por família aquelas “que não têm laços nem de parentesco e nem partilham da mesma unidade de moradia”⁶, mas que são definidas por meio das relações afetivas e pela responsabilidade do cuidado⁶.

A relação entre Estado e Família está presente na história da humanidade como expressão importante da relação privada e a esfera pública da vida social⁶. No atual cenário brasileiro, o Estado vem regredindo a sua participação na provisão de bem-estar dos indivíduos ao transferir a responsabilidade pela proteção social à família⁷. Isto é, o Estado, ao diminuir a sua participação no enfrentamento dos problemas sociais, vem afirmando o papel da família como fonte privilegiada de proteção social⁷.

FAMÍLIA E CUIDADOS PALIATIVOS EM PEDIATRIA: ALGUMAS NOTAS

Segundo o *Global Atlas of Palliative Care at The End of Life*⁸, o cuidado paliativo para crianças e adolescentes possui a mesma essência que o direcionado a adultos. Para ambos, é uma abordagem multidisciplinar visando ao bem-estar físico, psicológico, social e espiritual frente a uma doença que ameaça a vida. A especificidade do cuidado paliativo em pediatria é a recomendação de iniciar concomitante ao tratamento curativo (logo após o diagnóstico).

O *Oxford Handbook of Palliative Care*⁹ e também o *ABC of Palliative Care*¹⁰ apontam que, no cuidado paliativo pediátrico, o suporte à família deve ser contínuo e intenso, uma vez que a morte de crianças e adolescentes são reconhecidas como tragédias no âmbito familiar em razão da sua precocidade.

O controle da dor e de outros sintomas clínicos já é possível pelo avanço tecnológico, com a disponibilidade de medicamentos potentes e pela eficácia de ações paliativas¹¹. Para além dos sintomas físicos, o tratamento oncológico pediátrico deve observar outros determinantes sociais vividos pela criança e sua família, como a situação econômico-financeira, o local onde vive, o acesso aos serviços de saúde, o tipo de trabalho que realiza, a alimentação que dispõe e os diferentes fatores externos e internos que moldam os condicionantes sociais à saúde¹¹.

Além disso, cabe ressaltar que a assistência em cuidados paliativos prevê atendimento por meio de equipe especializada, atendimento domiciliar, recursos de medicamentos e insumos, assim como a intersetorialidade com as demais políticas públicas que garantam transporte, hospedagem, alimentação, entre outras¹².

O tratamento extensivo centraliza o cotidiano da criança/adolescente e de seu grupo familiar em torno do espaço hospitalar e, muitas vezes, implica em rupturas nos projetos de vida de seus diferentes membros⁵. Tomam-se, como exemplo, as famílias monoparentais, chefiadas por mulheres, que exercem a dupla função de prover e cuidar dos seus membros, o que implica no abandono, por parte dessas mulheres, da vida laboral, submetendo-se ao Benefício de Prestação Continuada/LOAS¹³, como único recurso de renda do grupo familiar.

Muitas dessas famílias são de baixa renda, com vínculos precários de trabalho ou em situação de desemprego e subemprego. Famílias com rede pessoal e social restrita, submetidas a uma infraestrutura domiciliar, nem sempre favorável à permanência da criança no local em condições adequadas ao processo de cuidados: casas adaptadas e ambientes acessíveis; abastecimento de água e saneamento básico; fornecimento de energia elétrica; distância entre o domicílio e o centro de tratamento; demandas por hospedagem e transporte; acesso a insumos e medicamentos especiais e excepcionais sem morosidade no processo, entre outras¹⁴.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Oncológica¹⁵ introduziu a assistência em cuidados paliativos como um dos elementos dos cuidados ao paciente com câncer. A Portaria nº 2.339 de 8 de dezembro de 2005, que instituiu essa política, foi revogada pela Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013, que estabelece a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁶ e mantém o cuidado paliativo como componente da assistência integral ao paciente com câncer. Entretanto, ainda prevalece o modelo hospitalocêntrico e a ausência de políticas públicas destinadas a lidar com o processo de terminalidade¹⁷.

Nota-se que as políticas sociais não contemplam a realidade vivida pelas famílias em sua totalidade. A inexistência de canais de integração entre as políticas sociais tem gerado uma inoperância em relação às famílias, tendo em vista a garantia de suporte necessário para a efetivação de um atendimento integral de saúde. Não obstante, a família vai assumindo a centralidade da ação no processo de cuidado, ao mesmo tempo que o modelo hospitalocêntrico predominante vai dificultando a garantia da desospitalização sob a ótica da integralidade e da humanização¹⁷.

CONCLUSÃO

O Estatuto da Criança e do Adolescente¹⁸ define em seu artigo 7º, que são direitos fundamentais das crianças e adolescentes: “a proteção à vida e à saúde, mediante a

efetivação de políticas sociais que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”. Nessa lógica, a garantia do cuidado das crianças e dos adolescentes é dever da família, da sociedade e do Estado.

No cotidiano de trabalho do serviço social em oncologia pediátrica, percebe-se a ausência de ações paliativas no SUS - principalmente na atenção básica, em que é explícita a carência de oferta desses cuidados por parte da rede pública brasileira de assistência à saúde - quando o lócus é o domicílio, por exemplo.

A pouca oferta de serviços públicos, que forneçam o suporte necessário para a efetivação de um tratamento continuado de crianças e adolescentes, é o principal obstáculo à garantia do cuidado. Nesse sentido, evidencia-se, como desafio, o acesso a insumos, medicações e políticas públicas de assistência, educação, habitação e previdência que estejam de acordo com as necessidades demandadas pelos cuidados paliativos. O dia a dia no serviço de oncologia pediátrica indica que há um distanciamento do que é necessário em termos de suporte social em relação ao que é ofertado.

Observa-se, ainda, uma regressão da participação do Estado na provisão de políticas públicas que garantam às famílias condições objetivas de sobrevivência⁶. Ou seja, no lugar da garantia dos direitos sociais universais, verifica-se a focalização das políticas públicas nos seguimentos mais pauperizados da população¹⁹. Nessa reconfiguração, a ausência do protagonismo estatal, no processo de provisão social, sobrecarrega a família com encargos que superam as suas possibilidades de assumi-los⁶.

Portanto, pode-se pontuar que a assistência em cuidados paliativos pediátricos apresenta muitos desafios relacionados à necessidade de adaptação de ações às diferentes realidades, reconhecimento dos cuidados paliativos como parte integrante e importante da atenção em saúde, reconhecimento do sofrimento vivenciado pelo paciente e familiares e, principalmente, o reconhecimento da morte como parte da vida e não como fracasso terapêutico²⁰.

CONTRIBUIÇÕES

Ambos os autores contribuíram em todas as etapas do manuscrito.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

- Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: Cecilio LCO, organizadores. Inventando a mudança na saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 1997.
- Boff L. Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra. 9. ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
- Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2005.
- World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2. ed. Geneva: WHO; 2002.
- Silva MAS, Collet N, Silvia KL, Moura, FM. Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. *Acta Paul Enfermagem*. 2010; 23(3):359-65.
- Teixeira SM. Política Social contemporânea: a família como referência para as políticas sociais e para o trabalho social. In: Mioto RCT, Campos MS, Carloto CM, organizadores. *Familismo, direito e cidadania: contradições da política social*. São Paulo: Cortez; 2015. p. 211-39.
- Mioto RC. Estudos socioeconômicos. In: Conselho Federal de Serviço Social; Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. *Serviço Social: Direitos Sociais e competências profissionais*. Brasília, DF: CFESS; 2009. p. 481-496.
- World Health Organization. *Global Atlas on Palliative Care at the End of Life*. Geneva: WHO; 2014.
- Sibson K, Craig F, Goldman A. Palliative care for children. In: Faull C, Carter Y, Daniels L, editors. *Handbook of palliative care*. 2nd ed. Malden: Blackwell Publishing; 2005. p. 295-16.
- Goldman A. Palliative Care for Children. In: Fallon M, Hanks G. *ABC of Palliative Care*. 2nd ed. Malden: Blackwell Publishing; 2006. p. 48-51.
- Brito MA, Soares EO, Rocha SS, Figueiredo, MLF. Cuidados Paliativos em pediatria: um estudo reflexivo. *Rev Enferm UFPE online*. 2015, 9(3):7155-60.
- Silva RCF. Cuidados paliativos oncológicos: reflexões sobre uma proposta inovadora na atenção à saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
- Brasil. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 dez. 1993. Seção 1, p. 18769*.
- Grabois MF. O acesso a assistência oncológica infantil no Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2439 de 8 de dezembro de 2005. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 dez. 2005. Seção 1, p. 80*.
- Brasil. Portaria GM nº 847 de 16 de maio de 2013. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 maio 2013. Seção 1, p. 188*.
- Rabello CAFG, Rodrigues PHA. Saúde da família e cuidados paliativos infantis: ouvindo os familiares de

- crianças dependentes de tecnologia. *Cien Saúde Coletiva*. 2015, 15(2):379-88.
18. Brasil. Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Seção 1, p. 13563.
19. Behring ER, BoschettI I. *Política social: fundamentos e história*. 4. ed. São Paulo: Cortez; 2008.
20. Silva RCF, Hortale VA. Cuidados Paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(10):2055-66.

Formação dos Profissionais de Saúde na Comunicação de Más Notícias em Cuidados Paliativos Oncológicos

Health Care Professionals' Training in Communicating Bad News in Oncologic Palliative Care

Formación de Profesionales de la Salud en la Comunicación de Malas Noticias en los Cuidados Paliativos Oncológica

Barbara Rafaela Bastos¹; Ana Carolina Galvão da Fonseca²; Adrya Karolinne da Silva Pereira³; Lorrany de Cássia de Souza e Silva⁴

INTRODUÇÃO

A medicina tem passado por diversas modificações ao longo do tempo. É notável os avanços na prática médica, sobretudo nas tecnologias dos procedimentos invasivos e na prevenção/tratamento de doenças infectocontagiosas, esse fato tem originado melhorias relevantes na saúde. Em consequência disso, tornaram-se cada vez mais raros os casos de morte por alguns tipos de doença como, por exemplo, varíola e tuberculose¹.

Fatores como a redução da taxa de natalidade e mortalidade por doenças infectocontagiosas, o aumento das medidas preventivas em saúde e as práticas de vida saudável têm contribuído para o aumento da expectativa de vida populacional; em consequência disso, é maior a exposição a fatores de risco, levando ao aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, especialmente as cardiovasculares e câncer².

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que a expectativa de vida dos brasileiros aumentou em quase 30 anos de 1940 para 2014³. Esse fato, juntamente com o incremento das novas técnicas de diagnóstico, rastreamento e registro dos casos, como, por exemplo, os registros de câncer de bases populacionais e hospitalares, contribui para que mais pessoas sejam diagnosticadas com câncer⁴. No Brasil, as estimativas, para o biênio 2016-2017, apontam a ocorrência de aproximadamente 596.070 novos casos de câncer⁴.

Se por um lado, os avanços da medicina junto às condições de vida e saúde têm proporcionado uma melhoria na qualidade de vida das pessoas, principalmente nas sociedades desenvolvidas; por outro, a questão do aumento da expectativa de vida não pode ser confundido com prolongamento muitas vezes desnecessário e tratamentos injustificáveis, com a obstinação terapêutica a qualquer custo⁵.

Conceitua-se cuidados paliativos “como uma abordagem que visa a melhorar a qualidade de vida dos doentes, e das suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e com prognóstico limitado⁶. É importante frisar que a essência do cuidado paliativo só é efetiva se houver envolvimento da equipe multidisciplinar e uma comunicação efetiva, proporcionando uma assistência harmônica e convergente ao indivíduo sem possibilidades de cura e a sua família^{7,8}.

A comunicação é um processo essencial nas relações humanas, e é imprescindível para que se possa obter uma assistência de qualidade, além de estar voltada para o processo de humanização. A prática da comunicação é a medida terapêutica, comprovadamente eficaz, para os pacientes que carecem desses cuidados, sobretudo, os que se encontram em fase final de vida^{7,8}.

A maneira de como comunicar uma má notícia pode ter um grande impacto no modo como a pessoa doente irá viver o processo saúde/doença e seu respectivo tratamento. Se a comunicação for feita de maneira

¹ Enfermeira. Residente em Oncologia: Cuidados Paliativos pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém (PA), Brasil. *E-mail*: barbararafaella1@gmail.com

² Psicóloga. Residente em Oncologia: Cuidados Paliativos pela UEPA. Belém (PA), Brasil. *E-mail*: adrya-karolinne@hotmail.com

³ Enfermeira. Residente em Oncologia: Cuidados Paliativos pela UEPA. Belém (PA), Brasil. *E-mail*: carolina.galvaofonseca@gmail.com

⁴ Assistente Social. Residente em Oncologia: Cuidados Paliativos pela UEPA. Belém (PA), Brasil. *E-mail*: LorranySouza_18@hotmail.com

Endereço para correspondência: Barbara Rafaela Bastos. Travessa Timbó, 1.839 - Marco. Belém (PA), Brasil. CEP: 66095-128. *E-mail*: barbararafaella1@gmail.com

inadequada, pode desencadear equívocos, sofrimento prolongado e ressentimento; se for feita adequadamente, pode gerar compreensão, aceitação e ajustamento^{8,9}. Todos os profissionais de saúde precisam entender o processo de morte, e desenvolver principalmente a capacidade de se comunicar e “estar ao lado” quando a morte for inevitável¹⁰.

Visto que a comunicação é uma ferramenta essencial para essa modalidade de cuidado, como vem sendo aplicada à comunicação de más notícias em cuidados paliativos nos serviços de saúde? Os profissionais da área estariam preparados para estabelecer uma comunicação adequada? As instituições de ensino estariam fornecendo a formação necessária para efetivar o processo de comunicação nos cuidados paliativos?

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Na prática dos cuidados de saúde, principalmente as voltadas para o processo de comunicação, são várias as questões éticas que se apresentam aos profissionais de saúde. No domínio da relação entre profissionais de saúde e pacientes em processo de finitude, a comunicação de más notícias continua a ser uma das situações mais delicadas, difíceis e complexas, quer pela gravidade das notícias, quer pelas indagações que ainda existem em torno de quem, como, quando e o que comunicar à pessoa doente e sua família¹¹. Por isso, levando em consideração a prática do cuidado paliativo, consideramos que a comunicação de más notícias precisa ser aplicada e treinada por todos os profissionais envolvidos nesse contexto, pois sabemos que a maneira como a notícia é transmitida é um fator crucial para o enfrentamento de doenças que ameaçam a continuidade da vida.

Um projeto realizado pelo Ministério da Saúde, por intermédio do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), e a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, teve como tema central as dificuldades de comunicação de más notícias na prática clínica dos profissionais da saúde. Esse projeto foi descrito em um livro lançado em 2010 pelo INCA, sendo resultado de um laboratório de práticas com a intenção de beneficiar diretamente os profissionais envolvidos nessa atuação. Esse tipo de prática torna-se um valioso recurso para os profissionais da saúde, pois proporciona um espaço para a troca de experiências relacionadas às dificuldades enfrentadas no dia a dia ao lidar com comunicação de más notícias¹².

Para que o repasse de más notícias seja adequado, os profissionais atuantes em cuidados paliativos precisam, além de aprender a se comunicar, reconhecer que o doente sempre tem alguma coisa a ensinar a toda equipe.

Quando se enxerga a possibilidade de se comunicar algo a alguém, deve-se estar preparado para responder aos questionamentos que forem apresentados de maneira segura e equilibrada. Se a equipe multidisciplinar estiver treinada para a comunicação de más notícias, isso será o início da terapêutica paliativa, proporcionando transparência na comunicação e estabelecendo vínculo de confiança com a equipe.

Vale ressaltar que a comunicação não verbal; ou seja, expressões que não utilizam palavras, é também um componente essencial em todo esse processo, sendo que, muitas vezes, pode ser dedicada pouca atenção por parte dos profissionais de saúde. A comunicação não verbal vai até mais além, pois permite a percepção e compreensão de sentimentos, dúvidas e angústias do paciente por meio de olhares e linguagem simbólica, típicos de quem está vivenciando a fase em que a cura não é objetivo do tratamento¹³.

Destacamos a importância da comunicação de más notícias, pois implica diretamente na atitude do paciente, por isso, é indispensável e importante que o profissional estabeleça esse vínculo e esclareça todas as dúvidas em relação à assistência prestada proporcionando-lhe autonomia, elucidação e qualidade de vida. Além disso, precisa-se estar atento às tentativas de pacientes ao final da vida em descrever o que estão vivendo, porque as informações podem se perder se mal interpretadas ou ignoradas.

CUIDADOS PALIATIVOS E COMUNICAÇÃO NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Aprender a lidar com as perdas num contexto amplo é um desafio que poucos se propõem enfrentar, e muito menos conduzir. Ajudar indivíduos com doenças avançadas, sem possibilidades de cura, e ainda prestar apoio aos seus familiares em um dos momentos mais cruciais de suas vidas são atividades de extrema importância na atenção à saúde¹⁴.

Sendo assim, a falta de preparo dos profissionais para a comunicação e o suporte emocional aos pacientes geram silenciamentos, falsas promessas de cura ou comunicações abruptas de prognósticos adversos, com sérios prejuízos à relação terapêutica. Percebemos que, embora seja importantíssimo saber se comunicar, ainda é escassa a inclusão do tema no ensino superior em saúde e nos programas de educação continuada de muitas instituições hospitalares.

Diante da falta de preparo, os profissionais de saúde necessitam constantemente aprimorar suas habilidades de comunicação, para saber o que, como e quando falar, assim como o momento de calar-se e ouvir paciente e familiares, mostrando-se solidário à dor do outro.

Estudo realizado em instituições hospitalares de São Paulo sobre estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção a pacientes sob cuidados paliativos mostrou que todos os 303 profissionais estudados valorizavam imensamente a comunicação

interpessoal no contexto da terminalidade. Contudo, o estudo evidenciou escasso conhecimento de estratégias de comunicação para a interação com pacientes sob cuidados paliativos: a maioria dos sujeitos (57,7%) não foi capaz de citar ao menos uma estratégia adequada de comunicação verbal e apenas 15,2% mencionaram sinais ou estratégias solicitadas. Isso pode sinalizar deficiência no processo de formação dos profissionais de saúde perante a comunicação de más notícias¹⁴.

O PAPEL DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO NA FORMAÇÃO DO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Alguns motivos que justificam a necessidade e a urgência da inclusão dos cuidados paliativos, juntamente com o manejo da comunicação de más notícias na grade curricular de formação dos profissionais de saúde, são o crescimento da expectativa de vida e o consequente aumento na ocorrência de doenças crônicas, como o câncer, que, por muitas vezes, se tornam uma ameaça à continuidade da vida^{15,16}.

Deve-se dar maior ênfase nas escolas de ensino superior, pois, como são considerados espaços privilegiados para a construção de identidades sociais e profissionais, vêm se caracterizando por apresentar inúmeras limitações, sobretudo quanto à formação no contexto paliativo e demandas psicossociais. As competências, habilidades e os conhecimentos adquiridos na qualificação profissional são insatisfatórios para atender às necessidades de assistência e de compreensão da subjetividade do indivíduo que lida com as perdas de autonomia e de esperança^{15,16}.

Estudo sobre os cuidados paliativos, realizado em alunos de licenciatura em enfermagem, com o objetivo de identificar os conhecimentos sobre o tema, mostrou os seguintes resultados: 40,4% dos estudantes apresentam conhecimentos de nível insuficiente; 29,1% suficiente; e 30,5% de nível bom¹⁶. Os dados revelam déficit de conhecimento dos alunos, mostrando que as instituições de ensino devem capacitar seus alunos para uma comunicação eficaz diante da necessidade de fornecer más notícias.

Sabemos que, no mundo competitivo em que vivemos, a procura por profissionais tecnicamente capazes é cada vez mais intensa, isso faz com que o profissional procure aprimorar seu saber técnico-científico, entretanto, deixando de lado as habilidades emocionais e sociais, importantes nas relações humanas. É evidente a deficiência na formação dos profissionais de saúde de habilidades relacionadas aos cuidados paliativos, sendo as instituições de ensino espaços estratégicos para difundir essa modalidade de cuidado.

Todos os profissionais de saúde e funcionários de instituições hospitalares, de forma geral, devem ser

capazes de fornecer cuidados paliativos adequados e, portanto, precisam ser treinados para fornecer o mais elevado padrão de cuidados. Tudo isso com o objetivo de atender às necessidades e aos desafios dos pacientes e de seus familiares, independentemente do seu prognóstico¹⁷.

Sabe-se que, no Brasil, existem vários desafios a serem vencidos e, entre eles, está a possível deficiência na educação de profissionais de saúde no que diz respeito à terminalidade. Para superar essa deficiência, é preciso incluir o tema nas instituições de ensino, assim como instituir ou ampliar programas de educação continuada que promovam a mudança de mentalidade dos profissionais para que possam conduzir adequadamente situações relacionadas à terminalidade e à comunicação de más notícias.

CONCLUSÃO

Tendo em vista os aspectos ressaltados, consideramos que, na prática do cuidado paliativo oncológico, a comunicação, embora seja considerada uma ferramenta essencial na vida humana, ainda se faz complexa e deficiente.

Apesar do aumento do número de doenças crônico-degenerativas e do aumento da valorização da comunicação interpessoal no contexto da terminalidade, os profissionais de saúde ainda encontram dificuldades em desenvolver habilidades e conhecimentos necessários na comunicação de más notícias. Acredita-se que a formação dos profissionais de saúde deve incluir a comunicação de más notícias tanto na graduação quanto na educação continuada de instituições hospitalares.

Sugerimos que esses temas sejam inseridos como disciplina fundamental durante a graduação, pós-graduação, assim como no processo de educação continuada dentro das instituições de saúde.

CONTRIBUIÇÕES

Todas as autoras participaram igualmente em todas as etapas de elaboração do artigo.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Machado KDG, Pessini L, Hossne WS. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. *Bioethikos*. 2007;1(1):34-42.
2. Carboni RM, Reppetto MA. Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. *Rev Eletrônica Enferm*. 2007;9(1):251-60.

3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2014: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2015.
5. Santos CKC, Andrade CG, Costa ICP, Lopes MEL, Silva CEG, Santos KFO. Comunicação em cuidados paliativos: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2014;18(1):63-72.
6. World Health Organization. Cancer: WHO definition of palliative care [Internet]. Geneva: WHO; [acesso em 2017 jan. 27]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.
7. Pontes AC, Leitão IMTA, Ramos IC. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(3):312-18.
8. Gonçalves ACR. Comunicação de más notícias a pessoas com doença oncológica: a necessidade de implementar a bioética na relação – um estudo exploratório [dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2013.
9. Araújo MMT, Silva MJP. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(4):668-74.
10. Machado KDG, Pessini L, Hossne WS. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. *Bioethikos*. 2007;1(1):34-42.
11. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*. 2004;363(9405):312-9.
12. Instituto Nacional de Câncer (BR). Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde. Rio de Janeiro: Inca; 2010.
13. Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. 3. ed. São Paulo: Loyola; 2004.
14. Araújo MMT, Silva MJP. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(3):626-32.
15. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Competências Centrais em Cuidados Paliativos: Um Guia Orientador da EAPC sobre Educação em cuidados paliativos – parte 1. *European Journal of Palliative Care*. 2013;20(2):140-45.
16. Galvão A, Lopes S, Certo AB. Cuidados paliativos em contexto de formação de licenciatura em enfermagem. In: *ICHI 2014: Livro de resumos do Congresso Internacional de Informação em Saúde*; 2014, Porto. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2014. p. 24.
17. Costa AP, Poles K, Silva AE. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. 2016;20(59):1041-52.

Cuidados Paliativos no Mundo

Palliative Care around the World

Cuidados Paliativos en el Mundo

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The quality of death: ranking end-of-life care across the world.** London: Economist Intelligence Unit, 2010. Disponível em: <<http://graphics.eiu.com/upload/eb/qualityofdeath.pdf>>. Acesso em: 00 jan. 2017.

_____. **The 2015 Quality of Death index: ranking palliative care across the world.** London: Economist Intelligence Unit, 2015. Disponível em: <<https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>>. Acesso em: 00 jan. 2017.

Germana Hunes Grassi Gomes Victor¹

Em poucos anos, pela primeira vez na história da humanidade, o número de pessoas com mais de 65 anos será maior do que o número de crianças menores de 5 anos. A expectativa para 2030 é de mais de 1 bilhão de idosos, com aumento mais acentuado nos países em desenvolvimento.

Principalmente nos países desenvolvidos, houve uma redução significativa de pessoas que morreram por doenças transmissíveis ou infecciosas e, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2030, as doenças não transmissíveis representarão mais de três quartos de todas as mortes no mundo.

Com a longevidade, passam a prevalecer doenças associadas ao envelhecimento, com manejo mais difícil e demandante e maior custo para o Sistema de Saúde. Um cenário novo, complexo e visto com preocupação pelos paliativistas.

De acordo com a OMS, o cuidado paliativo é uma abordagem que busca qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares diante de doenças ameaçadoras da vida por intermédio da prevenção e do alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e da avaliação impecável, do tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

Mesmo com todo o progresso atingido pelo movimento *Hospice*, iniciado na década de 1960 por Dame Cicely Saunders na Inglaterra, muitas lacunas ainda permanecem, em sua maioria nos países em desenvolvimento, em que os desafios demográficos do envelhecimento serão mais pronunciados. Anualmente, mais de 100 milhões de pessoas, entre familiares, cuidadores e pacientes, necessitarão de cuidados paliativos, entretanto menos de 8% terão acesso a esses serviços, segundo *Palliative Care Alliance World*.

Em algumas partes do mundo, não existem serviços de cuidados paliativos ou esses ainda são incipientes. Cerca de 5 bilhões de pessoas vivem em países com pouco ou nenhum acesso a medicações para o controle da dor de moderada a grave. Mesmo em países desenvolvidos há, geralmente, uma prática focada exclusivamente na manutenção da vida sem considerar medidas que permitam uma morte sem dor, desconforto e *stress*.

Considerando essa realidade, a *The Economist* publicou pela primeira vez, em 2010, o Índice de Qualidade de Morte (do inglês, *The Quality of Death Index*). Tal publicação é baseada em uma pesquisa realizada pela *Economist Intelligence Unit* que classifica 40 países em termos de qualidade e disponibilidade de cuidados de fim de vida. O autor faz uma

¹Médica. Diretora do Hospital do Câncer IV (HC IV)/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)/Ministério da Saúde (MS).

revisão da literatura sobre o tema, e entrevista mais de 20 especialistas de todo o mundo, incluindo paliativistas, profissionais de saúde de outras áreas, economistas de saúde e sociólogos.

Dos 40 países avaliados, 30 são membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e dez selecionados conforme disponibilização de dados. A equipe de pesquisa da *Economist Intelligence Unit* concebeu o índice, captou os dados e construiu o modelo a partir de uma ampla gama de indicadores. O índice pontuou os países em quatro categorias, tais como: ambiente para cuidados básicos de fim de vida, disponibilidade de serviços de cuidados de fim de vida, custo e investimento nos cuidados de fim de vida e qualidade dos cuidados de fim de vida.

Vinte e quatro indicadores foram avaliados e se enquadram em três grandes grupos: 1) indicadores quantitativos: 11 dos 24 indicadores do índice são baseados nesse indicador, como a expectativa de vida e percentual de despesas em saúde considerando o Produto Interno Bruto (PIB); 2) indicadores qualitativos: dez dos indicadores são avaliações qualitativas dos cuidados de final de vida, por exemplo o “conhecimento da sociedade sobre esses cuidados”, que é avaliado em uma escala de 1 a 5, em que a posição 1 indica pouco ou nenhum conhecimento e a 5, por sua vez, demonstra alto nível de conhecimento; e 3) indicadores de *status*: três dos indicadores descrevem a existência ou a não existência de determinada ação ou política nos países, por exemplo, a “existência de uma política governamental nacional em cuidados paliativos”, para o qual as respostas disponíveis são sim, não ou em progresso.

A pontuação geral teve a seguinte divisão percentual: qualidade dos cuidados de fim de vida 40%, disponibilidade 25%, ambiente para cuidados básicos de fim de vida 20% e custo 15%.

Em função do percentual de investimentos em saúde, infraestrutura avançada e reconhecimento já existente da necessidade do desenvolvimento de estratégias para os cuidados de fim de vida, países como Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia encontram-se no topo do *ranking*.

Os países em desenvolvimento têm pior pontuação em ambientes para cuidados básicos de fim de vida e disponibilidade de serviços. Isso se justifica pelo pouco investimento e reconhecimento governamental nessa área. Outra possibilidade é a questão cultural, que pode influenciar diretamente o maior investimento na medicina curativa quando comparada à paliativa.

A publicação deixa claro o quanto questões culturais influenciam no nível de desenvolvimento do cuidado paliativo. Por exemplo, em alguns países, há pouco entendimento sobre o tema até pelo fato de não haver discussões sobre a morte ou como ela se dá. Torna-se importante ainda ressaltar que os pacientes só deixarão de sofrer desnecessariamente a partir do momento em que a sociedade e os profissionais de saúde entendam que o cuidado paliativo busca oferecer aos pacientes a possibilidade de viver da melhor forma pelo maior tempo possível, mesmo que com uma doença grave.

Quando se trata de investimentos nessa área, é frequente que a principal fonte não seja governamental, mas sim proveniente de instituições religiosas, filantrópicas ou auxílios internacionais para pacientes que necessitam pagar pelos serviços. No Reino Unido, por exemplo, uma rede bem estabelecida de *hospices* sem fins lucrativos desempenha um papel importante na redução da despesa do Serviço Nacional de Saúde. Já na Austrália, impostos recolhidos em nível federal são destinados a estados e a municípios para esse fim, o que ajuda esse país a estar também bem localizado no *ranking* de investimentos em cuidados paliativos.

Poucos países em todo o mundo têm políticas de saúde e de educação em saúde que contemplem os cuidados paliativos. Dos 40 países avaliados na publicação, apenas sete (Austrália, México, Nova Zelândia, Polônia, Suíça, Turquia e Reino Unido) possuem uma política nacional já implantada e quatro (Áustria, Canadá, Irlanda e Itália) estão desenvolvendo tal política.

Em 2015, a *The Economist* publicou uma nova versão do Índice de Qualidade de Morte. Nessa publicação, foram incluídos 80 países e incide sobre a qualidade e a disponibilidade dos cuidados paliativos e não só dos cuidados de fim de vida, conforme a versão anterior. Foram avaliados 20 indicadores qualitativos e quantitativos divididos nas seguintes categorias: ambiente de saúde e cuidados paliativos (com peso de 20% e 4 indicadores), recursos humanos (com peso de 20% e 5 indicadores), acesso aos cuidados paliativos (com peso de 20% e 3 indicadores), qualidade dos serviços (com peso de 30% e 6 indicadores) e engajamento da sociedade (com peso de 10% e 2 indicadores). É importante registrar que, em função dessas mudanças, não é possível traçar uma comparação entre os dois *rankings*.

Assim como em 2010, o Reino Unido lidera o *ranking* seguido por Austrália e Nova Zelândia. De uma forma geral, no topo da lista, encontram-se os países mais ricos e com maior apoio do governo.

Enquanto alguns países com sistemas de saúde menos desenvolvidos como Chile, Mongólia, Costa Rica e Lituânia surpreendem ao estar no top 30 do *ranking*, a Índia e a China, apesar do rápido crescimento econômico recente, apresentaram um baixo desempenho global. A publicação destaca ainda a liderança do Chile na América Latina, estando atrás apenas dos Estados Unidos e do Canadá nas Américas. Tal posição se deve ao esforço chileno em incorporar os cuidados paliativos aos serviços de saúde e desenvolver políticas para acesso a opioides, desde que o país lançou seu Programa de Cuidados Paliativos em 1996.

Dada a grande demanda já existente por cuidados paliativos, um indicador de sucesso relevante é a extensão de serviços disponíveis. Para obter esse indicador, foram analisados o investimento global em saúde, a presença e a força de políticas governamentais para cuidados paliativos, a existência de políticas baseadas em dados de pesquisas científicas e a capacidade de ofertar serviços de cuidados paliativos.

A existência de políticas nacionais desse tipo de cuidado tem uma importância vital para o seu desenvolvimento. Nesse sentido, alguns países realizaram mudanças políticas que refletiram em um melhor posicionamento no *ranking*. Esse ponto é de tanta relevância que, de uma forma geral, os países com melhores posições globais são aqueles que possuem políticas governamentais sobre cuidados paliativos.

Na categoria recursos humanos, os países foram avaliados pela disponibilidade de especialistas em cuidados paliativos, pela existência de certificação profissional para paliativistas e pelo número de médicos e de enfermeiros especializados para cada mil casos de óbitos relacionados ao cuidado paliativo. Nessa avaliação, Austrália, Reino Unido e Alemanha encontram-se nas primeiras colocações, e mesmo os países que apresentaram um bom desempenho percebem necessidade de melhorias nessa área. Na América Latina, o Uruguai é o melhor colocado em 25º lugar. Um dos maiores desafios dos países latino-americanos é a necessidade de melhoria da educação e a certificação da disciplina.

Nesse sentido, alguns autores defendem que a prioridade deve ser a inserção da disciplina de cuidado paliativo na formação profissional básica de todos os profissionais de saúde. Essa ideia deve ser corroborada com o fato de que se há uma formação básica nessa disciplina, todos os profissionais entenderiam, de forma mais adequada, sobre o controle da dor, a comunicação junto a pacientes e familiares e a necessidade de suporte psicossocial e espiritual associados ao tratamento.

Sobre o perfil de investimento em cuidados paliativos, a publicação se assemelha à de 2010, uma vez que reforça a diferença entre os países, com poucos deles tendo investimentos diretamente do governo e com uma prevalência significativa de suporte não governamental. Os países foram avaliados quanto à existência de investimento público, ao encargo financeiro gerado para os pacientes e à disponibilidade de cobertura por meio de regimes de pensões nacionais. Os autores reforçam que todo o papel e a importância que instituições não governamentais exercem, tanto na construção quanto na manutenção de serviços, são válidos. Porém, para lidar com a demanda futura, os países precisam incorporar o modelo de saúde pública de cuidados paliativos e estender os cuidados paliativos em uma ampla gama de serviços de saúde.

Para obter a qualidade dos serviços, é crucial que se garanta acesso a medicações opioides, assim como apoio psicossocial, envolvimento de pacientes e familiares, individualização do cuidado e suporte ao luto.

Na avaliação da qualidade do cuidado, foram considerados os seguintes fatores: presença de padrões de monitoramento dos serviços, disponibilidade de opioides e apoio psicossocial para pacientes e familiares, presença de políticas de não ressuscitação, apoio à tomada de decisões compartilhadas e uso de pesquisas de satisfação dos usuários. Países como Reino Unido, Suécia e Austrália dividem o topo da lista nesse quesito. Destaca-se a dificuldade para acesso a opioides, uma vez que, mesmo em países em que não há restrição legal, existem obstáculos como a necessidade de aprovação das medicações pelos ministérios da saúde, dos trâmites entre importadores e das agências reguladoras, além do treinamento profissional inadequado.

Um ponto de destaque no índice de 2015 é a avaliação do envolvimento social no cuidado paliativo. O envolvimento de familiares, voluntários e a própria comunidade reduz os custos relacionados às internações e às admissões em serviços de emergência. Em uma sociedade em que há a valorização da felicidade, e que temas relacionados à doença e à morte não são bem-vindos, deve haver um empenho extra dos profissionais envolvidos em cuidados paliativos para promover discussões e fazer com que informações de qualidade estejam acessíveis. Nessa categoria, o Brasil ganhou destaque estando em terceiro lugar no *ranking*.

De uma forma geral, ambas as publicações apresentam dados bem objetivos que permitem, além de uma visão global do cuidado paliativo no mundo, fomentar discussões para o desenvolvimento do cuidado paliativo, da necessidade de políticas de saúde, da formação profissional e da oferta de serviços e disponibilidade de medicamentos. O que as torna leitura fundamental para os interessados na área, profissionais e gestores da saúde.

Por considerarem indicadores diferentes, não é possível a comparação entre as publicações, o que fica claro nos textos. Essa modificação da análise entre eles é um ganho, uma vez que se deixa de tratar exclusivamente de cuidados de fim de vida e passamos a ter uma discussão baseada nos cuidados paliativos de forma mais ampla. As duas publicações citam exemplos realizados por diferentes países do mundo e provam que, mesmo em locais menos desenvolvidos e com menos investimentos, é possível prover melhoras nesse campo.

A realidade brasileira deixa clara a necessidade de nosso aprimoramento e da construção de novos serviços, assim como a importância da difusão do conhecimento em cuidados paliativos entre os profissionais de saúde e da sociedade. É fundamental a inserção desse tema nos currículos das faculdades de medicina e enfermagem, assim como nas demais

áreas atuantes na saúde. No *ranking* de 2010, o Brasil ficou na 38º posição de 40 países e, em 2015, em 42º posição entre os 80 avaliados. Não podemos esquecer que a população está envelhecendo e a demanda por cuidados paliativos encontra-se em crescimento. Medidas ágeis e assertivas devem ser tomadas a fim de garantirmos o cuidado necessário à nossa população.

VI Jornada de Cuidados Paliativos do INCA

VI INCA Conference on Palliative Care

VI Jornada de Cuidados Paliativos del INCA

Data: 25 de outubro de 2016.

Local: Hospital do Câncer III/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)/Ministério da Saúde (MS).
Auditório Gama Filho. Rua Visconde de Santa Isabel, nº 274 - Vila Izabel. Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Fatores Associados à Sobrevida de Pacientes com Câncer Avançado em Cuidados Paliativos

Factors Associated with Survival of Advanced Cancer Patients in Palliative Care

Factores Relacionados a la Supervivencia de los Pacientes con Cáncer Avanzado en los Cuidados Paliativos

Emanuelly Varea Maria Wiegert¹; Livia Costa de Oliveira²; Larissa Calixto-Lima³; Natália Alvarenga Borges⁴

Resumo

Introdução: Em cuidados paliativos, é fundamental identificar fatores clínicos que possam auxiliar na predição de sobrevida. **Objetivo:** Avaliar fatores associados à sobrevida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Método:** Estudo observacional, com pacientes a partir de 20 anos, avaliados na Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) entre junho e agosto de 2016. A sobrevida foi determinada pelo tempo em dias contados da data da avaliação até o óbito/censura. Foi empregada análise de regressão linear bivariada tendo como variáveis independentes medidas de estado nutricional, funcionalidade e marcadores inflamatórios. As análises estatísticas foram realizadas no programa STATA 12.0. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INCA.

Resultados: Foram estudados 114 pacientes, média de idade 60,8 ($\pm 1,2$) anos, 59,6% feminino, mediana de sobrevida 34 (2-154) dias. Os fatores que associaram-se positivamente com a sobrevida foram: adequação da dobra cutânea tricípital ($\beta=3,92$; IC95%:0,98;6,84) e da circunferência muscular do braço ($\beta=5,64$; IC95%:0,11;11,17), *Karnofsky Performance Status* ($\beta=0,80$; IC95%:0,51;1,09) e albumina ($\beta=12,84$; IC95%:7,39;18,29). Outrossim, o escore total da Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente ($\beta=-1,19$; IC95%:-1,93;-0,46) e seus domínios relativos à ingestão alimentar ($\beta=-3,91$; IC95%:-7,47;-0,34), sintomas ($\beta=-1,66$; IC95%:-2,73;-0,59) e capacidade funcional ($\beta=-8,85$; IC95%:-13,62;-4,07), assim como o Escore Prognóstico de Glasgow ($\beta=-7,89$; IC95%:-13,36;-2,42) e a proteína C-Reativa ($\beta=-0,68$; IC95%:-1,20;-0,17) associaram-se negativamente. **Conclusão:** O pior estado nutricional, a capacidade funcional reduzida e a gravidade da inflamação sistêmica associaram-se à menor sobrevida nessa população.

Palavras-chave: Análise de Sobrevida; Cuidado Paliativo; Neoplasias/terapia; Estado Nutricional; Prognóstico.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

¹ Nutricionista. Mestre em Nutrição Humana pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital do Câncer IV (HC IV)/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)/Ministério da Saúde (MS). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* ewiegert@inca.gov.br

² Nutricionista. Doutora em Ciência Nutricionais pela UFRJ. Serviço de Nutrição e Dietética do HC IV/INCA/MS. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* livia.oliveira@inca.gov.br

³ Nutricionista. Mestre em Nutrição pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Serviço de Nutrição e Dietética do HC IV/INCA/MS. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* larissa.lima@inca.gov.br

⁴ Nutricionista. Doutora em Ciências Médicas pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* nat_borges_@hotmail.com
Endereço para correspondência: Emanuelly Varea Maria Wiegert. Rua Visconde de Santa Isabel, nº 274 - Vila Isabel. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP: 20560-120. *E-mail:* ewiegert@inca.gov.br

Relação do Estado Nutricional e da Resposta Inflamatória Sistêmica com a Sobrevida de Pacientes com Câncer Avançado em Cuidados Paliativos

Relationship of Nutritional Status and Systemic Inflammatory Response with Survival of Advanced Cancer Patients in Palliative Care

La Relación entre el Estado Nutricional y la Respuesta Inflamatoria Sistémica con la Supervivencia de los Pacientes con Cáncer Avanzado en los Cuidados Paliativos

Emanuelly Varea Maria Wiegert¹; Livia Costa de Oliveira²; Larissa Calixto-Lima³; Mariana dos Santos Campello Queiroz⁴

Resumo

Introdução: A avaliação prognóstica é indispensável na prática clínica dos cuidados paliativos. **Objetivo:** Avaliar a relação do estado nutricional e da resposta inflamatória sistêmica com a sobrevida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Método:** Estudo observacional, com pacientes a partir de 20 anos, avaliados na Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) entre junho e agosto de 2016. A resposta inflamatória sistêmica foi determinada por meio do escore prognóstico de Glasgow (EPG) modificado, cuja classificação varia de 0 a 2 conforme relação entre valores séricos de Proteína C-Reativa (PCR) e albumina; e o estado nutricional pela Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Paciente (ASG-PPP). A sobrevida foi determinada pelo tempo em dias contados da data da avaliação até o óbito/censura. Foram realizadas análises de regressão logística bivariada e multivariada de Cox utilizando o programa Stata 12.0. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INCA. **Resultados:** Foram avaliados 114 pacientes, média de idade de 60,8 ($\pm 1,3$) anos, dos quais 38,3% possuíam EPG ≥ 1 e 82,3% eram desnutridos (ASG-PPP B/C). Observou-se que EPG ≥ 1 (OR:5,04; IC 95%:2,14-11,88), PCR >10 (OR:6,67; IC 95%:2,81-15,80) e ASG-PPP B/C (OR:3,38; IC 95%:1,79-6,36) associaram-se ao óbito em 30 dias. Ademais, EPG ≥ 1 (HR:0,14; IC 95%:0,03-0,63), ASG-PPP B/C (HR:2,68; IC 95%:1,50-4,79) e PCR >10 (HR:21,90; IC 95%:4,58-104,66) demonstraram-se fatores prognósticos independentes para a sobrevida. **Conclusão:** O pior estado nutricional e a gravidade da inflamação sistêmica constituem-se fatores prognósticos úteis na população estudada.

Palavras-chave: Análise de sobrevida, Neoplasias/terapia; Estado Nutricional; Inflamação; Cuidados paliativos.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

¹ Nutricionista. Mestre em Nutrição Humana pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital do Câncer IV (HC IV)/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)/Ministério da Saúde (MS). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* ewiegert@inca.gov.br

² Nutricionista. Doutora em Ciência Nutricionais pela UFRJ. Serviço de Nutrição e Dietética do HC IV/INCA/MS. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* livia.oliveira@inca.gov.br

³ Nutricionista. Mestre em Nutrição pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Serviço de Nutrição e Dietética do HC IV/INCA/MS. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* larissa.lima@inca.gov.br

⁴ Nutricionista pela Universidade Veiga de Almeida (UVA). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* marianacampello561@yahoo.com.br

Endereço para correspondência: Emanuelly Varea Maria Wiegert. Rua Visconde de Santa Isabel, nº 274 - Vila Isabel. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP: 20560-120. *E-mail:* ewiegert@inca.gov.br

Cuidados Paliativos em Fim de Vida: Reflexões sobre a Prática do Assistente Social

End-of-Life Palliative Care: Reflections on the Practice of Social Worker

Cuidados Paliativos al Final de la Vida: Reflexiones sobre la Práctica del Trabajador Social

Andrea Frossard¹; Alessandra Gomes²; Luciana Rodrigues³; Marli Schaefer⁴; Erika Palmieri⁵

Resumo

Introdução: Estudo desenvolvido no Núcleo de Estudos Integrados em Cuidados Paliativos do Hospital do Câncer IV do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (HC IV/INCA). Considerando a dimensão técnico-operativa, reflete-se sobre a ação profissional vinculada aos cuidados paliativos. **Objetivos:** Compreender os cuidados paliativos em fim de vida como integrante dos cuidados paliativos e identificar os processos interventivos do Serviço Social nesse âmbito. **Métodos:** Estudo qualitativo, utilizando-se da análise temática de conteúdo (à luz da hermenêutica-dialética) na perspectiva teórico-crítica de veio marxiano. **Resultados:** A partir do desnudamento dos núcleos temáticos (NT) significativos vinculados à dimensão técnico-operativa (NT1 - situação de indigência e estado de pobreza e a intervenção profissional; NT2 - família, novos arranjos e a relação afetividade e afinidade na gestão do cuidado; NT3 - diferentes modalidades de atendimento assistenciais e os cuidados em fim de vida; e NT4 - especificidades dos instrumentais técnico-operativos utilizados no cotidiano profissional), foi possível o desenvolvimento da investigação cujo conteúdo deriva-se do NT3. **Conclusão:** É necessário o incremento da produção acadêmica no Serviço Social no país, à luz das requisições por parte de pacientes e suas famílias, da equipe de saúde e do processo de integração da rede de cuidados em cuidados paliativos desde a elaboração de protocolos (como, por exemplo, óbito de população em estado de pobreza ou de indigência) até o desenvolvimento de pesquisas estratégicas em consonância com a realidade nacional.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida; Serviço Social/métodos; Doente Terminal.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

¹ Assistente Social do Hospital do Câncer IV (HC IV)/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)/Ministério da Saúde (MS). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pós-Doutora em Ciências Humanas Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis (SC), Brasil. *E-mail:* afrossard@inca.gov.br

² Assistente Social do HC IV/INCA/MS. Especialista pela Universidade Cândido Mendes (UCAM). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* alessandra.carvalho@inca.gov.br

³ Assistente Social do HC IV/INCA/MS. Residente do INCA/MS. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* Luciana_seso@hotmail.com

⁴ Assistente Social do HC IV/INCA/MS. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Especialista pela Universidade de Brasília (UnB). Brasília (DF), Brasil. *E-mail:* marlischaeffer22@gmail.com

⁵ Assistente Social do HC IV/INCA/MS. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Especialista pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife (PE), Brasil. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* erika_fontes@hotmail.com

Endereço para correspondência: Andrea Frossard. Rua Visconde de Santa Isabel, nº 274 - Vila Isabel. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP: 20560-120. *E-mail:* afrossard@inca.gov.br

Espiritualidade e Cuidados Paliativos: uma Proposta de Humanização do Cuidado

Spirituality and Palliative Care: a Humanization Proposal of Care

Espiritualidad y Cuidados Paliativos: una Propuesta para la Humanización del Cuidado

Renata Carla Nencetti Pereira Rocha¹; Eliane Ramos Pereira²; Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva³; Luciana Aparecida Faria de Oliveira⁴

Resumo

Introdução: A presença de um indivíduo com câncer em cuidados paliativos oncológicos provoca no seio familiar uma série de vicissitudes e sofrimentos relacionados à proximidade da morte. Nesse prisma, é sobre o cuidador (comumente, um familiar) que recaem as exigências práticas e emocionais da doença. Desse modo, a espiritualidade tem sido acionada como instrumento nas situações complexas e existenciais das famílias e sua abordagem torna-se cada vez mais requisitada à prática assistencial à saúde. **Objetivo:** Conhecer a influência da espiritualidade na vida dos cuidadores familiares de pacientes em cuidados paliativos oncológicos. **Método:** Revisão integrativa da literatura, realizada por meio de busca nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, sendo encontradas 37 publicações, das quais dez corresponderam esta revisão. **Resultado:** Cuidadores buscam, por meio da espiritualidade, consolo, força e sentido para as suas vidas e é ela quem os direcionará nessa dimensão e contexto. Como recurso de enfrentamento, os mesmos utilizam a força da fé, crenças e práticas religiosas/espirituais. Em relação à assistência espiritual desejada pelo enfermeiro, os cuidadores relataram a escuta profunda, empatia, respeito, humor e momento de silêncio. **Conclusão:** Evidenciou-se que, em geral, os cuidadores se apropriam da espiritualidade como recurso para enfrentamento do câncer. Contudo, os cuidadores familiares são os que mais requisitam os serviços de capelania no campo dos cuidados paliativos. Registra-se, ainda, que há necessidade de produções científicas que abordem o apoio espiritual do enfermeiro em prol da humanização do cuidado.

Palavras-chave: Espiritualidade; Cuidados Paliativos; Cuidadores; Neoplasias.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

¹ Enfermeira-Paliativista do Hospital do Câncer IV (HC IV)/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)/Ministério da Saúde (MS). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Mestranda do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa (MPEA/EEAAC) da Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói (RJ), Brasil. *E-mail:* rnencetti@yahoo.com.br

² Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Programa de MPEA/EEAAC/UFF. Niterói (RJ), Brasil. *E-mail:* elianeramos.uff@gmail.com

³ Enfermeira. Professora-Associada da UFF. Vice-Coordenadora do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde MPES/EEAAC/UFF. Niterói (RJ), Brasil. *E-mail:* roserosauff@gmail.com

⁴ Enfermeira-Paliativista e Chefe da Divisão de Enfermagem do HC IV/INCA/MS. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* lucianaoliveiraenfer@yahoo.com.br
Endereço para correspondência: Renata Carla Nencetti. Rua Visconde de Santa Isabel, nº 274 - Vila Isabel. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* rnencetti@yahoo.com.br

O Exame Físico na Síndrome de Werdnig-Hoffman: Eficiência nos Cuidados Paliativos

The Physical Examination of Werdnig-Hoffman Syndrome: Efficiency in Palliative Care

El Examen Físico de Werdnig-Hoffman Síndrome: Eficiencia en los Cuidados Paliativos

Monique Aleluia Cayres¹; Viviane de Melo Souza²; Luciana Souza de Castro³; Gracieli Braga Moreira Santana⁴; Juliana Pereira Machado⁵; Yasmin de Araújo Pimentel⁶

Resumo

Introdução: O aprimoramento do conhecimento sobre a sistematização da assistência de enfermagem se constitui uma abordagem essencial para a formação do enfermeiro, principalmente quando se depara com pacientes com doenças degenerativas que necessitam da intervenção dos cuidados paliativos para maior conforto para a criança e autonomia para a família auxiliar esse cuidado, melhorando a assistência de enfermagem. **Objetivo:** Descrever a importância do exame físico no planejamento dos cuidados à criança com Síndrome de Werdnig-Hoffman. **Método:** Trata-se de um relato de experiência vivido durante o período acadêmico, no ano de 2016, no setor de emergência pediátrica de um hospital público de uma grande metrópole brasileira. Primeiramente, houve uma reunião dos profissionais de saúde para discussão do caso, e, em seguida, foi realizado um exame físico minucioso para o delineamento do plano de cuidados de enfermagem. **Resultados:** Por se tratar de uma doença sem possibilidades de cura, o exame físico é etapa obrigatória para o planejamento e a execução dos cuidados de enfermagem, pois contribui para identificar alterações biológicas e físicas, pertinentes e importantes nos cuidados paliativos. **Conclusão:** Entende-se a necessidade do exame físico para realizar o planejamento da assistência de enfermagem no controle de sintomas, desenvolvendo os cuidados paliativos com eficiência.

Palavras-chave: Atrofias Musculares Espinais da Infância; Exame Físico; Cuidados Paliativos; Cuidados de Enfermagem.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

¹ Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Pediatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Supervisora Acadêmica do Curso de Enfermagem da Associação Brasileira de Ensino Universitário (Uniabeu). Belford Roxo (RJ), Brasil. *E-mail:* moniquealeluia@gmail.com

² Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Neonatologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Supervisora Acadêmica do Curso de Enfermagem da Uniabeu. Belford Roxo (RJ), Brasil. *E-mail:* envvivanemelo@gmail.com

³ Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem em Pediatria e Neonatologia e Enfermagem Oncológica pela Faculdade Unyleya. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)/ Ministério da Saúde (MS). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* luenf@live.com

⁴ Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem em Pediatria e Neonatologia pela Universidade Estácio de Sá (Unesa). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* gracieli.braga@hotmail.com

⁵ Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem em Pediatria e Neonatologia pela Faculdade Unyleya. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* juli_machado30@hotmail.com

⁶ Enfermeira. Egressa do Curso de Enfermagem da Uniabeu. Belford Roxo (RJ), Brasil. *E-mail:* yasminpimentel04@gmail.com

Endereço para correspondência: Luciana Castro. Rua Sargento Antônio Ernesto, nº 275, casa 32 - Pavuna. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP: 21520-460. *E-mail:* luenf@live.com

Impacto Econômico dos Opioides no Tratamento da Dor Oncológica em Pacientes em Cuidados Paliativos na Assistência Domiciliar

Economic Impact of Opioids on the Treatment of Oncological Pain in Patients in Domiciliary Assistance Palliative Care

Impacto Económico de los Opioides en el Tratamiento del Dolor Oncológico en Pacientes de Cuidado Paliativo en Asistencia Domiciliaria

Rafael Roberto Leira¹; Mariana Ferreira Rodrigues de Souza²; Rodrigo Saar da Costa²; Maria Fernanda Barbosa²

Resumo

Introdução: A dor crônica configura-se como um dos principais sintomas dos pacientes com câncer avançado, sendo comum a intervenção com opioides fortes. O acesso a medicamentos e o custo do tratamento figuram como protagonistas na garantia de um cuidado adequado. **Objetivo:** Descrever o impacto econômico dos opioides fortes no tratamento da dor oncológica em pacientes em cuidados paliativos, na modalidade de assistência domiciliar. **Método:** Foram analisados os históricos de consumo dos pacientes em cuidados paliativos, na modalidade de assistência domiciliar, no período de maio a novembro de 2015, em um Hospital Federal do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi construída uma curva ABC para avaliação do impacto econômico. A análise estatística foi realizada através de média, mediana e frequência do uso de opioides fortes no período em questão. **Resultados:** A média de idade foi de 71 anos, sendo 66% mulheres. Quarenta e dois por cento dos pacientes consumiram opioides fortes e as clínicas de consumo acentuado foram: abdômen, cabeça e pescoço, ginecologia e mastologia. O impacto econômico dos opioides fortes foi de 26% do custo total com medicamentos no período analisado. **Conclusão:** No contexto dos cuidados paliativos, o uso de opioides fortes representa importante estratégia terapêutica no manejo da dor e relevante impacto econômico. Assim, observa-se a necessidade da utilização desses medicamentos em consonância com protocolos e diretrizes clínicas e apropriadas estratégias de financiamento permitindo a expansão da oferta de opioides fortes em todos os serviços de assistência domiciliar.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Neoplasias/terapia; Analgésicos Opióides/uso terapêutico; Assistência Domiciliar; Farmacoeconomia.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

¹ Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)/Ministério da Saúde (MS). Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

² Farmacêuticos do Hospital do Câncer IV (HC IV)/INCA/MS. Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Maria Fernanda Barbosa. Rua Visconde de Santa Isabel, nº 274. Vila Isabel. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP: 20560-120.

E-mail: mbarbosa@inca.gov.br.

Perfil do Paciente em Cuidado Paliativo Oncológico Assistido pela Fisioterapia na Internação Hospitalar do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva IV

Profile of the Patient in Oncology Palliative Care Assisted by Physiotherapy in the Hospital Admission of the National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva IV

Perfil del paciente en Cuidado Paliativo Oncológico Asistido por la Fisioterapia en Internación Hospitalar del Instituto Nacional de Cáncer José Alencar Gomes da Silva IV

Francine Peres da Silva¹; Patricia Almeida Chelles²

Resumo

Introdução: A assistência da fisioterapia na internação auxilia no controle de sintomas, minimiza complicações da doença ou do tratamento e contribui para a qualidade de vida dos pacientes. **Objetivo:** Compreender o perfil dos pacientes para assistência fisioterapêutica na internação hospitalar em cuidados paliativos oncológicos. **Método:** Estudo descritivo, realizado no período de 1/12/2015 a 5/3/2016. Coleta de dados em prontuários na enfermaria de cuidado paliativo do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Variáveis utilizadas para construção do perfil: clínica de origem; escala de *Performance Status de Karnofsky* (KPS); motivo da internação pertinente à atuação da fisioterapia: dor (neuropática, miofascial, óssea e articular), dispneia não terminal, hipersecreção traqueobrônquica, metástase óssea, síndrome de compressão medular, fratura patológica, trombose venosa profunda, linfedema, entre outras (avaliação funcional, risco de queda) e a necessidade de acompanhamento pela fisioterapia. **Resultados:** Avaliados 589 prontuários. Desses, 144 pacientes (24,4%) tinham motivo para assistência fisioterapêutica. A clínica de maior prevalência foi a de ginecologia representando 25% dos atendimentos realizados. O KPS variou entre 30% e 50%. Os motivos de internação mais prevalentes foram: dor (24,30%) e dispneia (22,91%). Apenas 22,22% dos pacientes apresentaram a necessidade de continuidade da assistência durante a internação. **Conclusão:** O estudo permitiu obter o perfil do paciente em cuidado paliativo oncológico na internação e selecionar a demanda para Fisioterapia. O conhecimento do perfil do paciente favorece o planejamento da assistência, tornando-a individualizada e voltada para prioridades. Acrescem-se, ainda, o favorecimento de cumprimento de metas, de utilização adequada de recursos humanos e financeiros e o redirecionamento de indicadores.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Doente Terminal; Neoplasias/terapia; Serviço Hospitalar de Fisioterapia; Institutos de Câncer.

¹ Fisioterapeuta. Pós-Graduada em Fisioterapia Neurofuncional pela Universidade Estácio de Sá (Unesa). Hospital do câncer IV (HC IV)/ Unidade de Cuidado Paliativo do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)/Ministério da Saúde (MS). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* franzperes74@gmail.com

² Fisioterapeuta. Pós-Graduada em Fisioterapia Pneumofuncional pela Universidade Gama Filho (UGF). Unidade de Cuidado Paliativo do HC IV/ INCA/MS. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* patricia.chelles@inca.gov.br
Endereço para correspondência: Patricia Almeida Chelles. Rua Visconde de Santa Isabel, nº 274, Vila Isabel. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP: 20560-120. *E-mail:* patricia.chelles@inca.gov.br

INFORMAÇÕES GERAIS

A Revista Brasileira de Cancerologia (RBC) é uma publicação trimestral que tem por finalidade divulgar trabalhos relacionados a todas as áreas da Cancerologia. São aceitos para publicação textos em português, inglês e espanhol.

A RBC adota os "*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication*" do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)* (<http://www.icmje.org>). O original, incluindo tabelas, ilustrações e referências, deve seguir esses requisitos.

Os manuscritos devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à RBC, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações, são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es). Manuscritos que se referem a partes de uma mesma pesquisa têm a submissão desencorajada por essa Revista.

Os manuscritos publicados passarão a ser propriedade da RBC, sendo vedada tanto sua reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos, como sua tradução para publicação em outros idiomas, sem prévia autorização desta.

Os manuscritos aceitos para publicação poderão ser modificados para se adequar ao estilo editorial-gráfico da Revista, sem que, entretanto, nada de seu conteúdo técnico-científico seja alterado.

No caso de o manuscrito incluir tabelas e ilustrações previamente publicadas por outros autores e em outros veículos, é dever do autor fornecer comprovante de autorização de reprodução, assinado pelos detentores dos direitos autorais dos mesmos.

Os leitores de periódicos biomédicos merecem ter a confiança de que o que estão lendo é original, a menos que exista uma declaração clara de que o artigo está sendo republicado por escolha do autor e do editor. As bases para essa posição são as leis internacionais de direito autoral, a conduta ética e o uso de recursos, obedecendo a uma lógica de custo efetividade.

Quando parte do material do manuscrito já tiver sido apresentada em uma comunicação preliminar, em simpósio, congresso etc., esse fato deve ser citado como nota de rodapé na página de título, e uma cópia do texto da apresentação deve acompanhar a submissão do manuscrito.

Na submissão de manuscritos ou resumos de pesquisa clínica, ensaios clínicos, pesquisa básica, pesquisa aplicada, pesquisa de tradução; estudos laboratoriais, estudos epidemiológicos (prospectivos ou retrospectivos); utilização de dados de prontuários, pesquisa em banco de dados; relatos de casos; entrevistas, questionários, inquéritos populacionais; é obrigatória a inclusão de documento, com o número de protocolo, de que todos os procedimentos propostos tenham sido avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por um outro CEP indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde.

Os pacientes têm direito à privacidade, fato que não deve ser infringido sem um consentimento informado. As informações de identificação pessoal não devem ser publicadas em descrições escritas, fotografias, genealogias e relatos de caso, a menos que a informação seja essencial para propósitos científicos e que o paciente (ou seus pais ou tutores) outorgue um consentimento informado por escrito, autorizando a publicação.

Devem omitir-se detalhes de identificação se não forem essenciais, mas os dados do paciente nunca deverão ser alterados ou falsificados numa tentativa de conseguir o anonimato. O anonimato completo é difícil de conseguir, devendo-se obter o consentimento informado se houver alguma dúvida. Por exemplo, mascarar a região ocular em fotografias de pacientes é uma proteção inadequada para o anonimato.

A RBC, ao reconhecer a importância do registro e divulgação internacional, em acesso aberto, de informações sobre estudos clínicos, apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do ICMJE. Desta forma, serão aceitos para publicação apenas os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no sítio do ICMJE (<http://www.icmje.org>).

Conflitos de interesses devem ser reconhecidos e mencionados pelos autores. Entre essas situações, menciona-se a participação societária nas empresas produtoras das drogas ou equipamentos citados ou utilizados no trabalho, assim como em concorrentes da mesma. São também consideradas fontes de conflito os auxílios recebidos, as relações de subordinação no trabalho, consultorias etc.

A submissão do manuscrito à RBC deve ser por e-mail para rbc@inca.gov.br, com o texto integral, tabelas, gráficos, figuras, imagens, CEP e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (se aplicável) e de acordo com as normas da Revista. A “Carta de Submissão” individual e assinada por cada um dos autores (modelo disponível em <http://www.inca.gov.br/rbc>) deve também ser enviada nesta oportunidade.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A publicação dos trabalhos dependerá da observância das normas da RBC e da decisão do seu Conselho Editorial. O processo de avaliação inicia-se com o editor científico que avalia se o artigo recebido traz contribuições para a área da Cancerologia e se é de interesse para os leitores. Avalia também se o original está elaborado de acordo com as instruções recomendadas pela Revista. Os manuscritos considerados pertinentes, mas, em desacordo com essas instruções, serão devolvidos aos autores para as adaptações necessárias, antes da avaliação pelo Conselho Editorial.

O manuscrito aceito é encaminhado para análise e emissão de parecer dos membros do Conselho Editorial e/ou Conselho *Ad Hoc*, ambos formados por profissionais de notório saber nas diversas áreas da Oncologia. Nesse processo, o sigilo e o anonimato serão adotados para autor(es) e pareceristas. A análise dos pareceristas é realizada com base no formulário “Parecer do Conselho Editorial” disponível nas instruções para publicação na RBC em <http://www.inca.gov.br/rbc>.

Após emissão do parecer, o manuscrito é enviado ao editor científico que toma ciência dos pareceres emitidos e os analisa em relação ao cumprimento das normas de publicação da Revista e decide sobre a aceitação ou não do artigo, assim como das alterações solicitadas, processo sobre o qual tem plena autoridade de decisão. O parecer é então enviado para os autores por e-mail.

Após avaliação os manuscritos, poderão ser classificados em: manuscrito aprovado sem restrições, que será encaminhado ao revisor técnico para revisão e posterior publicação; manuscrito aprovado com restrição, que será encaminhado ao(s) autor(es) com as solicitações de ajuste por e-mail. O manuscrito revisado deve ser reapresentado pelo(s) autor(es) à RBC, por e-mail, acompanhado de carta informando as alterações realizadas ou, quando não realizadas, apresentando as devidas justificativas. Não havendo retorno do trabalho em quarenta e cinco (45) dias, será considerado que os autores não têm mais interesse na publicação; manuscrito não aprovado, nesse caso o autor receberá notificação de recusa por e-mail.

O manuscrito aprovado será publicado de acordo com o fluxo e o cronograma editorial da Revista.

CATEGORIA DOS MANUSCRITOS

São considerados para publicação os seguintes tipos de manuscritos:

- Artigos Originais – são artigos nos quais são informados os resultados obtidos em pesquisas de natureza empírica ou experimental original cujos resultados possam ser replicados e/ou generalizados. Também são considerados originais as pesquisas de metodologia qualitativa, de conteúdo histórico e as formulações discursivas de efeito teorizante. Como estrutura devem apresentar: introdução, método, resultados, discussão e conclusão. O máximo de laudas é 20, incluindo figuras, tabelas, gráfico, etc. que não devem ultrapassar 5.
- Revisão da Literatura – trata-se de revisão sistematizada e atualizada da literatura sobre um tema específico e que deve dar ao leitor uma cobertura geral de um assunto. Não serão aceitas revisões narrativas. Devem ser descritos os tipos de revisão (integrativa, sistemática, metanálise), os métodos e procedimentos adotados para a realização do trabalho. A interpretação e conclusão dos autores devem estar presentes. Como estrutura devem apresentar: introdução, método, resultados, discussão e conclusão. O máximo de laudas é 20, incluindo figuras, tabelas, gráfico, etc. que não devem ultrapassar 5.
- Relato de Casos/ Série de Casos - é a descrição detalhada e análise crítica de um ou mais casos, típicos ou atípicos, baseado em revisão bibliográfica ampla e atual sobre o tema. O autor deve apresentar um problema em seus múltiplos aspectos, sua relevância. O máximo de laudas é 15, incluindo figuras, tabelas, gráfico etc. que não devem ultrapassar 4.
- Artigo de Opinião – trata-se de opinião qualificada sobre tema específico em oncologia. Não necessita de resumo. O máximo de laudas é 10, incluindo tabelas, gráfico, etc. que não devem ultrapassar 2.
- Resenha – resenha crítica de livro relacionado ao campo temático da Cancerologia, publicado no último ano. O máximo é de 4 laudas.
- Resumos de dissertações, teses, de trabalhos que mereçam destaque ou apresentados em eventos de oncologia nos últimos 12 meses, contados da data de envio do resumo - trata-se da informação sob a forma sucinta de trabalho

realizado. Portanto, deve conter a natureza e os propósitos da pesquisa e um comentário sobre a metodologia, resultados e conclusões mais importantes. Seu objetivo é a transmissão aos pesquisadores de maneira rápida e fácil da natureza do trabalho, suas características básicas de realização e alcance científico afirmado. Devem conter no mínimo 150 até 250 palavras e seguir as normas da Revista quanto à estruturação, à forma e ao conteúdo, inclusive no que se refere aos descritores.

- Cartas ao Editor – podem estar relacionadas à matéria editorial ou não, mas devem conter informações relevantes ao leitor. No caso de críticas a trabalhos publicados em fascículo anterior da Revista, a carta é enviada aos autores para que sua resposta possa ser publicada simultaneamente. As cartas podem ser resumidas pela editoria, mas serão mantidos os pontos principais. O máximo é de 4 laudas.

PREPARO DO MANUSCRITO

O original deve ser escrito na terceira pessoa do singular com o verbo na voz ativa (ABNT.NBR-6028, 2003, p.2).

O processador de textos utilizado deve ser o Microsoft Word 6.0 ou 7.0, fonte Times New Roman tamanho 12, margens de 30mm em ambos os lados, espaço duplo em todas as seções, tamanho do papel A4 (210 x 297mm) e páginas numeradas.

Para permitir maior clareza na exposição do assunto e localização direta de cada item, divide-se o texto em partes lógicas, ordenadas por assuntos considerados afins.

Exemplo:

INTRODUÇÃO (SEÇÃO PRIMÁRIA)

MATERIAL E MÉTODO (SEÇÃO PRIMÁRIA)

Coleta de dados (Seção secundária)

Variáveis (Seção terciária)

Na apresentação dos títulos das seções, deve-se dar destaque gradativo ao tipo e corpo das letras, observando que todas as seções primárias devem estar escritas da mesma maneira, assim como todas as secundárias e assim por diante.

O texto de cada seção de um documento pode incluir uma série de alíneas, que devem ser caracterizadas pelas letras minúsculas do alfabeto (a, b, c,...) seguidas de parênteses e que precedam imediatamente à primeira palavra de seu texto.

Exemplo:

a) escrever um artigo científico.

b) ilustrar o texto.

PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES SOBRE CADA SEÇÃO

1. Página de título ou folha de rosto

Deve conter: a) título do artigo com até 100 caracteres, exceto títulos de resumos de tese, dissertação e de trabalhos apresentados, alternando letras maiúsculas e minúsculas, em português, inglês e espanhol; b) título abreviado com até 40 caracteres; c) nome(s) por extenso do(s) autor(es). A designação de autoria deve ser baseada nas deliberações do ICMJE, que considera autor aquele que contribui substancialmente na concepção ou no planejamento do estudo; na obtenção, na análise e/ou interpretação dos dados; assim como na redação e/ou revisão crítica e aprovação final da versão publicada. Em estudos institucionais (de autoria coletiva) e estudos multicêntricos, os responsáveis devem ter seus nomes especificados e todos considerados autores devem cumprir os critérios acima mencionados; d) indicar para **cada** autor, em nota de rodapé, a categoria profissional, o mais alto grau acadêmico, o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e instituição(ões) a que o trabalho deverá ser atribuído, endereço eletrônico, cidade, estado e país; e) nome, endereço e telefone do autor responsável pela correspondência sobre o manuscrito; f) descrição da contribuição individual de cada autor no manuscrito (ex: trabalhou na concepção e na redação final e na pesquisa e na metodologia); g) agradecimentos: os demais colaboradores, que não se enquadram nos critérios de autoria acima descritos, devem ter seus nomes referidos nesse item especificando o tipo de colaboração. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, já que se pode inferir que as mesmas concordam com o teor do trabalho; h) declaração de conflito de interesses (escrever “nada a declarar” ou revelar quaisquer conflitos); i) para trabalhos subvencionados, identificar o patrocinador e número de processo (se houver).

2. Resumo e descritores (palavras-chave)

Todos os artigos deverão conter resumos **estruturados** em português, inglês e espanhol, acompanhados dos descritores nos respectivos idiomas. A terminologia para os descritores deve ser denominada no artigo como a seguir:

palavras-chave, *key words* e *palabras clave*. Cada resumo deverá conter no mínimo 150 palavras e no máximo 250, introdução, objetivo(s), metodologia, resultados, conclusão e vir acompanhado de no mínimo três e no máximo seis descritores. Os descritores são palavras fundamentais que auxiliam na indexação dos artigos em bases de dados nacionais e internacionais. Para determinar os descritores, deve-se consultar a lista de “Descritores em Ciências da Saúde” (DECS-LILACS- <http://decs.bvs.br>) elaborada pela Bireme.

No resumo, não devem ser feitas citações de referências, nem se deve incluir abreviaturas, bem como quadros, tabelas ou figuras.

No caso de resumos de trabalhos apresentados em eventos de oncologia ou que mereçam destaque e que foram aceitos para publicação na RBC, caberá aos autores proceder à adequação às normas da Revista antes de encaminhá-los, sendo de sua inteira responsabilidade a precisão e correção da linguagem.

3. Introdução

Deve ser objetiva com definição clara do problema estudado destacando sua importância e as lacunas do conhecimento; a revisão de literatura deve ser estritamente pertinente ao assunto tratado no estudo, de modo a proporcionar os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre o tema e evidenciar a importância do novo estudo. Deve conter o(s) objetivo(s) do estudo.

4. Métodos

Deve indicar de forma objetiva o tipo de estudo (prospectivo, retrospectivo; ensaio clínico ou experimental; se a distribuição dos casos foi aleatória ou não; qualitativo etc), os métodos empregados, a população estudada (descrever claramente a seleção dos indivíduos dos estudos observacionais ou experimentais - pacientes ou animais de laboratório, incluindo controles, bem como dos estudos qualitativos), a fonte de dados e os critérios de seleção ou grupo experimental, inclusive dos controles. Identificar os equipamentos e reagentes empregados. Descrever também os métodos estatísticos empregados e as comparações para as quais cada teste foi empregado.

Os relatos de ensaios clínicos devem apresentar informação de todos os elementos principais do estudo, incluindo o protocolo (população estudada, intervenções ou exposições, resultados - e a lógica da análise estatística), atributos das intervenções (métodos de aleatorização, indicação dos grupos de tratamento) e os métodos de mascaramento.

Os autores que enviarem artigos de revisão deverão apresentar os procedimentos adotados para localizar, selecionar, obter, classificar e sintetizar as informações além de definir os critérios de inclusão e exclusão dos estudos selecionados para a revisão.

Quando forem relatados experimentos com seres humanos, indicar se os procedimentos seguidos estiveram de acordo com os padrões éticos do Comitê de Pesquisa em Seres Humanos Institucional, com a Declaração de *Helsinki* (última versão de 2000) e com a resolução 196/96 (Res. CNS 196/96). Não usar os nomes dos pacientes, iniciais ou números de registro, especialmente no material ilustrativo. No caso de experimentos envolvendo animais, indicar se foram seguidas as normas das Instituições, dos Conselhos Nacionais de Pesquisa ou de alguma lei nacional sobre uso e cuidado com animais de laboratório.

Dessa seção, também faz parte a menção do documento, indicando o número de protocolo, do CEP da Instituição a que se vinculam os autores e que aprovou o estudo realizado.

5. Resultados

Apresentar os resultados relevantes para o objetivo do trabalho e que serão discutidos. Devem ser descritos somente os resultados encontrados, sem incluir interpretações ou comparações. Apresentar os resultados, tabelas e ilustrações em sequência lógica, atentando para que o texto complemente e não repita o que está descrito em tabelas e ilustrações. Restringir tabelas e ilustrações àquelas necessárias para explicar o argumento do artigo e para sustentá-lo. Usar gráficos como uma alternativa às tabelas com muitas entradas; não duplicar os dados em gráficos e tabelas. Evitar uso de termos técnicos de estatística, tais como: “random” (que implica uma fonte de aleatorização), “normal”, “significante”, “correlação” e “amostra” de forma não técnica. Definir os termos estatísticos, abreviações e símbolos. Nos relatos de casos, as seções “métodos” e “resultados” são substituídas pela descrição do caso.

6. Discussão

Deve conter a interpretação dos autores, comparar os resultados com a literatura, relacionar as observações a outros estudos relevantes, apontar as limitações do estudo, enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões derivadas, incluindo sugestões para pesquisas futuras.

A discussão pode ser redigida junto com os resultados se for de preferência do autor.
Não repetir em detalhe dados ou outros materiais colocados nas seções de “introdução” ou “resultados”.

7. Conclusão

Deve ser fundamentada nos resultados encontrados e vinculada aos objetivos do estudo. Afirmações não qualificadas e conclusões não apoiadas por completo pelos dados não devem constar dessa seção. Evitar fazer alusão a estudos que não tenham sido concluídos. Estabelecer novas hipóteses, quando estiverem justificadas claramente como tais. Recomendações, quando apropriadas, poderão ser incluídas.

8. Referências

Devem ser numeradas no texto por números arábicos, em sobrescrito (ex: A extensão da sobrevivência, entre outros¹), de forma consecutiva, de acordo com a ordem que são mencionadas pela primeira vez no texto e sem menção aos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas. No caso de citação sequencial, separar os números por traço (ex: 1-2); quando intercalados, use vírgula (ex.: 1,3,7).

As referências não podem ultrapassar o número de 25, salvo as revisões de literatura, nas quais serão aceitas até 35.

Não devem ser incluídas referências no resumo. Deve-se constar apenas referências relevantes e que realmente foram utilizadas no estudo.

As referências devem ser verificadas nos documentos originais. Quando se tratar de citação de uma referência citada por outro autor deverá ser utilizado o termo “apud”.

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

As orientações abaixo objetivam trazer para os autores exemplos de referências apresentadas em seus trabalhos informando sobre a padronização das mesmas. Estão baseadas nas Normas para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas: escrever e editar para Publicações Biomédicas, estilo Vancouver, formuladas pelo ICMJE. Serão apresentadas as ocorrências mais comuns de referências por tipos de material referenciado. Algumas observações listadas abaixo são fruto de ocorrências em artigos de periódicos submetidos à publicação.

Para a padronização dos títulos dos periódicos nas referências é utilizado como guia o *LocatorPlus*¹, fonte de consulta da *National Library of Medicine*, que disponibiliza, na opção *Journal Title*, o título e/ou a abreviatura utilizada. Em algumas fontes, o título já vem padronizado (PubMed, LILACS e MEDLINE). Caso não seja utilizada a forma padrão dê preferência, informá-lo por extenso evitando utilizar uma abreviatura não padronizada que dificulte sua identificação.

Para a indicação de autoria, incluem-se os nomes na ordem em que aparecem na publicação até seis autores, iniciando-se pelo sobrenome seguido de todas as iniciais dos pré-nomes separando cada autor por vírgula (1). No caso da publicação apresentar mais de seis autores, são citados os seis primeiros; utiliza-se vírgula seguida da expressão et al. (2). Quando o sobrenome do autor incluir grau de parentesco – Filho, Sobrinho, Júnior, Neto - este deve ser subsequente ao último sobrenome: João dos Santos de Almeida Filho - Almeida Filho JS, José Rodrigues Junior - Rodrigues Junior J.

Para padronização de títulos de trabalhos, utilizam-se letras minúsculas em todo o período, com exceção da primeira palavra que começa, sempre, com letra maiúscula. Fogem à regra nomes próprios: nomes de pessoas, nomes de ciências ou disciplinas, instituições de ensino, países, cidades ou afins, e nomes de estabelecimentos públicos ou particulares.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS EM PERIÓDICOS

1. Artigo com até seis autores

Kakuda JT, Stuntz M, Trivedi V, Klein SR, Vargas HI. Objective assessment of axillary morbidity in breast cancer treatment. *Am Surg* 1999; 65: 995-8. obs.: usar **995-8**, não usar **995-998**.

2. Artigo com mais de seis autores

Zheng H, Takahashi H, Murai Y, Cui Z, Nomoto K, Miwa S, et al. Pathobiological characteristics of intestinal and diffuse-type gastric carcinoma in Japan: an immunostaining study on the tissue microarray. *J Clin Pathol* 2007 Mar;60(3):273-7.

¹Disponível em: (<http://locatorplus.gov/cgi-bin/Pwebrecon.cgi?DB=local&PAGE=First>).

3. Artigo cujo autor é uma Instituição

Utilizar o nome da Instituição indicando entre parênteses o país quando for uma Instituição pública (a) no caso de uma Instituição particular utiliza-se somente o nome da Instituição. Observar a hierarquia (b) à qual a Instituição está subordinada para sua perfeita identificação (não utilizar direto: Secretaria de Atenção à Saúde. De onde?).

4. Artigo com autoria de múltiplas organizações

Incluem-se todas. (a) Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Encontro Internacional sobre Rastreamento de Câncer de Mama. Revista brasileira de cancerologia 2009 abr.-jun.; 2 (55): 99-113. (b) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, 2004b. [acesso em abr 2004]. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/download/pdf/relatorio_sb_brasil_2003.pdf>

5. Autor com indicação de parentesco em seu nome

Mattes RD, Curram Jr WJ, Alavi J, Powlis W, Whittington R. Clinical implications of learned food aversions in patients with cancer treated with chemotherapy or radiation therapy. *Cancer* 1992; 70 (1): 192-200.

6. Artigo sem indicação de autoria

Pelvic floor exercise can reduce stress incontinence. *Health News* 2005 Apr;11(4):11.

7. Artigo com indicação de seu tipo (revisão, abstract, editorial)

Facchini Luiz Augusto. ABRASCO 30 anos: ciência, educação e prática com compromisso social. [Editorial] *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2010 Jan [citado 2010 Ago 23]; 26(1): 4-4. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000100001&lng=pt>. doi: 10.1590/S0102-311X2010000100001>.

8. Artigo publicado num suplemento de periódico

Nascimento AF, Galvanes ATC. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Rev Saude Publica* 2009; 43 suppl.1: 8-15.

9. Artigo publicado na parte de um número

Fukuzawa M, Oguchi S, Saida T. Kaposi's varicelliform eruption of an elderly patient with multiple myeloma. *J Am Acad Dermatol.* 2000 May;42(5 Pt 2):921-2.

10. Artigo publicado sem indicação de volume ou número do fascículo

Schwartz-Cassell T. Feeding assistants: based on logic or way off base? *Contemp Longterm Care.* 2005 Jan:26-8.

11. Artigo publicado com paginação indicada em algarismos romanos

Nagpal S. An orphan meets family members in skin. *J Invest Dermatol.* 2003;120(2):viii-x.

12. Artigo contendo retratação ou errata publicadas, a referência deve conter a indicação da publicação das mesmas

Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Correction: actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA.* 2005 Jan 19;293(3):293-4. Erratum for: *JAMA.* 2004 Mar 10;291(10):1238-45.

13. Artigo com publicação eletrônica anterior à versão impressa

Bicalho PG, Hallal PC, Gazzinelli A, Knuth AG, Velásquez-Meléndez G. Atividade física e fatores associados em adultos de área rural em Minas Gerais, Brasil. *Rev Saude Publica* [acesso 2010 Ago 23]. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010005000023&lng=pt> Publicado 2010. Epub 30-Jul-2010. doi: 10.1590/S0034-89102010005000023.

14. Artigo provido de DOI

Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN de. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. *Rev Saúde Pública* 2008;42(6):1027-1233. doi: 10.1590/S0034-89102008005000057.

15. Artigo no prelo

Barroso T, Mendes A, Barbosa A. Analysis of the alcohol consumption phenomenon among adolescents: study carried out with adolescents in intermediate public education. *Rev Latino-am Enfermagem.* In press 2009.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS EM LIVROS E OUTRAS MONOGRAFIAS

16. Livro

Hoppenfeld S. Propedêutica ortopédica: coluna e extremidades. Rio de Janeiro: Atheneu; 1993. 294 p.

17. Livro com indicação de editor, organizador, coordenador

Bader MK, Littlejohns LR, editors. AANN core curriculum for neuroscience nursing. 4th. ed. St. Louis (MO): Saunders; c2004. 1038 p.

18. Livro editado por uma Instituição

World Cancer Research Fund (USA). Food, nutrition, physical activity and prevention of cancer: A global perspective. Washington (DC): American Institute for Cancer Research; 2007.

19. Quando o autor do capítulo é o autor do livro, referência de capítulo de livro

Ferreira SA. Nervos proximais do membro superior. In: _____. Lesões nervosas periféricas diagnóstico e tratamento. São Paulo: Santos; 2001. p. 35-48.

20. Livro sem indicação de autoria

HIV/AIDS resources: a nationwide directory. 10th ed. Longmont (CO): Guides for Living; c2004. 792 p.

21. Anais de conferências

Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

22. Trabalho apresentado em conferências

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

23. Legislação

Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem. Lei No. 7.498, 25 de junho de 1986. Diário Oficial da União. Seção I, fls. 9.273-9.275 (Jun 26, 1986). 1986.

24. Teses e dissertações

Verde SMML. Impacto do tratamento quimioterápico no estado nutricional e no comportamento alimentar de pacientes com neoplasia mamária e suas consequências na qualidade de vida [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.

9. Tabelas

As tabelas deverão constar em folhas separadas. Não enviar as tabelas em forma de imagem, de forma a permitir sua edição. Numerar as tabelas em ordem consecutiva de acordo com a primeira citação no texto e dar um título curto a cada uma. Definir para cada coluna um cabeçalho abreviado ou curto. Colocar as explicações em rodapés, não no cabeçalho. Explicar, em notas de rodapé, todas as abreviações não padronizadas usadas em cada tabela. Para notas de rodapé, utilizar numeração romana.

Identificar medidas estatísticas de variações, tais como: desvio-padrão e erro-padrão.

Não usar linhas internas, horizontais ou verticais.

Constatar que cada tabela esteja citada no texto por sua numeração e não por citação como: tabela a seguir, tabela abaixo.

Se forem usados dados de outra fonte, publicada ou não, obter autorização e agradecer por extenso.

O uso de tabelas grandes ou em excesso, em relação ao texto, pode produzir dificuldade na forma de apresentação das páginas.

10. Ilustrações

Enviar o número requerido de ilustrações ou "figuras". Não são aceitáveis desenhos à mão livre ou legendas datilografadas. As fotos devem ser digitalizadas, em branco e preto, usualmente de 12 x 17cm, não maiores do que 20 x 25 cm, filmes de raios X ou outros materiais. As letras, os números e símbolos devem ser claros e de tamanho suficiente, de tal forma que, quando reduzidas para a publicação, ainda sejam legíveis. Colocar os títulos e explicações abaixo das legendas e não nas próprias ilustrações.

Se forem usadas fotografias de pessoas, os sujeitos não devem ser identificáveis ou suas fotografias devem estar acompanhadas por consentimento escrito para publicação.

As figuras devem ser numeradas de acordo com a ordem em que foram citadas no texto. Se uma figura já foi publicada, agradecer à fonte original e enviar a autorização escrita do detentor dos direitos autorais para reproduzir o material. A autorização é requerida, seja do autor ou da companhia editora, com exceção de documentos de domínio público.

A RBC é uma publicação em preto e branco e por isso todas as ilustrações serão reproduzidas em preto e branco.

As ilustrações devem ser fornecidas da seguinte forma:

- Arquivo digital em formato .TIFF, .JPG, .EPS, com resolução mínima de:
300 dpi para fotografias comuns
600 dpi para fotografias que contenham linhas finas, setas, legendas etc.
1.200 dpi para desenhos e gráficos

11. Nomenclatura

Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biomédica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

Os originais em língua portuguesa deverão estar em conformidade com o Acordo Ortográfico datado de 1º de Janeiro de 2009.

RESUMO DOS REQUISITOS TÉCNICOS PARA A APRESENTAÇÃO DE MANUSCRITOS

Antes de enviar o manuscrito por e-mail, para rbc@inca.gov.br, confira se as “Instruções para Autores” disponível em www.inca.gov.br/rbc foram seguidas e verifique o atendimento dos itens listados a seguir:

- Submeter o arquivo integral do manuscrito em Microsoft Word 6.0 ou 7.0.
- Usar espaço duplo em todas as partes do documento.
- Começar cada seção ou componente em uma nova página.
- Revisar a sequência: página-título/folha de rosto – título em português, inglês e espanhol; título abreviado; autoria; resumo e palavras-chave, abstract e key words, resumen e palabras clave; agradecimentos; declaração de conflito de interesse; declaração de subvenção; texto; referências; tabelas, quadros, figuras com legendas (cada uma em páginas separadas).
- De três a seis palavras-chave e respectivas *key words* e palabras clave.
- Referências: numeradas, em sobrescrito, na ordem de aparecimento no texto, corretamente digitadas, e não ultrapassando o número de 25. Verificar se todos os trabalhos citados estão na lista de Referências e se todos os listados estão citados no texto.
- Apresentar ilustrações, fotos ou desenhos separados, sem montar (20 x 25 cm máximo).
- Incluir carta de submissão disponível nas “Instruções para Autores”. Caso o manuscrito tenha mais que um autor, cada um deles deverá preencher e assinar a carta e o autor responsável pela submissão deve enviar a mesma digitalizada em formato .JPG junto com o arquivo do manuscrito para rbc@inca.gov.br.
- Incluir permissão para reproduzir material previamente publicado ou para usar ilustrações que possam identificar indivíduos.
- Incluir autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, quando aplicável.
- Incluir documento comprovando a aprovação do trabalho por CEP ou TCLE, quando aplicável.

Carta de Submissão à Revista Brasileira de Cancerologia

Por favor, preencha e envie este formulário juntamente com o original do seu trabalho para o e-mail: rbc@inca.gov.br. Caso o manuscrito tenha mais que um autor, cada um deles deverá preencher, assinar e encaminhar esta carta para o autor responsável pela submissão, para digitalizar em formato .JPG e enviar à RBC em anexo, junto com o manuscrito.

Título do manuscrito _____

Classificação do manuscrito:

- Artigo Original
- Revisão Sistemática da Literatura
- Relato de Caso/Série de Casos
- Artigo de Opinião
- Resenha
- Resumo
- Carta ao Editor

Cada autor deve indicar suas contribuições, marcando com a letra X os campos abaixo:

1. O autor contribuiu:

- Na concepção e planejamento do projeto de pesquisa
- Na obtenção e/ou análise e interpretação dos dados
- Na redação e revisão crítica

2. Conflito de interesses:

O autor não tem conflitos de interesse, incluindo interesses financeiros específicos e relacionamentos e afiliações relevantes ao tema ou materiais discutidos no manuscrito.

O autor confirma que todos os financiamentos, outros apoios financeiros, e apoio material/humano para esta pesquisa e/ou trabalho estão claramente identificados no manuscrito enviado para avaliação do “Conselho Editorial da RBC”.

3. Agradecimentos:

O autor confirma que as pessoas que contribuíram substancialmente ao trabalho desenvolvido neste texto, mas que não atendem aos critérios para autoria, foram mencionadas nos “Agradecimentos” do manuscrito com a descrição de suas contribuições específicas.

O autor confirma que todos que foram mencionados nos “Agradecimentos” deram sua permissão por escrito para serem incluídos no mesmo.

O autor confirma que, se os “Agradecimentos” não foram incluídos no texto submetido, foi porque não houve nenhuma contribuição substancial de outros ao manuscrito além dos autores.

4. Transferência de Direitos Autorais/Publicação

Declaro que em caso de aceitação do manuscrito para publicação, concordo que os direitos autorais a ele passarão a ser propriedade da RBC, sendo vedada tanto sua reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos, sejam eles impressos ou eletrônicos, assim como sua tradução para publicação em outros idiomas, sem prévia autorização desta e, que no caso de obtenção do mesmo, farei constar o competente agradecimento à Revista.

Autor _____

Assinatura _____

Data _____

E-mail _____

GENERAL INFORMATION

The Revista Brasileira de Cancerologia – RBC (Brazilian Journal of Oncology – RBC) is a quarterly publication that aims to disseminate research related to all areas of oncology. Manuscripts in English, Portuguese and Spanish will be accepted for publication.

RBC publications must comply with the "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication" by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (<http://www.icmje.org>). The original document, including tables, pictures and references, should follow these requirements.

Manuscripts must be original and intended exclusively for RBC publication; therefore, no simultaneous submission to another journal is allowed. The concepts and opinions conveyed in the articles, as well as the accuracy and source of citations are exclusively the author's responsibility. The submission of manuscripts that refer to parts of the same research is discouraged by this Journal.

The published work will then be owned by RBC, which will prohibit both its complete or partial reproduction in other journals, as well as the translation for publication in other languages without prior authorization.

The manuscripts accepted for publication may be modified to suit the editorial-graphic style of the journal with the guarantee that no scientific-technical content is changed. If the manuscript includes illustrations and tables previously published by other authors and/or other media, it is the author's responsibility to provide proof of authorization for the reproduction, which must be signed by all copyright holders.

Readers of biomedical journals should be confident they are reading an original text, or be provided with a clear statement informing that the article is being republished by the author and editor's choice. This position is based on international copyright laws, ethical conduct and use of resources under the logic of cost effectiveness.

If part of the manuscript has already been presented in a preliminary communication, symposium, conference etc., this should be informed in a footnote on the title page and a copy of the text presented must be annexed to the manuscript at the time of submission.

For the submission of manuscripts or abstracts on clinical research, clinical trials, basic research, applied research, translation research, laboratory studies, epidemiological studies (prospective or retrospective), use of clinical data, research database, case reports, interviews, questionnaires, population surveys, it is mandatory to include a document, bearing the protocol number, which states that all proposed procedures have been assessed and approved by the Ethics Committee (EC) of the Institution to which the authors are bound or, if it is not available, by another Ethics Committee approved by the National Committee for Research Ethics of the Ministry of Health.

Patients are entitled to privacy and this right should not be infringed without an informed consent. Personal identification data should not be published in written descriptions, photographs, genealogies and case reports, unless the information is essential for scientific purposes and the patient (or his/her parent or guardian) signs a written informed consent authorizing the publication.

Identification details should be omitted if they are not essential, but patient data should never be altered or falsified in an attempt to achieve anonymity. Complete anonymity is difficult to achieve; thus, the informed consent should be obtained if there are any questions. For example, masking the patient's eye region in photographs is an inadequate protection of anonymity.

Recognizing the importance to record and disseminate information on clinical studies worldwide in open access, RBC supports the policies of clinical trials records by the World Health Organization (WHO) and ICMJE. Thus, only clinical research articles that have received an identification number in one of the Clinical Trials Records validated by the criteria established by WHO and ICMJE will be accepted. Addresses are available on the ICMJE website (<http://www.icmje.org>).

Conflicts of interest must be recognized and disclosed by the authors. Among these issues, corporate participation in companies producing the drugs or equipment mentioned or used in the research, as well as in their competitors, are to be mentioned. Received assistance, subordination relationships at work, advisory, etc. are also considered conflict source.

The manuscript must be submitted to the RBC by email to rbc@inca.gov.br, together with the full text, tables, graphs, images, pictures, EC and Informed Consent Form (ICF) (if applicable) according to the Journal standards. An individual "Submission Letter" signed by each one of the authors (sample available at <http://www.inca.gov.br/rbc>) must also be sent at the time.

ASSESSMENT PROCESS OF MANUSCRIPTS

The research publication will depend on compliance with RBC standards and on the decision of its Editorial Board. The assessment process begins with the scientific editor who assesses whether the article submitted contributes to the field of oncology and whether it interests readers. The editor also assesses whether the document is prepared according to the instructions recommended by the Journal. Manuscripts considered appropriate, but in noncompliance with these instructions, will be returned to authors for required adjustments, prior to the assessment by the Editorial Board.

The manuscript accepted is forwarded, for analysis and opinion, to the Editorial Board and/or Council *Ad Hoc*, both composed of renowned professionals in various areas of oncology. In this process, confidentiality and anonymity will be ensured for the author(s) and reviewers. Reviewers' analysis follows is based on the form "Parecer do Conselho Editorial" [Editorial Board Opinion] available in the RBC publication guidelines at <http://www.inca.gov.br/rbc>.

After the opinion issuing, the manuscript is sent to the scientific editor who acknowledges and analyzes the opinions in compliance with the Journal publication standards and decides whether the article, as well as the alterations required, should be accepted or not, process on which he/she has full decision authority. The opinion is then sent to the authors by email.

After assessing the manuscripts, they can be classified as: manuscript approved without restrictions, which will be forwarded to the technical reviewer for review and publication; manuscript approved with restrictions, which will be sent to the author(s) with the adjustment requirements by email. The manuscript reviewed should be resubmitted by the author(s) to the RBC by e-mail, with a letter stating the changes made or, if there were none, providing justifications. If the manuscript is not returned in forty-five (45) days, it will be considered that the authors no longer have interest in publishing; in case of a non-approved manuscript, the author will receive a refusal notification by e-mail.

The manuscript approved will be published according to the flow and chronogram of the Journal editorial.

CATEGORIES OF MANUSCRIPTS

The following types of manuscripts are considered for publication:

- Original Articles – articles which report results of original experimental or empirical nature whose results can be replicated and/or generalized. Qualitative methodology research, of historical content and discursive formulations which have a theorizing effect will also be considered original. As for the structure, a manuscript must contain: introduction, method, findings, discussion and conclusion. There is a maximum of 20 pages, including a maximum of 5 pictures, tables, graphics etc.
- Literature Review - a systematic and updated literature review on a specific theme which should provide the reader with the general background to a subject. Narrative reviews will not be accepted. Types of reviews (integrative, systematic, meta-analysis), methods and procedures adopted for the work should be described. The interpretation and conclusion of the authors must be included. As for the structure, it must contain: introduction, method, findings, discussion and conclusion. There is a maximum of 20 pages, including a maximum of 5 pictures, tables, graphics etc.
- Case Reports / Case Series – a detailed description and critical analysis of one or more typical or atypical cases, based on an extensive and updated literature review on the topic. The author should present a problem considering its many aspects and its relevance. There is a maximum of 15 pages, including a maximum of 4 pictures, tables, graphics etc.
- Opinion Article - a qualified opinion on a specific oncology topic. It does not require an abstract. There is a maximum of 10 pages, including a maximum of 2 tables, graphics etc., which should not.
- Review – a critical review of a book in the field of oncology, published in the previous year. There is a maximum of 4 pages.
- Abstracts of dissertations, theses, and papers which are of highlighting prominence or have been presented in oncology events in the last 12 months from the date of abstract submission - this is information in the form of short essay. Therefore, it must bear the nature and purposes of the research and a comment on the methodology, results

and major conclusions. Their aim is to inform researchers on the nature of work quickly and easily, as well as the study's basic characteristics of achievement and scientific reach. There should be at least 150 to a maximum of 250 words and follow the standards of the Journal as to structure, format and content, including descriptors.

- Letters to the Editor – whether concerning an article published in a previous issue of the journal or not, it should still contain relevant information to the readers. In case of criticism of papers published in the previous number of the Journal, the letter is forwarded to the authors so their answer can be published simultaneously. The letters can be summarized by the editors, but the main points will be maintained. There is a maximum of 4 pages.

MANUSCRIPT PREPARATION

The original manuscript should be written in the third-person singular and the verb in the active voice (ABNT. NBR-6028, 2003, p.2.)

The word processor used must be Microsoft Word 6.0 or 7.0, Times New Roman font size 12, 30mm margins on both sides, double-spaced in all sections, paper size A4 (210 x 297mm) and numbered pages.

To provide greater clarity in the delivery of the subject and direct location of each item, the text is divided into logical parts, according to related topics.

Example:

INTRODUCTION (PRIMARY SECTION)

MATERIAL AND METHOD (PRIMARY SECTION)

Data collection (Secondary section)

Variables (Tertiary Section)

For the presentation of section titles, the type and size of letters should be gradually highlighted, noting that all primary sections must be written in the same way, and so must all the secondary sections and so on.

The text of each section of a document may include a series of paragraphs which should be characterized by lowercase letters of the alphabet (a, b, c,...) followed by parentheses, and immediately preceding the first word of your text.

Example:

a) write a scientific article.

b) illustrate the text.

MAIN GUIDELINES ON EACH SECTION

1. Title page or cover sheet

It should contain: a) title of article with up to 100 characters, with the exception of titles of abstract of thesis, dissertation and work presented, alternating uppercase and lowercase letters, in Portuguese, English and Spanish; b) short title with up to 40 characters; c) author's full name(s). The designation of authorship should be based on the ICMJE resolutions which considers author the one who contributes substantially to the design or planning of the study, the retrieval, analysis or interpretation of data, as well as to the writing and/or critical review and final approval of the published version. In institutional (collective authorship) and multicenter studies, those who are responsible for them should have their names specified and everyone who is considered an author must meet the criteria mentioned above; d) informing, in a footnote, **each** author's professional category, his or her highest academic degree, the name(s) of department(s) and institution(s) to which the research must be assigned, email address, city, state, country; e) name, address and telephone number of the author who is responsible for the correspondence on the manuscript; f) description of each author's individual contribution for the manuscript (e.g.: He/she worked with the conception and final writing andwith the research and methodology); g) acknowledgements: other collaborators who do not meet the authorship criteria mentioned above should have their names listed in this item and their type of collaboration specified. The authors are responsible for obtaining written authorization from the people acknowledged, since they are thought to agree with the research content; h) conflict of interest statement (write in "no comment" or disclose any conflicts); i) for subsidized research, the sponsor and process number (if any) must be informed.

2. Abstract and descriptors (keywords)

All articles should include structured abstracts in Portuguese, English and Spanish, followed by descriptors in their respective languages. The terminology for the descriptors must be named in the article as follows: palavras-chave, key words and palabras clave. Each abstract should contain at least 150 and maximum of 250 words, introduction, objective(s), methodology, results, conclusion and at least three and maximum of six descriptors. The descriptors are

key words that help the indexing of articles in national and international databases. To determine the descriptors, you should consult the list of “Descritores em Ciências da Saúde” [Descriptors in Health Sciences] (DECS-Lilacs- <http://decs.bvs.br>) prepared by BIREME.

In the abstract, reference citations must not be made, and abbreviations, as well as charts, tables and images must not be included.

In case of abstracts of papers presented in oncology events or that should be highlighted and have been accepted for publication in RBC, it is the authors' responsibility to ensure compliance with the Journal standards before forwarding them, and it is his/her full responsibility to ensure language accuracy and correction.

3. Introduction

The introduction must be objective with clear definition of the problem studied, highlighting its importance and the gaps in knowledge; the literature review must be strictly relevant to the subject of the study, in order to provide the background for understanding the current knowledge on the subject and highlighting the importance of the new study. It must inform the objective(s) of the study.

4. Methods

It should objectively inform the type of study (prospective, retrospective; clinical or experimental trial; if the distribution of the cases was randomized or not; qualitative etc.), the methods employed, the population studied (clearly describe the selection of subjects for observational and experimental studies – patients or laboratory animals, including control groups-, as well as for qualitative studies), the data source and selection criteria or experimental group, including control groups. Identify the equipment and reagents used. Also describe the statistical methods used and the comparisons for which each test was employed.

Clinical trial reports should present information on all major elements of the study, including the protocol (population studied, interventions or exposures, outcomes - and the logic of statistical analysis), intervention characteristics (methods of randomization, indication of treatment groups) and masking methods.

Authors submitting review articles should present the procedures used to locate, select, obtain, classify and synthesize information in addition to defining the inclusion and exclusion criteria of studies selected for review.

When experiments in humans are reported, inform if the procedures were followed in accordance with the ethical standards of the Institutional Ethics Committee for Human Research, with the Helsinki Declaration (latest version of 2000) and the resolution 196/96 (Res. CNS 196/96). Do not use patients' names, initials or registration numbers, especially in illustrative material. For experiments involving animals, inform the compliance with the standards of institutions, the National Research Council or any national law concerning the use and care of laboratory animals.

This section also includes the mentioning of the document, indicating the protocol number, the EC of the institution to which the authors are bound and which approved the study performed.

5. Results

Relevant results for the study purpose which will be discussed must be presented. Only results which have been found must be described, without any interpretations or comparisons. Results, tables and illustrations must be presented in a logical sequence. The text must complement and not repeat what is being described in tables and illustrations. Tables and illustrations must be restricted to those that are really necessary to explain the argument of the article and to support it. Use graphs as an alternative to tables with too many entries; do not duplicate data in graphs and tables. Avoid non-technical uses of technical terms in statistics, such as: "random" (which implies a randomizing device), "normal," "significant," "correlation" and "sample" non-technically. Statistical terms, abbreviations and symbols must be defined. In case reports, the sections "methods" and "results" are replaced by the case description.

6. Discussion

This section should provide the authors' interpretation, compare the results with the literature, relate the considerations to other relevant studies, indicate the study limitations, and highlight new and important aspects of the study and its conclusions, including suggestions for future research.

The discussion can be presented along with the results according to the author's preference.

Do not repeat, in detail, data or other materials described in the sections "introduction" or "results".

7. Conclusion

The conclusion should be based on the findings and bound to the study aims. Unqualified statements and conclusions

not fully supported by data should not be reported in this section. The allusion to studies that have not been completed must be avoided. New hypotheses can be suggested provided they are clearly justified as such. Recommendations, when appropriate, can be included.

8. References

In the text, references should be numbered in Arabic numerals, in superscripted (e.g.: The extension of survival, among others¹), consecutively, according to the order they first appear in the text and without reference to the authors. The same standard can be applied to tables and legends. In case of sequential citation, separate the numbers by a dash (e.g.: 1-2); when intercalated, use commas (ex: 1, 3, 7).

References are limited to 25, with the exception of literature reviews, in which up to 35 will be accepted.

References should not be included in the abstract. Only relevant references and those which were used in the study must be considered.

References should be checked in the original documents. In case of a citation of a reference mentioned by another author, the term "apud" should be used.

The accuracy of references is the authors' responsibility.

The guidelines below aim to provide authors with examples of references presented in their researches informing on their standardization. They are based on Standards for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: writing and editing for Biomedical Publication, Vancouver style, made by the ICMJE. The most common occurrences of references by type of referenced material will be presented. Some comments listed below are the result of occurrences in journal articles submitted for publication.

To standardize the journals titles in the references, LocatorPlus is used as a guide; referencing source of the *National Library of Medicine*, which provides, on the option *Journal Title*, the title and/or the abbreviation used. In some sources, the title is already standardized (PubMed, LILACS and MEDLINE). If the form used is not standard, inform it in full and avoid using a nonstandard abbreviation that makes identification difficult.

To inform authorship, names must be inserted in the order they appear in the publication up to a maximum of six authors, starting by surname and followed by initials of all pre-names, separating each author by a comma (1). If the publication presents more than six authors, the first six are mentioned; then, a comma followed by the expression et al is used. (2). When the author's surname includes kinship - Filho, Sobrinho, Junior, Neto [common for names in Portuguese] - this must be placed after the last name: João dos Santos de Almeida Filho - Almeida Filho JS, José Rodrigues Junior – Rodrigues Junior J.

To standardize titles, lowercase letters must be used for the whole period, except for the first word which is always capitalized. The following proper nouns are exceptions: personal names, names of sciences or disciplines, educational institutions, countries, cities or similar, and names of public or private establishments.

EXAMPLES OF REFERENCES IN JOURNALS

1. Article by a maximum of six authors

Kakuda JT, Stuntz M, Trivedi V, Klein SR, Vargas HI. Objective assessment of axillary morbidity in breast cancer treatment. *Am Surg* 1999; 65: 995-8. note.: use **995-8**, do not use **995-998**.

2. Article by more than six authors

Zheng H, Takahashi H, Murai Y, Cui Z, Nomoto K, Miwa S, et al. Pathobiological characteristics of intestinal and diffuse-type gastric carcinoma in Japan: an immunostaining study on the tissue microarray. *J Clin Pathol* 2007 Mar; 60(3):273-7.

3. Article whose author is an institution

Use the name of the institution indicating in brackets the country, if it is a public institution (a) in case of a private institution, only the name of the institution is used. Inform the hierarchy (b) to which the institution is subject to for its perfect identification (do not use directly: Department of Health Care. Where from?).

4. Article with multiple organizations authorship

Include all. (a) Brazilian National Cancer Institute (Brazil). Encontro Internacional sobre Rastreamento de Câncer de Mama. *Revista brasileira de cancerologia* 2009 abr.-jun.; 2 (55): 99-113. (b) Brazil. Ministry of Health.

¹Available at: (<http://locatorplus.gov/cgi-bin/Pwebrecon.cgi?DB=local&PAGE=First>).

Department of Health Care. Department of Primary Care. National Coordination of Oral Health. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, 2004b. [accessed on Apr 2004]. Available at: <http://www.cfo.org.br/download/pdf/relatorio_sb_brasil_2003.pdf>

5. *Author indicating kinship in his/her name*

Mattes RD, Curram Jr WJ, Alavi J, Powlis W, Whittington R. Clinical implications of learned food aversions in patients with cancer treated with chemotherapy or radiation therapy. *Cancer* 1992; 70 (1): 192-200..

6. *Article without indication of authorship*

Pelvic floor exercise can reduce stress incontinence. *Health News* 2005 Apr; 11(4):11.

7. *Article indicating its type (review, abstract, editorial)*

Facchini Luiz Augusto. ABRASCO 30 anos: ciência, educação e prática com compromisso social. [Editorial] *Public Health Supplement* [journal on the Internet]. 2010 Jan [cited 2010 Aug 23]; 26 (1): 4-4. Available at: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000100001&lng=pt>. doi: 10.1590/S0102-311X2010000100001>.

8. *Article published in a journal supplement*

Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública* 2009; 43 suppl.1: 8-15.

9. *Article published in a part of an edition*

Fukuzawa M, Oguchi S, Saida T. Kaposi's varicelliform eruption of an elderly patient with multiple myeloma. *J Am Acad Dermatol.* 2000 May; 42(5 Pt 2):921-2.

10. *Article published without indicating the volume or number of edition*

Schwartz-Cassell T. Feeding assistants: based on logic or way off base? *Contemp Longterm Care.* 2005 Jan: 26-8.

11. *Article published with pagination indicated in Roman numerals*

Nagpal S. An orphan meets family members in skin. *J Invest Dermatol.* 2003; 120(2):viii-x.

12. *Article with retraction or erratum published should have its publication informed in the reference*

Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Correction: actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA.* 2005 Jan 19; 293(3):293-4. Erratum for: *JAMA.* 2004 Mar 10; 291(10):1238-45.

13. *Article with electronic publication before print version*

Bicalho PG, Hallal PC, Gazzinelli A, Knuth AG, Velásquez-Meléndez G. Atividade física e fatores associados em adultos de área rural em Minas Gerais, Brasil. *Rev Saúde Pública* [Accessed on Aug 23, 2010]. Available at: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010005000023&lng=pt> Published in 2010. Epub 30-Jul-2010. doi: 10.1590/S0034-89102010005000023.

14. *Article provided with DOI*

Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN de. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. *Rev Saúde Pública* 2008;42(6):1027-1233. doi: 10.1590/S0034-89102008005000057.

15. *Article in press*

Barroso T, Mendes A, Barbosa A. Analysis of the alcohol consumption phenomenon among adolescents: study carried out with adolescents in intermediate public education. *Rev Latino-am Enfermagem.* In press 2009.

EXAMPLES OF REFERENCES IN BOOKS AND OTHER MONOGRAPHS

16. *Book*

Hoppenfeld S. Propedêutica ortopédica: coluna e extremidades. Rio de Janeiro: Atheneu; 1993. 294 p.

17. *Book indicating editor, organizer, coordinator*

Bader MK, Littlejohns LR, editors. AANN core curriculum for neuroscience nursing. 4th. ed. St. Louis (MO): Saunders; c2004. 1038 p.

18. *Book edited by an institution*

World Cancer Research Fund (USA). Food, nutrition, physical activity and prevention of cancer: A global perspective. Washington (DC): American Institute for Cancer Research; 2007.

19. *When the author of the chapter is the author of the book; reference of book chapter*

Ferreira SA. Nervos proximais do membro superior. In: _____. Lesões nervosas periféricas diagnóstico e tratamento. São Paulo: Santos; 2001. p. 35-48.

20. Book with no authorship informed

HIV/AIDS resources: a nationwide directory. 10th ed. Longmont (CO): Guides for Living; c2004. 792 p.

21. Conference annals

Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

22. Paper presented at conferences

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

23. Legislation

Provides for the Regulation of Nursing Practice. Law No. 7.498, June 25, 1986. Federal Official Gazette. Section I, fls. 9.273-9.275 (Jun 26, 1986). 1986.

24. Theses and dissertations

Verde SMML. Impacto do tratamento quimioterápico no estado nutricional e no comportamento alimentar de pacientes com neoplasia mamária e suas consequências na qualidade de vida [dissertation]. São Paulo: University of São Paulo; 2007.

9. Tables

Tables must be on separate sheets. Do not submit tables in image format, so that an occasional editing can be performed. Tables must be numbered consecutively according to the first citation in the text and each one must have a brief title. For each column, define a short or abbreviated heading. Write explanations in footnotes, not in the header. Explain, in footnotes, all nonstandard abbreviations used in each table. For footnotes, use Roman numerals.

Identify statistical measures of variations, such as: standard deviation and standard error.

Do not use internal, horizontal or vertical lines.

Make sure that each table is cited in the text by their numbers rather than: the following table, the table below.

If data from another source, published or not, are used, you must obtain permission and fully acknowledge it.

The use of large tables or in excess, in relation to text, may cause difficulty in the presentation of the pages.

10. Illustrations

Send the required number of illustrations or "images". Handmade drawing or typewritten legends are not allowed. Photos must be scanned, in black and white, usually 12 x 17cm, not larger than 20 x 25cm, X-ray films or other materials. Letters, numbers and symbols should be clear and large enough so that, when reduced for publication, they are still legible. Titles and explanations must be below the legends and not in the illustrations.

If photographs of people are used, the subjects must not be identifiable or their pictures must be accompanied by written consent for publication.

Pictures must be numbered according to the order they are mentioned in the text. If a picture has been published, the original source must be acknowledged and a written authorization from the copyright holder must be submitted to reproduce the material. The authorization is required, either from the author or the publishing company, except for public domain documents.

RBC is published in black and white and all illustrations are reproduced in black and white.

Illustrations should be provided as follows:

- Digital file format .TIFF, .JPG, .EPS, with minimum resolution of:
 - 300 dpi for common photographs
 - 600 dpi for photographs containing thin lines, arrows, legends, etc.
 - 1,200 dpi for drawings and graphics

11. Nomenclature

Biomedical nomenclature standardization must be strictly followed, as well as abbreviations and conventions used in specialized disciplines.

Original texts in Portuguese must be in compliance with the Orthographic Agreement from January 1st, 2009.

TECHNICAL REQUIREMENTS OVERVIEW FOR MANUSCRIPTS SUBMISSION

Before sending the manuscript by email to rbc@inca.gov.br, check whether the “Instruções para Autores” [Publication Guidelines for Authors] available at www.inca.gov.br/rbc were followed and check the items listed below:

- Submit the complete manuscript file in Microsoft Word 6.0 or 7.0.
- Use double-spacing throughout the document.
- Begin each section or component on a new page.
- Review the sequence: title page/cover sheet - title in Portuguese, English and Spanish; abbreviated title; authorship; resumo and palavras-chave; abstract and key words; resumen and clave; acknowledgements; conflict of interest statement; statement of grant; text; references; tables; charts; pictures with legends (each on separate pages).
- Provide three to six keywords and the respective palavras-chaves and palabras clave.
- References: numbered, superscribed, in order of appearance in the text, properly spelled and no more than 25. Verify that all work is cited in the list of References and that all work listed is cited in the text.
- Provide illustrations, photos or drawings separately, not assembled (20 x 25 cm maximum).
- Include a submission letter available at “Instruções para Autores” [Publication Guidelines for Authors]. If the manuscript was produced by more than one author, each one must complete and sign the letter and the author responsible for submission must send it in digitized format .JPG with the manuscript file to rbc@inca.gov.br.
- Include permission to reproduce previously published material or to use illustrations that may identify individuals.
- Include written permission from persons acknowledged, when applicable.
- Include document evidencing the approval of the paper by the EC or ICF, when applicable.

Submission Letter to Revista Brasileira de Cancerologia (Brazilian Journal of Oncology)

Please, complete and submit this form along with the original manuscript of your paper to: rbc@inca.gov.br. If the manuscript has more than one author, each one must complete, sign and forward this letter to the author responsible for submitting it so as it is converted into the format .JPG and sent to RBC together with the manuscript.

Manuscript title _____

Classification of the manuscript:

- Original Article
- Systematic Review of Literature
- Case Report / Case Series
- Article Opinion
- Review
- Abstract
- Letter to the Editor

Each author must inform his/her contributions, marking with the letter X the fields below:

1. The author contributed to:

- The design and planning of the research project
- Obtaining and/or in analyzing and interpreting data
- Writing and critical review

2. Conflict of interest:

The author has no conflicts of interest, including specific financial interests and relationships and affiliations relating to the subject or materials discussed in the manuscript.

The author confirms that all funds, other financial support, and material/human support for this research and/or work are clearly identified in the manuscript submitted to assessment from the "Editorial Board of the RBC"

3. Acknowledgements:

The author confirms that people who have contributed substantially to the work developed in this manuscript, but who do not meet the criteria for authorship, have been mentioned in the "Acknowledgments" section of the manuscript containing the description of their specific contributions.

The author confirms that people mentioned in the "Acknowledgements" have given their written permission to be included in it.

The author confirms that if the "Acknowledgements" were not included in the manuscript submitted was because there was no substantial contribution to the manuscript other than the authors'.

4. Copyright Transfer / Publication

I state that, in case this manuscript is accepted for publication, I agree that its copyright will be owned by RBC, and that its reproduction in other journals, even if partially, is prohibited whether printed or electronic, as well as its translation into other languages for publication, without previous RBC authorization and that, in case of acceptance, I will acknowledge this Journal.

Author _____

Signature _____

Date _____

E-mail _____

—

INFORMACIÓN GENERAL

La Revista Brasileña de Oncología (RBC) es una publicación trimestral que tiene como objetivo publicar trabajos relacionados con todas las áreas de Oncología. Se aceptan trabajos en Portugués, Inglés y Español.

RBC adopta los "*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication*" [Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a Revistas Biomédicas] del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) (<http://www.icmje.org>). El documento original, incluyendo tablas, ilustraciones y referencias debe seguir estos requisitos.

Los manuscritos deben ser inéditos y destinados exclusivamente a RBC, y su presentación simultánea a otro periódico no está permitida. Los conceptos y opiniones expresadas en los artículos, así como la exactitud y procedencia de las citas son de la exclusiva responsabilidad del (de los) autor(es). Los manuscritos que se refieren a partes de la misma investigación tienen el envío desincentivado por esta revista.

Los manuscritos publicados pasan a ser propiedad de RBC, y queda prohibida su reproducción, incluso parcial, en otros periódicos, como su traducción para su publicación en otros idiomas sin autorización previa de esta.

Los manuscritos aceptados para publicación pueden ser modificados para adecuarse al estilo editorial-gráfico de la revista, sin, entre tanto, cambiar su contenido técnico-científico.

Si el manuscrito incluye tablas e ilustraciones publicadas anteriormente por otros autores y otros vehículos, el autor debe presentar comprobantes de autorización para la reproducción, firmado por los titulares de derechos de estos.

Los lectores de las revistas médicas merecen confiar en lo que leen, a menos que haya una declaración clara de que el artículo está reeditado por la elección del autor y editor. Las bases para esta posición son las leyes internacionales de derechos de autor, la conducta ética y el uso de recursos de acuerdo con una lógica de costo efectividad.

Cuando parte del material del manuscrito ya haya sido presentado en una comunicación preliminar, en simposio, congreso etc., este hecho debe ser citado como una nota a pie de página de la portada y una copia del texto de la presentación debe acompañar el envío del manuscrito.

En el envío de manuscritos o resúmenes de la investigación clínica, ensayos clínicos, investigación básica, investigación aplicada, investigación de traducción; estudios de laboratorio, estudios epidemiológicos (prospectivos o retrospectivos); el uso de datos de prontuarios, investigación en base de datos; reporte de casos; entrevistas, cuestionarios, averiguaciones poblacionales; es obligatoria la inclusión de documento, con número de protocolo, de que todos los procedimientos propuestos hayan sido evaluados y aprobados por el Comité Ético en Investigación Clínica (CEIC) de la Institución a la cual se vinculan los autores o, en la falta de esto, por un otro CEIC indicado por el Comité Nacional de Ética en Investigación Clínica del Ministerio de Sanidad.

Los pacientes tienen derecho a privacidad, hecho que no debe ser infringido sin el consentimiento informado. La información de identificación personal no debe ser publicada en descripciones escritas, fotografías, genealogías y reporte de casos, a menos que la información sea esencial para fines científicos y que el paciente (o sus padres o tutor) otorgue un consentimiento informado por escrito, autorizando su publicación.

Deben omitir los detalles de identificación, si no son fundamentales, pero los datos del paciente nunca deben ser alterados o falsificados en un intento de lograr el anonimato. El completo anonimato es difícil de lograr, por eso es necesario obtener el consentimiento informado si hay alguna duda. Por ejemplo, enmascarar la región ocular en las fotografías de los pacientes es una protección inadecuada para el anonimato.

RBC, una vez que reconoce la importancia de la difusión internacional, de libre acceso, de información sobre estudios clínicos, apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del ICMJE. Por lo tanto, serán aceptados para su publicación sólo artículos de investigación clínica que han recibido un número de identificación en uno de los Registros de Ensayos Clínicos por los criterios establecidos por la OMS e ICMJE, cuyas direcciones están disponibles en el sitio del ICMJE (<http://www.icmje.org>).

Los conflictos de intereses deben ser reconocidos y mencionados por los autores. Entre estas situaciones, se menciona la participación en empresas productoras de los medicamentos o equipos citados o utilizados en el trabajo, así como sus competidores. También se consideran fuentes de conflicto la ayuda recibida, las relaciones de subordinación en el trabajo, consultorías etc.

El envío del manuscrito a RBC debe ser por correo electrónico a rbc@inca.gov.br, con el texto completo, tablas, gráficos, figuras, imágenes, código postal y Consentimiento Informado (si aplicable) y de conformidad con los estándares de la Revista. La "Carta de presentación" individual y firmada por cada uno de los autores (modelo disponible en el <http://www.inca.gov.br/rbc>) también debe ser encaminada.

PROCESO DE EVALUACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

La publicación de la obra dependerá del cumplimiento de los estándares de RBC y de la decisión de su Consejo Editorial. El proceso de evaluación comienza con el editor científico que evalúa si el artículo recibido incluye contribuciones en el campo de la Oncología y si es de interés para los lectores. También evalúa si el documento original está preparado de acuerdo con las instrucciones recomendadas por la Revista. Los manuscritos considerados pertinentes, pero en desacuerdo con estas instrucciones, serán devueltos a los autores para los ajustes necesarios, antes de la evaluación por el Consejo Editorial.

La versión aceptada es encaminada para análisis y emisión de la opinión de los miembros del Consejo Editorial y/o *Ad Hoc*, ambos formados por profesionales de grande conocimiento en diversas áreas de la Oncología. En ese proceso, la confidencialidad y el anonimato serán adoptados para autor(es) y para la junta de opinión. El análisis de la junta de opinión se realiza con base en el formulario "Parecer do Conselho Editorial" [Opinión del Consejo Editorial], disponible en las instrucciones para la publicación en RBC en el <http://www.inca.gov.br/rbc>.

Después de emitir la opinión, el manuscrito es enviado al editor científico que tiene el conocimiento de las opiniones emitidas y analiza el cumplimiento de los estándares de publicación de la Revista y decide sobre la aceptación o no del artículo, así como las alteraciones solicitadas, proceso sobre el cual tiene plena autoridad de decisión. La opinión es, entonces, enviada a los autores por correo electrónico.

Después de la evaluación, se puede clasificar los manuscritos como: manuscrito aprobado sin restricciones, que será encaminado al revisor técnico para su revisión y posterior publicación; manuscrito aprobado con restricciones, que será enviado al (los) autor(es) con las solicitudes de ajuste a través de correo electrónico. El manuscrito revisado debe ser presentado nuevamente por el (los) autor(es) a RBC, por correo electrónico, acompañado de una carta informando las alteraciones realizadas o, si no hay tales alteraciones, presentando motivos que la respalden. Puesto que no hay regreso del trabajo en cuarenta y cinco (45) días, se considerará que los autores no tienen interés en la publicación; manuscrito no aprobado, en ese caso el autor recibirá una notificación de recusación por correo electrónico.

El manuscrito aprobado será publicado de conformidad con el flujo y el cronograma del editorial de la Revista.

CATEGORÍA DE LOS MANUSCRITOS

Son considerados para su publicación los siguientes tipos de manuscritos:

- Artículos originales - son artículos en que se presentan los resultados obtenidos en investigaciones empíricas o experimentales originales cuyos resultados pueden ser replicados y/o generalizados. También son consideradas originales las investigaciones de metodología cualitativa, de contenido histórico y las formulaciones discursivas de teorización. Como estructura deben proporcionar: introducción, método, resultados, discusión y conclusión. El máximo es de 20 páginas, incluyendo figuras, tablas, gráficos etc. (no deben ultrapasar 5).
- Revisión de la Literatura – es una revisión sistematizada y actualizada de la literatura sobre un tema específico y que debe dar al lector una cobertura general de un tema. Revisiones narrativas no son aceptadas. Deben ser descritos los tipos de revisión (integrativa, sistemática, meta-análisis), los métodos y procedimientos utilizados para realizar el trabajo. La interpretación y conclusión de los autores deben estar presentes. Como estructura deben proporcionar: introducción, método, resultados, discusión y conclusión. El máximo es de 20 páginas, incluyendo figuras, tablas, gráficos etc. (no deben ultrapasar 5).
- Reporte de caso/Serie de Casos - es la descripción detallada y el análisis crítico de uno o más casos, típicos o atípicos, basado en revisión bibliográfica extensa y actualizada sobre el tema. El autor debe presentar un problema en sus muchos aspectos, su pertinencia. El máximo es de 15 páginas, incluyendo figuras, tablas, gráficos etc. (no deben ultrapasar 4).
- Artículo de Opinión – es una opinión calificada sobre un tema específico en oncología. No necesita resumen. El máximo es de 10 páginas, incluyendo tablas, gráficos etc. (no deben ultrapasar 2).
- Reseña - reseña crítica de libros relacionado con el ámbito temático de Oncología, publicado el año pasado. El máximo es de 4 páginas.

- Resúmenes de disertación doctoral, de tesis, de trabajos que merezcan destaque o que han sido presentados en eventos de oncología en los últimos 12 meses, a partir de la fecha del resumen - es la información en forma sucinta de trabajo realizado. Por lo tanto, debe incluir la naturaleza y los propósitos de la investigación y algunas observaciones sobre la metodología, resultados y conclusiones más importantes. Su objetivo es transmitir a los investigadores de forma rápida y fácil la naturaleza del trabajo, sus características básicas de los logros y el alcance científico afirmado. Deben contener por lo menos 150 a 250 palabras y seguir los estándares de la Revista con respecto a la estructura, forma y contenido, incluso en relación con los descriptores.
- Cartas al Editor - pueden estar relacionadas con cuestiones editoriales o no, pero deben contener informaciones relevantes para el lector. En el caso de críticas a trabajos publicados en la edición anterior de la Revista, la carta es enviada a los autores para que su respuesta sea publicada al mismo tiempo. Las cartas pueden ser resumidas por los editores, pero los principales puntos serán mantenidos. El máximo es de 4 páginas.

PREPARACIÓN DEL MANUSCRITO

El original debe ser escrito en el verbo en tercera persona del singular, en la voz activa (ABNT.NBR-6028, 2003, p. 2).

El procesador de texto utilizado debe ser el *Microsoft Word* 6.0 o 7.0, fuente *Times New Roman* tamaño 12, márgenes de 30mm en ambos lados, doble espacio en todas las secciones, papel de tamaño A4 (210 x 297mm) y páginas numeradas.

Para permitir una mayor claridad en la exposición del tema y la localización particular de cada ítem, se divide el texto en partes lógicas, de acuerdo con los temas relacionados.

Ejemplo:

INTRODUCCIÓN (SECCIÓN PRIMARIA)

MATERIAL Y MÉTODO (SECCIÓN PRIMARIA)

La recogida de datos (Sección secundaria)

Variables (Sección Terciaria)

En la presentación de los títulos de las secciones, hay que destacar gradualmente el tipo y el tamaño de las letras, señalando que todas las secciones primarias deben estar escritas en la misma manera, así como todas las secundarias y así sucesivamente.

El texto de cada sección de un documento puede incluir una serie de párrafos que deben ser caracterizados por las letras minúsculas del alfabeto (a, b, c,...) seguidos de paréntesis, y que precedan inmediatamente la primera palabra de su texto.

Ejemplo:

a) escribir un artículo científico.

b) ilustrar el texto.

PRINCIPALES ORIENTACIONES ACERCA DE CADA SECCIÓN

1. Página de título o portada

Debe contener: a) título del artículo hasta 100 caracteres excepto títulos de resúmenes de tesis, disertación y de trabajos presentados, alternando letras mayúsculas y minúsculas, en portugués, inglés y español; b) título abreviado de hasta 40 caracteres; c) nombre(s) por extenso del (de los) autor(es). La designación de la autoría debe basarse en las deliberaciones ICMJE, que considera el autor aquel que contribuye sustancialmente en el diseño o en la planificación del estudio; en la obtención, en el análisis y/o interpretación de los datos; así como en la redacción y/o revisión crítica y aprobación final de la versión publicada. Los estudios institucionales (de autoría colectiva) y estudios multicéntricos, los responsables deben tener sus nombres especificados y todos considerados autores deben cumplir con los criterios arriba mencionados; d) indicar para **cada** autor, en una nota a pie de página, la categoría profesional, el más alto grado académico, el (los) nombre(s) del (de los) departamento(s) e institución(es) a que el trabajo debe ser asignado, correo electrónico, ciudad, estado y país; e) nombre, dirección y teléfono del autor responsable por la correspondencia sobre el manuscrito; f) descripción de la contribución individual de cada autor en el manuscrito (ejemplo: trabajó en el diseño y redacción final y en la investigación y metodología); g) agradecimientos: otros colaboradores, que no cumplan los criterios de autoría arriba descritos, deben tener sus nombres referidos en este ítem, especificando el tipo de colaboración. Los autores son responsables de obtener la autorización por escrito de las personas referidas en los agradecimientos, ya que y puede inferir que están de acuerdo con el contenido del trabajo; h) declaración de conflicto de intereses (escribir "nada a declarar" o revelar cualquier conflicto); i) para trabajos subvencionados, identificar el patrocinador y el número del proceso (si hay alguno).

2. Resumen y descriptores (palabras clave)

Todos los artículos deben incluir resúmenes **estructurados** en portugués, inglés y español, acompañados por los descriptores en sus respectivos idiomas. La terminología para los descriptores debe ser denominada en el artículo como sigue: Palabras-chave, key words y palabras clave. Cada resumen debe tener al mínimo 150 palabras y al máximo 250, introducción, objetivo(s), metodología, resultados, conclusión, acompañados de un mínimo de tres y un máximo de seis descriptores. Los descriptores son palabras esenciales que ayudan a la indexación de artículos en bases de datos nacionales e internacionales. Para determinar los descriptores, es necesario consultar la lista de "Descritores em Ciências da Saúde" [Descriptores en Ciencias de la Salud] (DECS-Lilacs- <http://decs.bvs.br>) preparada por BIREME.

En el resumen no deben ser hechas citas de referencias, tampoco abreviaturas deben ser incluidas, así como gráficos, tablas o figuras.

En el caso de los resúmenes de los trabajos presentados en eventos de oncología o que merezcan destaque y que han sido aceptados para su publicación en RBC, es responsabilidad de los autores cumplir con los estándares de la Revista antes de enviarlos, además de la precisión y exactitud del lenguaje.

3. Introducción

La introducción debe ser objetiva con la definición clara del problema estudiado destacando su importancia y las lagunas en el conocimiento; la revisión de la literatura debe ser estrictamente pertinente al tema del estudio, con el fin de proporcionar los antecedentes para la comprensión del conocimiento actual sobre el tema y destacar la importancia del nuevo estudio. Debe contener el (los) objetivo(s) del estudio.

4. Métodos

Debe indicar, de manera objetiva, el tipo de estudio (prospectivo, retrospectivo; ensayo clínico o experimental; si la distribución de los casos fue aleatoria o no, cualitativa etc.), los métodos empleados, la población estudiada (describir claramente la selección de los sujetos de los estudios observacionales o experimentales – pacientes o animales de laboratorio, incluyendo grupos de control, así como de los estudios cualitativos), la fuente de datos y los criterios de selección o grupo experimental, incluso de los controles. Identificar el equipo y los reactivos utilizados. Describir, también, los métodos estadísticos utilizados y las comparaciones para las cuales cada prueba fue utilizada.

Los reportes de ensayos clínicos deben presentar información sobre todos los elementos principales del estudio, incluyendo el protocolo (población de estudio, intervenciones o exposiciones, resultados - y la lógica de análisis estadístico), atributos de las intervenciones (métodos de aleatorización, indicación de los grupos de tratamiento) y los métodos de enmascaramiento.

Los autores que envíen artículos de revisión, deben presentar los procedimientos adoptados para localizar, seleccionar, obtener, clasificar y sintetizar las informaciones, además de definir los criterios de inclusión y exclusión de los estudios seleccionados para su revisión.

Cuando experimentos con seres humanos fueren reportados, indicar si los procedimientos seguidos estuvieron de acuerdo con las normas éticas del Comité de Investigación en Seres Humanos, con la Declaración de *Helsinki* (última versión de 2000) y con la resolución 196/96 (Res. CNS 196/96). No utilizar los nombres de los pacientes, iniciales o números de registro, especialmente en el material ilustrativo. En el caso de los experimentos con animales, indicar si fueron seguidas las normas de la Institución, de los Consejos Nacionales de Investigación o de cualquier ley nacional sobre el uso y cuidado con animales de laboratorio.

De esta sección, también hace parte la mención del documento, indicando el número de protocolo, del CEIC de la Institución a que se vinculan los autores y que aprobó el estudio.

5. Resultados

Presentar los resultados pertinentes para el objetivo del trabajo y que serán discutidos. Sólo los resultados encontrados deben ser descritos, sin incluir las interpretaciones o comparaciones. Presentar los resultados, tablas e ilustraciones en una secuencia lógica, teniendo en cuenta que el texto debe complementar y no repetir lo que se describe en las tablas e ilustraciones. Restringir tablas e ilustraciones a las que sean necesarias para explicar el argumento del artículo y para embasarlo. Usar gráficos como una alternativa a las tablas con muchas entradas; no duplicar los datos en gráficos y tablas. Evitar el uso de términos técnicos en estadística, tales como: "Random" (lo que implica una fuente de aleatorización), "normal", "significante", "correlación" y "muestra" de manera no técnica. Definir los términos estadísticos, abreviaturas y símbolos. En los reportes de casos, las secciones "métodos" y "resultados" se sustituyen por la descripción del caso.

6. Discusión

Debe contener la interpretación de los autores, comparar los resultados con la literatura, relacionar las observaciones con otros estudios relevantes, indicar las limitaciones del estudio, enfatizar los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones derivadas, incluyendo sugerencias para futuras investigaciones.

La discusión puede ser redactada junto con los resultados si esa es la preferencia del autor.

No repetir con detalles los datos u otros materiales colocados en las secciones "introducción" o "resultados".

7. Conclusión

La conclusión debe basarse en los resultados encontrados y estar vinculada a los objetivos del estudio. Afirmaciones no calificadas y conclusiones no plenamente respaldadas por los datos no deben constar en esta sección. No hacer alusiones a estudios que no han sido completados. Establecer nuevas hipótesis, cuando éstas fueren claramente justificadas como tales. Recomendaciones, cuando apropiadas, pueden ser incluidas.

8. Referencias

Deben ser numeradas en el texto por números arábigos en sobrescrito (por ejemplo, La extensión de la supervivencia entre otros¹), de manera consecutiva, de acuerdo con el orden en que son mencionadas por la primera vez en el texto y sin mención de los autores. La misma regla se aplica a las tablas y leyendas. En el caso de la cita secuencial, separar los números por un guión (por ejemplo, 1-2), cuando intercalados, utilice una coma (por ejemplo: 1,3,7).

Las referencias no pueden exceder el número de 25, a excepción de las revisiones de literatura, en las cuales serán aceptas hasta 35.

Las referencias no deben ser incluidas en el resumen. Sólo deben constar referencias pertinentes y que de hecho hayan sido usadas en el estudio.

Las referencias deben ser verificadas en los documentos originales. En caso de ser una cita de una referencia mencionada por otro autor, debe utilizarse el término "apud".

La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores.

Las siguientes directrices tienen el objetivo de llevar a los autores ejemplos de referencias presentadas en sus trabajos para informar su estandarización. Se basan en los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas: escribir y editar para Publicaciones Biomédicas, estilo Vancouver, formuladas por el ICMJE. Serán presentadas las ocurrencias más comunes de referencias por tipos de material referenciado. Algunas observaciones listadas abajo resultan de ocurrencias en artículos de periódicos enviados para publicación.

Para estandarizar los títulos de los periódicos en las referencias, se utiliza como una guía LocatorPlus ; fuente de consulta de la National Library of Medicine [Biblioteca Nacional de Medicina], que dispone, en la opción Journal Title [Título de Periódico], el título y/o la abreviatura utilizada. En algunas fuentes, el título ya es estandarizado (PubMed, LILACS y MEDLINE). Caso no sea usada la forma estándar preferida, informar por extenso evitando utilizar una abreviatura no estandarizada que dificulte su identificación.

Para la indicación de autoría, se incluyen los nombres en la orden en que aparecen en la publicación hasta seis autores, comenzando por el apellido seguido de todas las iniciales de los nombres separando cada autor por coma (1). Si la publicación presenta más de seis autores, los seis primeros son citados; se usa coma seguida de la expresión *et al.* (2). Si el apellido del autor incluye grado de parentesco – Filho, Sobrinho, Júnior, Neto [comunes en portugués] – éste debe ser subsecuente al último apellido: João dos Santos de Almeida Filho - Almeida Filho JS, José Rodrigues Junior - Rodrigues Junior J.

Para estandarizar los títulos de los trabajos, se utilizan letras minúsculas en todo el período, excepto la primera palabra que comienza, siempre, con mayúscula. Rompen la regla nombres propios: nombres de personas, nombres de las ciencias o disciplinas, instituciones de enseñanza, países, ciudades o similares, y nombres de establecimientos públicos o privados.

EJEMPLOS DE REFERENCIAS EN PERIÓDICOS

1. Artículo con hasta seis autores

Kakuda JT, Stuntz M, Trivedi V, Klein SR, Vargas HI. Objective assessment of axillary morbidity in breast cancer treatment. *Am Surg* 1999; 65: 995-8. n.: utilizar 995-8, no utilizar 995-998.

2. Artículo con más de seis autores

Zheng H, Takahashi H, Murai Y, Cui Z, Nomoto K, Miwa S, et al. Pathobiological characteristics of intestinal and diffuse-type gastric carcinoma in Japan: an immunostaining study on the tissue microarray. *J Clin Pathol* 2007 Mar;60(3):273-7.

3. Artículo cuyo autor es una Institución

Utilizar el nombre de la Institución indicando entre paréntesis el país, cuando es una institución pública (a) si es una institución privada, se utiliza sólo el nombre de la Institución. Observar la jerarquía (b) a la que la Institución está sujeta a su perfecta identificación (no se utilizar directamente: Secretaria de Salud. ¿De dónde?).

4. Artículo con autoría de múltiples organizaciones

Se incluyen todas. (A) Instituto Nacional del Cáncer (Brasil). Encontro Internacional sobre Rastreamento de Câncer de Mama. Revista brasileira de cancerologia 2009 abr.-jun.; 2 (55): 99-113. (b) Brasil. Ministerio de Sanidad. Secretaria de Salud. Departamento de Atención Primaria. Coordinación Nacional de Salud Bucal. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, 2004b. [accedido en abril 2004]. Disponible en: <http://www.cfo.org.br/download/pdf/relatorio_sb_brasil_2003.pdf>

5. Autor indicando parentesco en su nombre

Mattes RD, Curram Jr WJ, Alavi J, Powlis W, Whittington R. Clinical implications of learned food aversions in patients with cancer treated with chemotherapy or radiation therapy. Cancer 1992; 70 (1): 192-200.

6. Artículo sin indicación de autoría

Pelvic floor exercise can reduce stress incontinence. Health News 2005 Apr;11(4):11.

7. Artículo con indicación de su tipo (revisión, resumen, editorial)

Facchini Luiz Augusto. ABRASCO 30 anos: ciência, educação e prática com compromisso social. [Editorial] Suplemento de Salud Pública [periódico en Internet]. 2010 Ene [citado el 23 de agosto 2010]; 26 (1): 4-4. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000100001&lng=pt>. doi: 10.1590/S0102-311X2010000100001>.

8. Artículo publicado en un suplemento de un periódico

Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. Rev Saude Publica 2009; 43 suppl.1: 8-15.

9. Artículo publicado en la parte de un número

Fukuzawa M, Oguchi S, Saida T. Kaposi's varicelliform eruption of an elderly patient with multiple myeloma. J Am Acad Dermatol. 2000 May;42(5 Pt 2):921-2.

10. Artículo publicado sin indicación de volumen o número del fascículo

Schwartz-Cassell T. Feeding assistants: based on logic or way off base? Contemp Longterm Care. 2005 Jan:26-8.

11. Artículo publicado con la paginación indicada en números romanos

Nagpal S. An orphan meets family members in skin. J Invest Dermatol. 2003;120(2):viii-x.

12. Artículo que contiene retracción o erratas publicadas, la referencia debe contener la indicación de su publicación

Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Correction: actual causes of death in the United States, 2000. JAMA. 2005 Jan 19;293(3):293-4. Errata para: JAMA. 2004 Mar 10;291(10):1238-45.

13. Artículo con la publicación electrónica anterior a la versión impresa

Bicalho PG, Hallal PC, Gazzinelli A, Knuth AG, Velásquez-Meléndez G. Atividade física e fatores associados em adultos de área rural em Minas Gerais, Brasil. Rev Saude Publica [accedido el 23 de agosto 2010]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010005000023&lng=pt> Publicado 2010. Epub 30-Jul-2010. doi: 10.1590/S0034-89102010005000023.

14. Artículo proveído de DOI

Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN de. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. Rev Saúde Pública 2008;42(6):1027-1233. doi: 10.1590/S0034-89102008005000057.

15. Artículo en la prensa

Barroso T, Mendes A, Barbosa A. Analysis of the alcohol consumption phenomenon among adolescents: study carried out with adolescents in intermediate public education. Rev Latino-am Enfermagem. En prensa 2009.

EJEMPLOS DE REFERENCIAS EN LIBROS Y OTRAS MONOGRAFÍAS

16. Libro

Hoppenfeld S. Propedéutica ortopédica: coluna e extremidades. Rio de Janeiro: Atheneu; 1993. 294 p.

17. Libro con indicación de editor, organizador, coordinador

Bader MK, Littlejohns LR, editors. AANN core curriculum for neuroscience nursing. 4th. ed. St. Louis (MO): Saunders; c2004. 1038 p.

18. Libro editado por una Institución

World Cancer Research Fund (USA). Food, nutrition, physical activity and prevention of cancer: A global perspective. Washington (DC): American Institute for Cancer Research; 2007.

19. Cuando el autor del capítulo es el autor del libro, referencia de capítulo de libro

Ferreira SA. Nervos proximais do membro superior. In: _____. Lesões nervosas periféricas diagnóstico e tratamento. São Paulo: Santos; 2001. p. 35-48.

20. Artículo sin indicación de autoría

HIV/AIDS resources: a nationwide directory. 10th. ed. Longmont (CO): Guides for Living; c2004. 792 p.

21. Actas de conferencias

Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

22. Trabajo presentado en las conferencias

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

23. Legislación

Dispõe sobre la Regulación de la Práctica de Enfermería. Ley N ° 7.498, 25 de junio de 1986. Diário Oficial de la Unión. Sección I, págs. 9.273-9.275 (26 de junio de 1986). 1986.

24. Tesis y disertaciones

Verde SMML. Impacto do tratamento quimioterápico no estado nutricional e no comportamento alimentar de pacientes com neoplasia mamária e suas consequências na qualidade de vida [disertación doctoral]. São Paulo: Universidad de São Paulo; 2007.

9. Tablas

Las tablas deben presentarse en hojas separadas. No enviar las tablas en formato de imagen, para permitir su edición. Numerar las tablas consecutivamente de acuerdo con la primera cita en el texto y asignar un título breve para cada una. Definir para cada columna una cabecera abreviada o corta. Colocar las explicaciones en notas a pie de página, no en la cabecera. Explicar, en todas las notas a pie de página, todas las abreviaturas no estandarizadas utilizadas en cada tabla. Para las notas a pie de página, utilice los números romanos.

Identificar las medidas estadísticas de variaciones, tales como: desviación estándar y error estándar.

No utilizar líneas internas, horizontales o verticales.

Constatar que cada tabla esté citada en el texto por su número y no por cómo es citada: la siguiente tabla, la tabla de abajo.

Si se utilizan datos de otra fuente, publicada o no, obtener la autorización y agradecer por extenso.

El uso de tablas grandes o en exceso, en relación con el texto puede ocasionar dificultades en la forma de presentación de las páginas.

10. Ilustraciones

Enviar el número requerido de ilustraciones o "figuras". No son aceptables los diseños a mano alzada o subtítulos mecanografiados. Las fotos deben ser escaneadas en blanco y negro, generalmente de 12 x 17 cm, no más grande que 20 x 25 cm, películas de rayo-X u otros materiales. Las letras, los números y los símbolos deben ser claros y lo suficientemente grandes, para que cuando fueren reducidos para su publicación, todavía sean legibles. Colocar los títulos y explicaciones debajo de los subtítulos y no en las propias ilustraciones.

Si se usan fotografías de personas, los sujetos no deben ser identificables o sus fotografías deben estar acompañadas por consentimiento escrito para publicación.

Las figuras deben ser numeradas de acuerdo con la orden en que fueron citadas en el texto. Si una figura ya fue publicada, agradecer la fuente original y enviar la autorización escrita del titular de los derechos de autor para reproducir

el material. La autorización es requerida, sea del autor o de la compañía editora, con la excepción de los documentos de dominio público.

RBC es una publicación en blanco y negro y, así, todas las ilustraciones serán reproducidas en blanco y negro.

Las ilustraciones deben ser proveídas en la siguiente manera:

- Archivo digital en formato .TIFF, .JPG, .EPS, con una resolución mínima de:
 - 300 dpi para fotografías comunes
 - 600 dpi para fotografías que contienen líneas finas, setas, subtítulos etc.
 - 1.200 dpi para diseños y gráficos

11. Nomenclatura

Debe ser observada estrictamente la estandarización de nomenclatura biomédica, así como abreviaturas y convenciones adoptadas por las disciplinas especializadas.

Los textos originales en portugués deben estar conforme el Acuerdo Ortográfico, de 1 de enero de 2009.

RESUMEN DE LOS REQUISITOS TÉCNICOS PARA LA PRESENTACIÓN DE MANUSCRITOS

Antes de enviar su manuscrito por correo electrónico a rbc@inca.gov.br, asegúrese de que las “Instruções para Autores” [Instrucciones para los autores], disponible en www.inca.gov.br/rbc han sido seguidas y verifique el cumplimiento de los ítems listados a continuación:

- Enviar el archivo completo del manuscrito en Microsoft Word 6.0 o 7.0.
- Utilizar doble espacio en todas las partes del documento.
- Comenzar cada sección o componente en una página nueva.
- Revisar la secuencia: portada - título en portugués, inglés y español; título abreviado; autoría; resumen y palabras-chave, abstract y key words, resumen y palabras clave; agradecimientos; declaración de conflicto de interés; declaración de subvención; texto; referencias; tablas, cuadros, figuras con subtítulos (cada una en páginas separadas).
- De tres a seis palabras-chave y sus respectivas key words y palabras clave.
- Referencias: Numeradas, en sobrescrito, por orden de aparición en el texto, correctamente escrito y que no exceda el número de 25. Verificar si todos los trabajos citados están en la lista de Referencias y si todos los listados son citados en el texto.
- Presentar ilustraciones, fotografías o dibujos separados, sin (20 x 25 cm máximo).
- Incluir la carta de presentación disponible en la sección “Instruções para Autores” [Instrucciones a los autores]. Si el manuscrito tiene más de un autor, cada uno debe llenar y firmar la carta y el autor responsable por el envío debe encaminarla en formato digital .JPG junto con el archivo del manuscrito a rbc@inca.gov.br.
- Incluir los permisos para reproducir material previamente publicado o para usar ilustraciones que puedan identificar a los individuos.
- Incluir la autorización escrita de las personas referidas en los agradecimientos, cuando aplicable.
- Incluir documento evidenciando la aprobación del trabajo por el CEIC o, cuando aplicable.

Carta de presentación a la Revista Brasileña de Oncología

Por favor, rellene y envíe este formulario junto con el texto original a: rbc@inca.gov.br. Si el manuscrito tiene más de un autor, cada uno debe rellenar, firmar y encaminar esta carta para el autor responsable por el envío, para transformarla en formato digital .JPG y encaminar a RBC en anexo, junto con el manuscrito.

Título del manuscrito _____

Clasificación del manuscrito:

- Artículo Original
- Revisión Sistemática de la Literatura
- Reporte de Caso / Serie de Casos
- Artículo de Opinión
- Reseña
- Resumen
- Carta al Editor

Cada autor debe indicar sus contribuciones, anotando con la letra X los campos abajo:

1. El autor ha contribuido:

- En el diseño y la planificación del proyecto de investigación
- En la obtención y/o análisis e interpretación de datos
- En la composición y revisión crítica

2. Conflicto de interés:

El autor no tiene conflictos de interés, incluyendo los intereses financieros específicos y relaciones y afiliaciones relevantes con el tema o los materiales tratados en el manuscrito.

El autor confirma que todas las financiaciones, otros tipos de apoyos financieros y apoyo material/humano para esta investigación y/o el trabajo se identifican claramente en el manuscrito enviado para la evaluación del "Consejo de Editorial de la RBC".

3. Agradecimientos:

El autor confirma que las personas que han contribuido sustancialmente al trabajo desarrollado en este texto, pero que no cumplen con los criterios de autoría, han sido mencionados en la sección "Agradecimientos" del manuscrito que contiene la descripción de sus contribuciones específicas.

El autor confirma que todos los que son mencionados en los "Agradecimientos" han dado su autorización por escrito para ser incluidos en esta sección.

El autor confirma que si los "Agradecimientos" no fueron incluidos en el texto enviado, fue porque no hubo una contribución sustancial de otros al manuscrito además de los autores.

4. Transferencia de Derechos de Autor / Publicación

Yo declaro que si el manuscrito es aceptado para su publicación, estoy de acuerdo que los derechos de autor serán propiedad de RBC, siendo prohibida su reproducción, incluso parcial, en otros periódicos, impresos o electrónicos, así como su traducción para la publicación en otros idiomas, sin su previa autorización y que, en caso de obtención de ésta, haré constar el debido agradecimiento a la Revista.

Autor _____

Firma _____

Fecha _____

E-mail _____

Esta revista foi impressa na Gráfica Fox Print em offset,
papel offset, 90g, 1/1.
Fonte: Adobe Garamond Pro, corpo 10,5
Rio de Janeiro, 2016.