

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

ANNA ERICA BERNARDES OLIVEIRA

**PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS NO
INTERIOR MARANHENSE: PERFIL CLÍNICO E
SOCIODEMOGRÁFICO, AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS E
CAPACIDADE FUNCIONAL**

IMPERATRIZ
2019

ANNA ERICA BERNARDES OLIVEIRA

**PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS NO
INTERIOR MARANHENSE: PERFIL CLÍNICO E
SOCIODEMOGRÁFICO, AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS E
CAPACIDADE FUNCIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Medicina da Universidade Federal
do Maranhão, Campus Imperatriz, como parte
dos requisitos para a obtenção do título de
Bacharel em Medicina

Orientador: Prof. Esp. Willian da Silva Lopes

Co-orientador: Prof. Esp. Adriano Rego Lima
de Medeiros

IMPERATRIZ
2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

OLIVEIRA, ANNA ERICA BERNARDES.

PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS NO
INTERIOR MARANHENSE: PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO,
AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS E CAPACIDADE FUNCIONAL / ANNA ERICA
BERNARDES OLIVEIRA. - 2019.

50 f.

Coorientador(a): Adriano Rego Lima de Medeiros.

Orientador(a): Willian da Silva Lopes.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
Imperatriz, 2019.

1. Cuidados Paliativos. 2. Oncologia. 3.
Terminalidade. I. Lopes, Willian da Silva. II. Medeiros,
Adriano Rego Lima de. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

Candidato: Anna Erica Bernardes Oliveira

Título do TCC: Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos no Interior Maranhense: Perfil Clínico e Sociodemográfico, Avaliação dos Sintomas e Capacidade Funcional.

Orientador: Willian da Silva Lopes
Co-orientador: Adriano Rego Lima de Medeiros

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a/...../....., considerou

() Aprovado

() Reprovado

Examinador (a): Assinatura:
Nome:
Instituição:

Examinador (a): Assinatura:
Nome:
Instituição:

Presidente: Assinatura:
Nome:
Instituição:

COMITÊ DE ÉTICA

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA	
Título da Pesquisa: PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS ADMITIDOS NA ENFERMARIA DA UNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA (UNACON) DE IMPERATRIZ/MA	
Pesquisador Responsável: WILLIAN DA SILVA LOPES	
Área Temática:	
Versão: 2	
CAAE: 88065118.3.0000.5087	
Submetido em: 27/06/2018	
Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão	
Situação da Versão do Projeto: Aprovado	
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável	
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio	
Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1079992	

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela Vida.

Às minhas filhas, Anna Lúcia e Anna Luiza, pelo amor incondicional.

Ao Nélio, marido e amigo, pelo apoio integral.

Ao Willian da Silva Lopes, professor e orientador, por acreditar na relevância do tema e dar todo suporte necessário.

Ao Adriano Rego Lima de Medeiros, professor e co-orientador, pelo auxílio no delineamento do tema e por possibilitar a coleta de dados no local estudado.

Aos professores da banca examinadora, pelas contribuições intelectuais e científicas.

Aos meus pais, que são a minha base de ética e de compaixão.

Aos meus amigos e familiares, pela compreensão dos inúmeros momentos de ausência.

A toda equipe que atua na UNACON de Imperatriz, pelo acolhimento no dia a dia.

Aos demais professores, equipe administrativa da coordenação do curso de medicina, paliativistas amigos e colegas, pelo apoio e encorajamento.

E, em especial, aos pacientes e seus familiares, por serem meus maiores mestres durante toda a trajetória desse trabalho.

Muito obrigada a todos!

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS

AP – Abordagem Paliativa

ASCO – American Society of Clinical Oncology

CACON – Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

CFM – Conselho Federal de Medicina

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CP – Cuidados Paliativos

D1 – Dia da internação

DAV – Diretivas Antecipadas de Vontade

DP – Desvio Padrão

EAPC – European Association for Palliative Care

ESAS – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

INT – Período de internação do paciente

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPS – Escala de Performance Paliativa

SM – Salário Mínimo

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

TFD – Tratamento Fora de Domicílio

UNACON – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

RESUMO

Os Cuidados Paliativos são uma técnica específica com fortes evidências científicas que visa conforto e manutenção da qualidade de vida do paciente diante de uma doença grave e potencialmente incurável, como o câncer. Como a doença oncológica gera sofrimento em todas as dimensões, o paciente oncológico beneficia-se com a abordagem paliativa desde o diagnóstico. Este estudo descritivo e prospectivo traçou o perfil clínico e socialdemográfico dos pacientes paliativos internados na enfermaria de uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) no interior maranhense de setembro a novembro de 2018. A amostra composta por 38 pacientes paliativos foi pré-selecionada a partir dos 291 pacientes oncológicos. Para coleta de dados utilizou-se entrevista estruturada e preenchimento da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) e da Escala de Performance Paliativa (PPS). Os dados foram analisados pelo SPSS 19 e houveram diferenças estatisticamente significativas nos sociodemográficos ($p \leq 0,05$). Destacou-se a prevalência de paciente com baixa escolaridade, ex-fumante e ex-alcoolista. A maioria dos pacientes realizou dois ou mais tratamentos prévios. Os sítios primários prevalentes foram urológico e mama, com metástase mais frequente em ossos. Na ESAS destacou-se inapetência. Observou-se baixo uso de laxativo, apesar do uso do opioide e relatos de constipação. A média do PPS de internação foi 32,9%. Os resultados poderão nortear futuras decisões de gestão clínica-administrativa, possibilitando ajustar e ampliar o serviço paliativo conforme preconiza as recentes diretrizes para organização dos Cuidados Paliativos no Brasil.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Oncologia. Terminalidade.

SUMARIO

INTRODUÇÃO.....	14
METODOLOGIA	16
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	18
CONCLUSÃO.....	27
TABELAS E GRÁFICOS	29
REFERÊNCIAS.....	34
NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA	38

TÍTULO

Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos no Interior Maranhense: Perfil Clínico e Sociodemográfico, Avaliação dos Sintomas e Capacidade Funcional.

Oncological Patients in Palliative Care in the Interior of Maranhão: Clinical and Sociodemographic Profile, Evaluation of Symptoms and Functional Capacity.

Pacientes Oncológicos en Cuidados Paliativos en el Interior Maranhense: Perfil Clínico y Sociodemográfico, Evaluación de los Síntomas y Capacidad funcional.

TÍTULO ABREVIADO

Pacientes Oncológicos Paliativos no Interior Maranhense.

AUTORES

Anna Érica Bernardes Oliveira^{1, 2, 3}, acadêmica de medicina na Universidade Federal do Maranhão, campus Imperatriz, annabernardes@outlook.com, Imperatriz/MA, Brasil, Orcid iD 0000-0002-7920-018.

Especialista Willian da Silva Lopes^{1,3}, professor e coordenador do curso de medicina na Universidade Federal do Maranhão, campus Imperatriz, willdsilopes@hotmail.com, Imperatriz/MA, Brasil, Orcid iD 0000-0002-7963-8407.

Especialista Adriano Rego Lima de Medeiros¹, professor do curso de medicina na Universidade Federal do Maranhão, campus Imperatriz, adrianorego@hotmail.com, Imperatriz/MA, Brasil, Orcid iD 0000-0001-5697-3459.

AUTOR CORRESPONDENTE

Anna Érica Bernardes Oliveira, Av. Pedro Neiva de Santana, nº. 4405, Quadra M, Lote

03, Condomínio New Ville Residence, Imperatriz, MA, CEP 65.919-555, celular (99) 98821.2002.

CRITÉRIOS DE AUTORIA

1. Contribuiu substancialmente na concepção ou no planejamento do estudo;
2. Contribuiu na obtenção, na análise e/ ou interpretação dos dados;
3. Contribuiu na redação e/ ou revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

AGRADECIMENTOS

A todos os profissionais da enfermagem da UNACON de Imperatriz, MA.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Nenhuma

RESUMO

Os Cuidados Paliativos são uma técnica específica com fortes evidências científicas que visa conforto e manutenção da qualidade de vida do paciente diante de uma doença grave e potencialmente incurável, como o câncer. Como a doença oncológica gera sofrimento em todas as dimensões, o paciente oncológico beneficia-se com a abordagem paliativa desde o diagnóstico. Este estudo descritivo e prospectivo traçou o perfil clínico e socialdemográfico dos pacientes paliativos internados na enfermaria de uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) no interior maranhense de setembro a novembro de 2018. A amostra composta por 38 pacientes paliativos foi pré-selecionada a partir dos 291 pacientes oncológicos. Para coleta de dados utilizou-se entrevista estruturada e preenchimento da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) e da Escala de Performance Paliativa (PPS). Os dados foram analisados pelo SPSS 19 e houveram diferenças estatisticamente significativas nos sociodemográficos ($p \leq 0,05$). Destacou-se a prevalência de paciente com baixa escolaridade, ex-fumante e ex-alcoolista. A maioria dos pacientes realizou dois ou mais tratamentos prévios. Os sítios primários prevalentes foram urológico e mama, com metástase mais frequente em ossos. Na ESAS destacou-se inapetência. Observou-se baixo uso de laxativo, apesar do uso do opioide e relatos de constipação. A média do PPS de internação foi 32,9%. Os resultados poderão nortear futuras decisões de gestão clínica-administrativa, possibilitando ajustar e ampliar o serviço paliativo conforme preconiza as recentes diretrizes para organização dos Cuidados Paliativos no Brasil.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Oncologia. Terminalidade.

Palliative Care is a specific technique with strong scientific evidence that aims to comfort and maintain the patient's quality of life through a serious and potentially incurable disease, such as cancer. As oncologic disease generates suffering in all dimensions, the cancer patient benefits from the palliative approach since diagnosis. This descriptive and prospective study outlined the clinical and social demographic profile of palliative patients admitted to the ward of a High Complexity Oncology Care Unit (UNACON) in the interior of Maranhão from September to November, 2018. The sample composed of 38 palliative patients was pre-selected from 291 cancer patients. For data collection, a structured interview was used and the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) and the Palliative Performance Scale (PPS) were filled. Data were analyzed by SPSS 19 and showed statistically significant differences in sociodemographic variables ($p \leq 0.05$). The prevalence of patients with low schooling, ex-smokers and ex-alcoholics was highlighted. Most patients underwent two or more prior treatments. The prevalent primary sites were urologic and breast, with more frequent metastasis in bones. At ESAS, there was a lack of appetite. There was a low use of laxative, even with the use of opioids and reports of constipation. The mean hospitalization PPS was 32.9%. The results may guide future decisions of clinical-administrative management, making it possible to adjust and expand the palliative service as recommended by the recent guidelines for the organization of Palliative Care in Brazil.

Keywords: Palliative care. Oncology. Terminality.

Los Cuidados Paliativos son una técnica específica con fuertes evidencias científicas que busca el confort y el mantenimiento de la calidad de vida del paciente ante una enfermedad grave y potencialmente incurable, como el cáncer. Como la enfermedad oncológica genera sufrimiento en todas las dimensiones, el paciente oncológico se beneficia con el abordaje paliativo desde el diagnóstico. Este estudio descriptivo y prospectivo trazó el perfil clínico y socialdemográfico de los pacientes paliativos internados en la enfermería de una Unidad de Asistencia de Alta Complejidad en Oncología (UNACON) en el interior maranhense de septiembre a noviembre de 2018. La muestra compuesta por 38 pacientes paliativos fue preseleccionada a partir de los 291 pacientes oncológicos. Para la recolección de datos se utilizó una entrevista estructurada y llenado de la Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS) y de la Escala de Performance Paliativa (PPS). Los datos fueron analizados por el SPSS 19 y mostró diferencias estadísticamente significativas en los sociodemográficos ($p \leq 0,05$). Se destacó la prevalencia de paciente con baja escolaridad, ex fumante y ex alcohólico. La mayoría de los pacientes realizaron dos o más tratamientos previos. Los sitios primarios prevalentes fueron urológicos y mama, con metástasis más frecuente en huesos. En la ESAS se destacó la inapetencia. Se observó bajo uso de laxante, incluso con el uso del opioide y relatos de constipación. La media del PPS de internación fue del 32,9%. Los resultados podrán orientar futuras decisiones de gestión clínica-administrativa, posibilitando ajustar y ampliar el servicio paliativo conforme preconiza las recientes directrices para organización de los Cuidados Paliativos en Brasil.

Palabras clave: Cuidados paliativos. Oncología. Terminalidad.

INTRODUÇÃO

Dentro da concepção que a medicina deve curar algumas vezes, aliviar quase sempre e consolar sempre, a palição surge como uma abordagem direcionada ao conforto do paciente diante de uma doença grave e potencialmente incurável¹. Por meio de intervenção precoce e ativa nos diversos sintomas que surgem em decorrência da progressão natural da doença, os Cuidados Paliativos (CP) preconizam o alívio total do sofrimento. Para isso, fundamentam-se no trabalho interdisciplinar de uma equipe multiprofissional, a fim de garantir ao paciente um serviço integral, humanizado e individualizado².

Inicialmente os CP foram definidos como uma abordagem terapêutica focada nos cuidados de pacientes oncológicos em terminalidade. O conceito foi atualizado em 2002 contemplando pacientes com outras doenças ameaçadoras da vida. Em 2017, a Organização Mundial de Saúde (OMS) ampliou o conceito, enfatizando que os CP priorizam a qualidade de vida dos pacientes de quaisquer idades e de seus familiares, prevenindo e aliviando precocemente o sofrimento das quatro dimensões humanas: física, social, psicológica e espiritual^{3,4}.

O câncer é a segunda maior causa de mortalidade no Brasil. Mais de 600 mil casos novos são esperados por ano dentro do biênio 2018/2019⁵. Tanto a doença em si, quanto o seu tratamento, submetem o paciente à sintomas desconfortáveis. Porém, o paciente oncológico geralmente recebe os CP apenas diante da incurabilidade da doença⁶. Essa conduta clínica - priorizar o alívio do sofrimento somente quando não há mais opções terapêuticas para cura - era sustentada pela Portaria nº 876, de 16 de maio de 2013, do Ministério da Saúde (MS)⁷.

Entretanto, o tratamento paliativo e tratamento curativo não são excludentes. Em 2016, a American Society of Clinical Oncology (ASCO) publicou um *guideline* orientando que os CP sejam indicados precocemente. No ano seguinte, reiterou e ampliou as orientações, recomendando a abordagem paliativa desde a fase inicial, concomitante ao tratamento curativo³. Ainda em 2017, uma meta-análise demonstrou que os CP são uma técnica específica com fortes evidências científicas capaz de proporcionar resultados significativos para o paciente, por meio do manejo adequado dos sintomas, e para as instituições, por reduzir custos⁸.

A abordagem multiprofissional dos CP com recursos e instrumentos específicos, como a escala de avaliação de sintomas de Edmonton (ESAS) e a escala de performance paliativa (PPS), possibilita um tratamento assertivo e individualizado. Sabe-se que início precoce dos CP melhora em 31% o relato de qualidade de vida, diminui em 7% as visitas aos prontos socorros e eleva o tempo médio de sobrevida dos pacientes em cinco meses³.

A fim de atender as crescentes necessidades do paciente oncológico usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, por meio da portaria 874/2013, criou os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), que previam o acesso aos CP, porém sem diretrizes claras⁹. Contudo, a resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018 estabeleceu diretrizes específicas para a organização dos CP no âmbito do SUS, objetivando nortear e ampliar o acesso desta modalidade terapêutica nos serviços oncológicos do país¹⁰.

Considerando ser importante conhecer o atual contexto para ajustar-se às diretrizes paliativas recém determinadas, este estudo objetivou conhecer o perfil dos

pacientes em CP admitidos na enfermaria de uma UNACON do interior do Maranhão. Para isso, procurou-se caracterizar os pacientes internados em CP quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos, identificar o percentual de internações destes pacientes em relação ao número total de internações da enfermaria da UNACON no referido período, conhecer seus sintomas prevalentes e a capacidade funcional dos pacientes e identificar equipe multidisciplinar que atua na admissão do paciente em palição.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo clínico-epidemiológico, descritivo e prospectivo dos pacientes em CP internados na enfermaria da UNACON de uma cidade do interior do Maranhão.

Amostra foi por conveniência, consecutiva e contemplou todos os pacientes internados no período de setembro a novembro de 2018. A coleta de dados foi realizada todos os dias da semana, utilizando-se dois formulários padrões.

O “Formulário 1”, para coleta de dados sociodemográficos e clínicos, iniciava com o campo “Pré-Seleção”, que foi preenchido para todos os pacientes internados na enfermaria, paliativos ou não, durante os 3 meses de coleta, classificando os pacientes em:

- Paliativo: prontuário que descrevesse o tratamento e/ou paciente como:
 - CP exclusivos;
 - Processo ativo de morte (morte iminente);
 - Quimioterapia paliativa;
 - Radioterapia paliativa.

- Não paliativo: prontuário sem informações que os classificassem como paliativo.

A “Pré-Seleção” identificou o percentual de pacientes paliativos (13,05%), gerando a amostra de 38 pacientes paliativos a partir dos 291 pacientes oncológicos internados no período do estudo. Tanto as informações para o preenchimento do “Formulário 1”, quanto para preenchimento ESAS e da PPS do “Formulário 2”, foram obtidas a partir dos prontuários selecionados e de entrevistas com pacientes e/ou familiares.

Para participar do estudo, o paciente paliativo deveria estar lúcido e comunicante, ser maior de 18 anos e aceitar voluntariamente, ele e/ou seu cuidador, participar da pesquisa. Qualquer critério não contemplado, era excluído da amostra. A coleta de dados ocorreu no dia da internação (D1) e durante o período de internação do paciente (INT), totalizando 229 abordagens. Todos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e receberam uma cópia assinada pela pesquisadora.

Utilizou-se o Microsoft Excel versão 16 para tabulação e gráficos. A análise descritiva dos dados, correlação e os testes foram feitos no SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 19. Verificou-se a homogeneidade dos dados sociodemográficos pelo teste Qui-quadrado de Pearson (nível de significância: $p < 0,05$).

A pesquisa seguiu a Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi obtida a autorização da referida UNACON. A coleta de dados ocorreu somente após análise e aprovação do projeto pela Plataforma Brasil com parecer número 2.798.849.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil sociodemográfico

A tabela 1 traz dados sociodemográficos dos pacientes em palição. Para o ano de 2017 esperava-se um aumento de aproximadamente 600 mil novos casos de câncer no Brasil, com prevalência entre os homens. Contudo, para o Maranhão, previa-se maior prevalência do sexo feminino. Logo, observou-se que estudo aproximou-se da prevalência nacional e não da regional, demonstrando que há particularidades nos perfis dos pacientes oncológicos por regiões e/ou Estados¹¹.

Observou-se uma menor média de idade para as mulheres. Esse dado se contrapõe à literatura, que diz serem os homens mais sujeitos à detecção tardia de doenças, culminando em pior prognóstico e com menor expectativa de vida do que as mulheres¹².

Boa parcela dos pacientes (50%) e dos seus cuidadores (52,80%) não residiam em Imperatriz (52,80%), destacando a importância do Tratamento Fora de Domicílio (TFD). O SUS deve garantir as condições necessárias para o tratamento do paciente oncológico fora do seu domicílio. Isso é feito por meio do TFD, que possibilita tais condições – transporte, hospedagem e ajuda de custo para alimentação – para o paciente e cuidador, quando houver indicação médica e o tratamento ocorrer na rede pública e referenciada¹³.

Identificou-se os filhos como principais cuidadores. Um estudo semelhante encontrou mesma prevalência do filho (a), ainda que a maioria dos pacientes fossem casados e/ou vivessem em união estável¹⁴. Entretanto, há estudos que identificaram o

cônjuge como principal cuidador, demonstrando que existem particularidades inerentes à cultura familiar e condições socioeconômica¹⁵.

Ao todo, 92,1% declararam ser cristãos, sendo a maioria protestante. Utilizar a fé por meio de comportamento e cognição é uma estratégia de enfrentamento aos eventos estressores inerentes ao diagnóstico do câncer que o paciente adota e que há melhoria da qualidade de vida¹⁶.

Houve prevalência de lavradores, pacientes com baixa escolaridade e com baixa renda – menos do que um salário mínimo (SM). Quanto aos hábitos de vida, houve elevada prevalência de ex-fumantes e ex-etilistas. Os p-valores para as frequências do ensino superior, das demais profissões, das rendas maiores que dois SM, dos fumantes ativos e dos etilistas ativos demonstraram que houve diferenças estatisticamente significativas dentro de suas categorias.

O tabagismo e alcoolismo são comportamentos de risco para o desenvolvimento do câncer. Quando associados, aumentam mais o risco de diversos tipos de cânceres¹⁷. O estudo identificou alta prevalência de ambos dentro do contexto de vulnerabilidade social – baixa renda familiar e baixa escolaridade. Tais fatores de risco, quando somados às barreiras socioeducacionais e econômicas, culminam em pior prognóstico oncológico com taxas maiores de mortalidade, mesmo para cânceres tidos como potencialmente curáveis¹⁸.

Perfil Clínico

O tempo médio de internação dos pacientes foi 7,7 dias. Um estudo análogo identificou uma média de tempo duas vezes superior ao deste estudo. Entretanto, não há um tempo médio padrão de internação dos pacientes paliativos, a qual pode ser

prolongada em média por 2 a 3 meses. Há outras variáveis que interferem nesse indicador, como o estágio da doença na internação e o grau de descompensação clínica¹⁹.

O tratamento do câncer no SUS é feito essencialmente por meio de quimioterapia, radioterapia e/ou cirurgia²⁰. Em relação aos tratamentos já realizados pelos pacientes em palição, a maioria (42,10%) relatou ter feito dois ou mais tratamentos, com maior frequência para o tripé terapêutico “cirurgia, quimioterapia e radioterapia” (15,79%). Apenas 3 pacientes (7,89%) relataram não terem feito nenhum tratamento antes da abordagem paliativa.

A quimioterapia é uma abordagem que, a depender de sua finalidade, pode ser subdividida em paliativa, neoadjuvante, adjuvante, curativa, experimental e para controle temporário da doença²¹. Todos os tratamentos quimioterápicos são passíveis de diversos efeitos colaterais, como náuseas, vômitos, diarreia, fadiga e febre²².

A radioterapia também tem subtipos a depender do objetivo, podendo ser paliativa, neoadjuvante, adjuvante, curativa, anti-álgica e anti-hemorrágica²¹. Os principais efeitos colaterais são inapetência, fadiga e alterações cutaneomucosas²².

Já a cirurgia costuma estar associada à quimioterapia e/ou à radioterapia. Pode ter o objetivo curativo, com a retirada total do tumor primário acompanhado ou não das cadeias linfonodais afetadas, ou objetivo paliativo, visando reduzir progressão do tumor ou controlar sintomas refratários decorrentes da massa tumoral. Entretanto, como em todo pós-operatório, o paciente poderá apresentar desconfortos fisiológicos e/ou psicológicos em decorrência do ato cirúrgico²².

Independente do tipo de tratamento escolhido, o paciente experimentará sintomas que afetarão sua qualidade de vida e também a de seus familiares se não forem corretamente manejados. Por isso, recomenda-se que os CP sejam integrados à

abordagem curativa para que os tratamentos possam refletir os valores e objetivos do paciente³.

O serviço deste estudo caracterizou-se como CP especializado com equipe básica generalista. Todos os pacientes receberam no momento e durante sua internação a assistência imediata de médicos e equipe de enfermagem. O suporte da psicologia e/ou assistência social ocorre ao diagnóstico da neoplasia e, posteriormente, conforme solicitação. Toda alimentação destinada aos pacientes paliativos é supervisionada pela equipe de nutrição, mas a visita imediata da nutricionista é direcionada àqueles com dietas parenterais.

A European Association for Palliative Care (EAPC) diferencia Abordagem Paliativa (AP) dos CP especializados. A AP ocorre em serviços nos quais há pacientes com necessidades paliativas, por meio da integração de métodos e condutas típicas do CP, mas sem profissionais especializados e estrutura específica para CP. Já os CP especializados são prestados por equipes especializadas em palição e subdividem-se em CP generalistas (profissionais que não têm como foco principal de sua atuação os CP, porém trabalham em área em que a prevalência significativa de pacientes paliativos, como serviços de oncologia), CP especialistas (profissionais com formação avançada em CP e que atuam no cuidado do paciente paliativo) e Centros de Excelência (locais que possuem profissionais especialistas prestando cuidado imediato para o paciente paliativo e desenvolvendo atividades de educação, pesquisa e divulgação do CP)²³.

Os CP são uma abordagem realizada por meio de uma equipe multidisciplinar que executa ações interdisciplinares. A equipe pode ser básica (médico e enfermeiro com cooperação de psicólogo e assistente social), completa (incorpora efetivamente o psicólogo e assistente social, agregando outros profissionais, como nutricionista e

fisioterapeuta) e de referência (equipe completa tanto para assistência aos pacientes paliativos quanto ações de educação e pesquisa)²⁴.

Cinco pacientes (13,15%) tinham hipertensão arterial sistêmica (HAS) como comorbidade pré-existente. A HAS é a comorbidade mais comum dentre os pacientes oncológicos. Tanto o tratamento quimioterápico quanto o radioterápico podem piorar ou desenvolver a HAS, sendo adequado manter o controle pressórico durante todo o curso da doença, para evitar o surgimento de crises hipertensivas ou agravamento do quadro pré-existente, garantir o benefício do tratamento anti-neoplásico e reduzir a morbimortalidade cardiovascular dos pacientes oncológicos²⁵.

O gráfico 1 apresenta os sítios primários da doença. Estima-se 68 mil novos casos de câncer de próstata e 60 mil de câncer de mama para o biênio 2018-2019, sendo esses dois os mais prevalentes na população brasileira, excetuando-se o câncer de pele não melanoma^{5,11}. O estudo apresentou uma prevalência de sítios primários – mama e próstata – associados às condições econômicas e sociais condizente com a estimativa dos cânceres mais frequentes tanto para o Brasil quando para o Maranhão^{11,26}.

O câncer colorretal, descrito neste trabalho como sítio primário gastrointestinal e a terceira maior frequência entre os pacientes avaliados, é estimado como provável quarta maior prevalência dentre os cânceres no Maranhão nos anos de 2018 e 2019. Dessa forma, o presente estudo assemelhou-se mais ao padrão de cânceres da região Sul e Sudeste – frequência maior que 70% dos sítios primários sendo mama, próstata, colorretal ou pulmão – do que aos da região Nordeste¹¹.

Foram identificados 32 pacientes paliativos (84%) com metástases, as quais encontravam-se mais frequentemente nos ossos (32,40%), fígado (18,90%) e pulmão (16,20%). A metástase é um indicador de mal prognóstico, pois está presente na maior

parte das mortes relacionadas ao câncer. Logo, é considerada em alguns serviços como fator de inclusão do paciente na abordagem paliativa²⁷. O estudo identificou os ossos como sítio mais prevalente de metástase, o que era esperado por ser comumente associado ao câncer de mama e próstata, ambos de alta incidência no perfil oncológico brasileiro e com alta frequência identificada na amostra estudada²⁸.

O gráfico 2 apresenta o resumo descritivo da ESAS, preenchida no primeiro dia de internação (D1) e nos dias subsequentes (INT). Os sintomas com maiores médias no D1 foram inapetência (6,3), mal-estar (6,2) e depressão (5,9), os quais obtiveram alívio conforme demonstram suas respectivas médias nos dias subsequentes: 6 (DP \pm 3,6), 5,8 (DP \pm 2,9) e 4,8 (DP \pm 3,5). Os sintomas com menores médias e medianas na D1 foram falta de ar (2,8) e náusea (3,8), seguidos por dor e náusea, ambos com mesma média (4,1), que também obtiveram alívio nos dias subsequentes. Dentre os “outros sintomas” relatados pelos pacientes, 12 referiram constipação (31,6%) com média 4,4 na internação, que foi o único sintoma com piora nos demais dias seguintes (média 5,4 e DP \pm 4,1).

Os medicamentos mais frequentemente utilizados para manejo sintomático foram antieméticos (73,7%), analgésicos não-opioides (73,7%) e analgésicos opioides (68,4%). Entretanto, os laxativos tiveram uma baixa frequência identificada de uso (18,4%). A gráfico 3 apresenta a relação uso de analgésicos e uso de laxativos em pacientes constipados no dia da internação (D1) e demais dias (INT).

A ESAS é um instrumento utilizado em CP para avaliar numericamente, em uma escala de 0 a 10, a presença e a intensidade da dor, fadiga, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, alterações do apetite, dispneia, mal-estar e outro sintoma que o paciente relate. Ao ser aplicada no dia da internação (D1), permite direcionar a terapêutica – medicamentosa ou não – para cada paciente, bem como acompanhar nos dias

subsequentes (INT) o sucesso ou falência do manejo dos sintomas²⁹. Entretanto, a ESAS ainda é subutilizada pelos serviços de oncologia, acarretando em alta carga de sofrimento para os pacientes oncológicos³⁰.

A intensidade dos sintomas e a dimensão do sofrimento que os mesmos causam variam conforme o tipo e estadiamento do câncer e a singularidade de cada paciente. A inapetência foi observada como principal queixa no D1, apesar da baixa intensidade de náuseas. Houve alta frequência no uso de antieméticos, o que provavelmente corroborou para melhoria da média desses dois sintomas ao longo do período de internação dos pacientes paliados.

As alterações decorrentes do metabolismo tumoral e os tratamentos de combate ao câncer desencadeiam, dentre os diversos sintomas, a falta de apetite. Sabe-se que inapetência, quando associada a outros fatores, como náuseas e mucosites, pode levar a uma progressiva desnutrição, contribuindo para o desenvolvimento da síndrome da anorexia e caquexia. Logo, é importante manejar este sintoma, pois seu agravamento poderá resultar na piora do estado geral do paciente e queda de sua qualidade de vida³¹.

A dor é o sintoma muito prevalente nos pacientes oncológicos, estando presente com intensidade moderada a grave em 70 a 90% dos casos de câncer avançado. O tratamento da dor oncológica é norteado pela escada analgésica da OMS, que se baseia no uso de analgésicos opióides, analgésicos não-opióides e drogas adjuvantes. A orientação é tratar a dor conforme sua intensidade: dor leve (0 a 3 pontos na ESAS) com analgésicos não opióides, dor moderada (4 a 6 pontos) com analgésicos opióides fracos e dor forte (7 a 10 pontos) com opióides fortes³². Este estudo identificou a dor moderada no momento da internação, que evoluiu para fraca nos demais dias, justificando assim a maior frequência do uso de analgésicos não opióides.

Porém, a ação de analgésicos pode desencadear efeitos colaterais como náuseas, vômitos, constipação e outros. Os analgésicos opióides costumam induzir à constipação de 40 a 70% dos seus usuários. Não há consenso na literatura sobre os antagonistas opióides para minimizar tais efeitos adversos, cabendo aos profissionais que prestam os CP o dever de identificar o sintoma e sua fisiopatologia para prescrição adequada de medicamentos e cuidados gerais³³.

Sabe-se que baixa ingestão de alimentos, mobilidade reduzida e analgesia com opioides são razões para constipação. Mesmo os pacientes com câncer avançado que não fazem uso de opioide (63%) acabam necessitando de laxantes³⁴. Um estudo identificou que, apesar de 100% dos pacientes relatarem constipação, apenas 34,3% dos pacientes receberam tratamento³⁰. Outros estudos demonstraram que a constipação ainda é um sintoma manejado inadequadamente nas pacientes oncológicos³⁴.

Neste estudo, a associação entre uso de analgésicos, baixa da ingesta alimentar devido à inapetência e baixa frequência no uso de laxativos contribuiu para a piora da constipação durante a internação. A partir do gráfico 3, infere-se que o uso de laxativos foi insuficiente para alívio do sintoma, a despeito da frequência do uso do laxativo entre os pacientes que relataram constipação ter aumentado de 44,44% no primeiro dia da internação para 58,57% nos dias subsequentes.

A PPS também foi preenchida no D1e demais dias. O gráfico 4 apresenta a estratificação do PPS (INT) para todos os dias de coleta (número de casos relatados), bem como o PPS (D1) referente ao dia da internação de cada paciente. Houve prevalência de pacientes com PPS “transicional” no dia da internação, mas ao longo do período de coleta a maior frequência passou a ser o PPS “final de vida”, vindo a óbito 11 pacientes. Quanto

as “Diretivas Antecipadas de Vontade” (DAV), apenas um paciente as conhecia, mas não as possuía, sendo que os demais pacientes desconheciam a DAV.

O PPS baseia-se em cinco níveis funcionais – deambulação, atividade e evidência de doença, capacidade de autocuidado, ingestão oral e consciência. Sua pontuação varia de 0% a 100%, estratificado o paciente em “estável” (100% a 70%), “transicional” (60% a 40%) e “final de vida” (30% a 0%). Serve para prever o tempo de sobrevivência, sendo a chance de mortalidade em curto prazo inversamente proporcional a sua pontuação^{35,36}. Estima-se que 90% dos pacientes com PPS igual a 50% tenha sobrevida inferior a seis meses³⁷.

Considerando o prognóstico dos pacientes paliativos, a DAV surge como instrumento de proteção à autonomia do paciente mediante a possibilidade da obstinação terapêutica e prática da distanásia. Foi estabelecida pela resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) 1.995/12 e auxilia médico e paciente a definirem futuras intervenções clínicas mediante o processo de morrer. Por meio dela, o paciente pode determinar seu representante legal para garantir o respeito aos desejos expressos quando estiver não comunicante³⁸. Por fim, a DAV juntamente com resolução do CFM N° 1.805/06, que preconiza a ortotanásia, visam garantir o respeito à dignidade da pessoa humana em seu processo de terminalidade³⁹.

A maioria dos pacientes deste estudo internaram com o PPS $\leq 60\%$, indicativo de perda significativa de funcionalidade. A estimativa de sobrevida dos pacientes com PPS “transicional” é de 104 a 65 dias e com PPS “final de vida” em média ≤ 32 dias. Considerando a incurabilidade da doença, espera-se o decréscimo do PPS ao longo do tempo, mesmo que os sintomas e sofrimento do paciente sejam integralmente controlados. A maioria evoluiu para o PPS de “final de vida” durante a internação, sendo

que 28,9% terminou em óbito entre 1 a 48 dias. Portanto, considerando o processo progressivo de terminalidade desses pacientes, destaca-se a importância da DAV e a necessidade de sua temática ser mais trabalhada, pois ainda é desconhecida pela grande maioria dos pacientes tanto no serviço estudado, quanto em outros serviços oncológicos brasileiros⁴⁰.

CONCLUSÃO

O perfil clínico-epidemiológico dos pacientes oncológicos paliativos internados na enfermaria da UNACON é muito semelhante a outros perfis estudados de maneira análoga. A avaliação ESAS e PPS demonstrou a gama de condições e sintomas geradores de sofrimento que os pacientes são submetidos e o quão dinâmicos são os mesmos, reforçando a importância da abordagem precoce dos CP, ainda que o foco inicial da terapêutica seja a cura.

Reiterou-se que abordagem paliativa precisa ser individualizada, a fim de abordar adequadamente as quatro dimensões passíveis de sofrimento do paciente – física, espiritual, social e emocional – e assim garantir a melhor qualidade de vida possível diante de uma doença potencialmente incurável. Para realizar tal abordagem, é indispensável o trabalho interdisciplinar, que foi identificado no estudo ser conduzido por uma equipe básica, composta prioritariamente por equipe de médicos oncologistas e de enfermagem.

O controle dos sintomas pode ser considerado satisfatório, pois os sintomas

fortes e moderados evoluíram para sintomas leves. Entretanto, os sintomas leves mantiveram constantes e com alta frequência. Possivelmente, isso se deve pela ausência de uma abordagem paliativa imediata de outros profissionais, como psicólogos e fisioterapeutas capacitados em CP, realidade ainda comum nos serviços de oncologia do SUS no interior do país, uma vez que em grandes centros já existem serviços de excelência. Espera-se que a partir das novas diretrizes para a organização dos CP definidas em outubro de 2018, a cultura da abordagem paliativa se dissemine, ampliando acesso desde a formação dos profissionais nas universidades até o atendimento do paciente em todos os serviços de oncologia do SUS.

Uma limitação do estudo foi a classificação do paciente como paliativo descrita em prontuário. Presume-se que a amostragem seria ampliada se a presença de metástase fosse critério de inclusão. Outra limitação foi a não inclusão dos pacientes paliativos na UTI. Além disso, como o estudo foi realizado em um único e específico hospital terciário, alguns resultados não podem ser generalizados para outros contextos.

Logo, apesar do estudo identificar características específicas dos pacientes oncológicos paliativos da UNACON estudada, os resultados podem auxiliar o serviço na abordagem clínica para ampliar e melhorar a assistência ao paciente. Por fim, o conhecimento do cenário atual pode nortear decisões de gestão clínica e administrativa, possibilitando melhor adequação dos CP conforme preconizado pelo MS para os usuários do SUS.

TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 - Características sociodemográficas.							
Sexo	N	%	p-valor	Cor/Etnia	N	%	p-valor
Feminino	18	47,40%	0,746	Branco	11	28,90%	0,144
Masculino	20	52,60%	ref.	Negro	7	18,40%	0,019
Estado civil	N	%	p-valor	Pardo	19	50,00%	ref.
Solteiro	9	23,70%	0,083	Indígena	1	2,70%	<0,001
Casado	18	47,40%	ref.	Filhos/Dependentes	N	%	p-valor
Divorciado	1	2,60%	<0,001	Nenhum	3	7,90%	<0,001
Viúvo	7	18,40%	0,028	Até 5 filhos	23	60,50%	ref.
União estável	3	7,90%	0,001	Acima de 5 filhos	12	31,60%	<0,001
Etilismo	N	%	p-valor	Religião	N	%	p-valor
Não	7	18,40%	<0,001	Católico	14	36,80%	0,237
Sim	3	7,80%	<0,001	Protestante	21	55,30%	ref.
Ex-Etilista	28	73,80%	ref.	Outros	3	7,90%	<0,001
Tabagismo	N	%	p-valor	Profissão	N	%	p-valor
Não	9	23,70%	0,004	Lavrador (a)	12	31,60%	ref.
Sim	3	7,90%	<0,001	Aposentado (a)	5	13,20%	0,09
Ex-Tabagista	26	68,40%	ref.	Do lar	4	10,50%	0,046
Escolaridade	N	%	p-valor	Autônomo	2	5,30%	0,008
Analfabeto	9	23,70%	0,083	Doméstica	2	5,30%	0,008
1º grau	18	47,40%	ref.	Motorista	2	5,30%	0,008
2º grau	9	23,70%	0,083	Professor	2	5,30%	0,008
Graduação	2	5,20%	<0,001	Ser. Gerais	2	5,30%	0,008
Renda familiar	N	%	p-valor	Outras	7	2,6%*	0,002**
<1 Salário Mínimo	19	50,00%	ref.	Residente em Imperatriz	N	%	p-valor
1 a 2 Salários Mínimos	17	44,80%	0,739	Não	19	50,00%	ref.
2 a 3 Salários Mínimos	1	2,60%	<0,001	Sim	19	50,00%	1
3 ou mais Salários Mínimos	1	2,60%	<0,001	Acompanhante reside em Imperatriz	N	%	p-valor
Acompanhante	N	%	p-valor	Não	20	52,60%	ref.
Cônjuge	10	26,30%	0,068	Sim	18	47,40%	0,746
Filho	20	52,60%	ref.	Idade média dos pacientes por sexo	N	%	p-valor1
Pais	1	2,60%	<0,001	Feminino	52,6	-	-
Irmão	4	10,60%	0,001	Masculino	63,1	-	-
Outros	3	7,90%	<0,001				

* outras profissões: agricultor, camareira, catadora de lixo, cozinheira, garçom, secretária e vendedor;

** p-valor específico para cada uma das “outras profissões”.

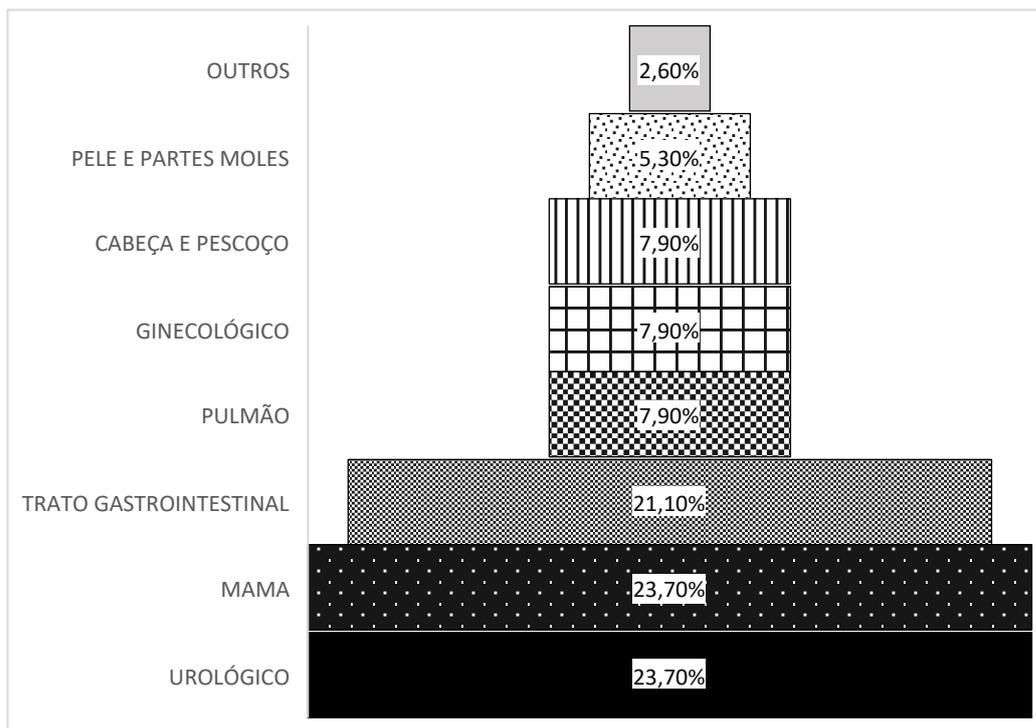


Gráfico 1: Sítios Primários

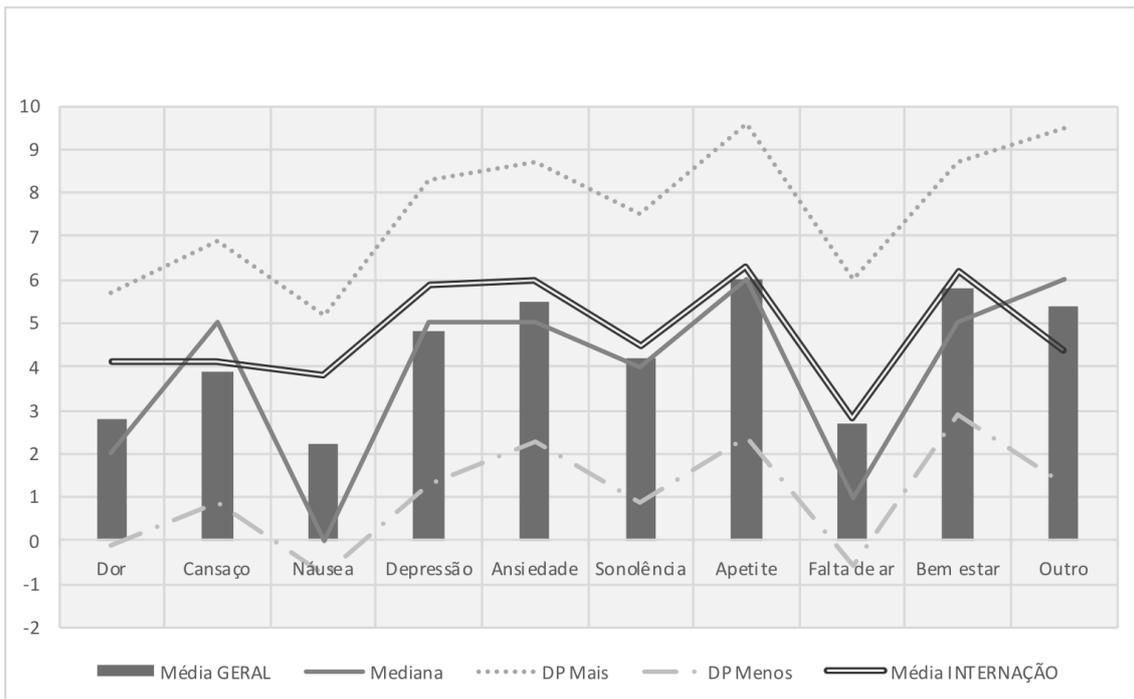


Gráfico 2: Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)

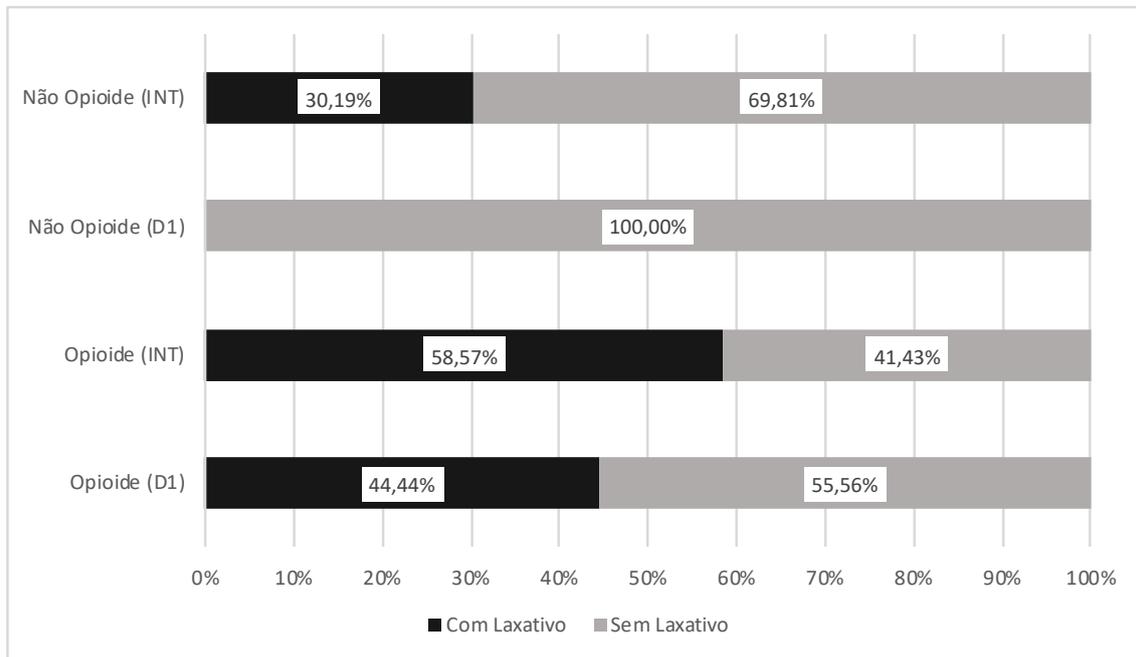


Gráfico 3: Uso de analgésicos e/ou Uso de Laxativos em Pacientes Constipados

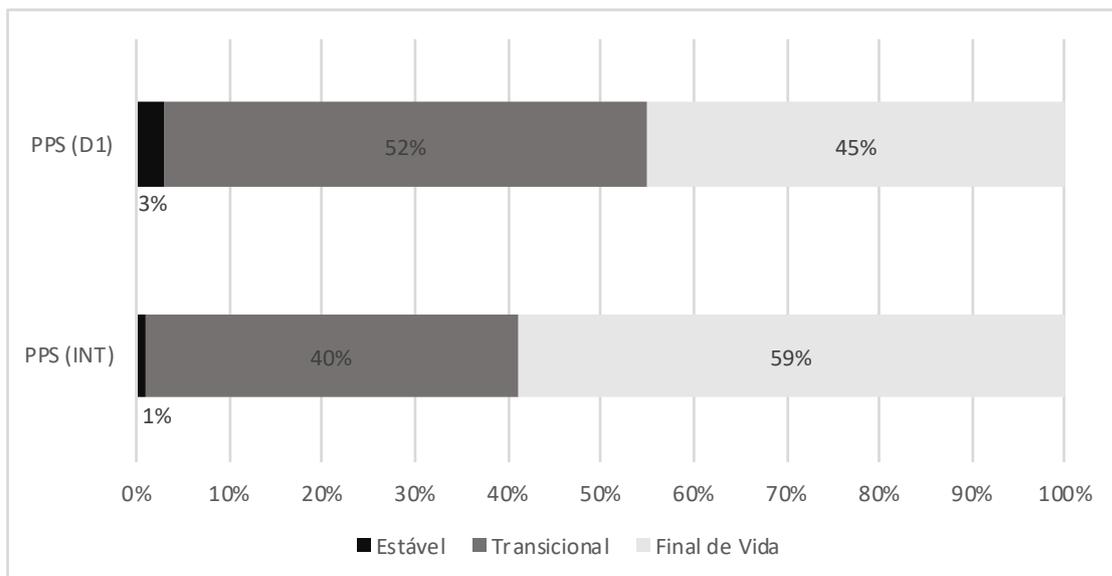


Gráfico 4: PPS no dia da internação (D1) e média do PPS durante os dias subsequentes (INT)

REFERÊNCIAS

1. Bushatsky M, Sarinho ESC, Lima LS, Faria JH, Baibich-Faria T. Cuidados Paliativos em pacientes fora de possibilidade terapêutica. *Rev Bioethikos*. 2012;6(4):399–408.
2. Silva JV, Andrade FN, Nascimento RM. Cuidados Paliativos - Fundamentos e Abrangência : Revisão de Literatura. *Revista Ciências em Saúde*. 2013;18.
3. Szeneszi L. Estratégias para melhorar a qualidade de vida do paciente oncológico. *Revista Onco&* [Internet]. 2017 [acesso em 2019 jan 30];14–5. Disponível em: http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2017/01/2-CUIDADOS_PALIATIVOS.pdf
4. World Health Organization. Palliative Care [Internet]. 2017 [acesso em 2019 jan 20]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>
5. Santos MDO. Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2018;64(1):119–20.
6. Silva CP; Santos ATC; Silva RP; Andrade JD; Almeida LM. Significado dos Cuidados Paliativos para a Qualidade da Sobrevivência do Paciente Oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2016;62(3):225–35.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº. 876, de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no [Internet]. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. [acesso em 2019 mar 3]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html
8. Fulton JJ, Leblanc TW, Cutson TM, Starr KNP, Kamal A, Ramos K, et al. Integrated outpatient palliative care for patients with advanced cancer : A systematic review and meta-analysis. *Palliat Med*. 2018;33(2):123–34.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº. 874, de 16 de maio de 2013. Institui 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 [Internet]. [acesso em 2019 mar 3]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html
10. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. [acesso em 2019 mar 3]. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710
11. Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2017. 130 p.

12. Botton A, Cúnico SD, Strey MN. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças - Psicologia da Saúde*. 2017;25(1):67–22.
13. Freitas L. Cartilha dos Direitos do Paciente Oncológico [Internet]. 6^a. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, organizador. Belo Horizonte; 2016. 65 p. [acesso em 2019 jan 30] Disponível em: https://www.sbec.org.br/images/downloads/pacientes/SBOC_Cartilha_dos_Direitos_do_Paciente_Oncologico_2016_V2.pdf
14. Bastos BR, Pereira AK da S, Castro CC, Carvalho MMC. Perfil sociodemográfico dos pacientes em cuidados paliativos em um hospital de referência em oncologia do estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amazônica Saúde*. 2018;9(2):31–6.
15. Delalibera M, Presa J, Barbosa A, Leal I. Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidadores de pacientes em fim de vida: revisão sistemática da literatura. *Cien Saude Colet*. 2015;(20 (9)):2731–47.
16. Lara A. Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório. 2015;35(3):870–85.
17. Mccloud RF, Kohler RE, Viswanath K. Cancer Risk–Promoting Information: The Communication Environment of Young Adults. *Am J Prev Med* [Internet]. 2017;[acesso em 2019 jan 30] 53(3):S63–72. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2017.03.025>
18. Barbosa IR, Costa I do CC, Pérez MMB, Souza DLB. As iniquidades sociais e as disparidades na mortalidade por câncer relativo ao gênero. *Rev Ciência Plur*. 2015;1(2):79–86.
19. Oliveira AG, Ribeiro SZR da S, Silva MIC, Vidal SA, Lopes LGF. Perfil das internações em cuidados paliativos: uma ferramenta à gestão. *Revista de Enfermagem UFPE on line* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 jan 30];12(8):2082–8. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/235952/29711>
20. Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Tratamento do câncer [Internet]. 2019 [acesso em 2019 mar 3]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento>
21. Ministério da Saúde (Brasil). Manual de Bases Técnicas da Oncologia - SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais [Internet]. 22^a. 2016 [acesso em 2019 mar 29]. 141 p. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/manual_de_bases_tecnicas_oncologia.pdf
22. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Ações de Enfermagem para Controle de Câncer [Internet]. 3^a. Rio de Janeiro; 2008 [acesso em 2019 mar 29]. 488 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//acoes-enfermagem-controle-cancer.pdf>

23. Radbruch L, Payne S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe : part 1. *Eur J Palliat Care*. 2010;16(6):278–89.
24. Oliveira M. Projeto oncorede: a (re)organização da rede de atenção oncológica na saúde suplementar. 1a. Agência Nacional de Saúde Suplementar, organizador. Rio de Janeiro; 2016. 964 p.
25. Moutinho MLP, Godoy H. Hipertensão arterial no tratamento do câncer. *Revista da SOCESP - Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*. 2017;27(4):5–8.
26. Instituto Nacional do Câncer (Brasil). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer [Internet]. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro; 2011 [acesso em 2019 jan 30]. 128 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf
27. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Hull JG, et al. Effects of a Palliative Care Intervention. *JAMA*. 2009;302(7):741–9.
28. Duil L, Toledo F, Sadao E. Metástase óssea como primeira manifestação de tumores : contribuição do estudo imuno-histoquímico para o estabelecimento do tumor primário. *Revista Brasileira de Ortopedia [Internet]*. 2017 [acesso em 2019 mar 29];53(4):467–71. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rbo.2017.06.028>
29. Roldi MSi, Moritz RD. Avaliação dos sintomas e tratamento prescritos para pacientes hospitalizados. *Revista Associação Médica Brasileira*. 2016;1–17.
30. Medeiros RB de. Aplicação sequencial da escala de performance paliativa em pacientes paliativos internados em um hospital geral. Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
31. Palmieri BN, Moulatlet EM, Kanae L, Buschinelli O, Pinto-e-silva MEM. Aceitação de preparações e sua associação com os sintomas decorrentes do tratamento de câncer em pacientes de uma clínica especializada. *Cadernos Saúde Coletiva [Internet]*. 2013 [acesso em 2019 mar 29];21(1):2–9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000100002&lng=en
32. Wiermann EG, Diz M del PE, Caponero R, Lages PSM, Araújo CZS, Bettega RT, et al. Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor Relacionada ao Câncer. 2015;132–43.
33. Carvalho RT, Souza MR, Franck EM, Polastrini RTV, Crispim D, Jales SMCP, et al., organizadores. Manual de residência de cuidados paliativos. 1º ed. São Paulo: Manole; 2018. 1004 p.
34. Oxford. Oxford textbook of palliative medicine. 5º ed. Cherny N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy R, Currow D, organizadores. Oxford: Oxford University Press; 2015. 1254 p.
35. Cai J, Guerriere DN, Zhao H, Coyte PC. Correlation of Palliative Performance Scale and Survival in Patients With Cancer Receiving Home-Based Palliative Care. 2018;XX(X):1–5.

36. Seow H, Barbera L, Dudgeon D, Howell D. The Association of the Palliative Performance Scale and Hazard of Death in an Ambulatory Cancer Population. 2013;16(2):156–62.
37. Conselho Regeional de Medicina de São Paulo. Cuidado paliativo [Internet]. 1º ed. Oliveira RA, organizador. São Paulo: CREMESP; 2008 [acesso em 2019 mar 29]. 689 p. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf
38. Dadalto L, Tupinambás U, Greco DB. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. Revista Bioética [Internet]. 2013 [acesso em 2019 mar 29];21(3):463–76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a11v21n3.pdf>
39. Orselli HDA, Rosa MF. As Resoluções n. 1805/2006 e 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina e o ordenamento jurídico brasileiro. Revista de Estudos Jurídicos UNESP. 2018;ano 22(35):407–36.
40. Saioron I, Silveira LR. Diretivas antecipadas de vontade: percepções de enfermeiros sobre os benefícios e novas demandas. 2017;21(4):1–7.

NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA

INSTRUÇÕES PARA AUTORES VERSÃO 2019

ESCOPO E POLÍTICA

A Revista Brasileira de Cancerologia (RBC) é uma publicação trimestral, de acesso aberto, publicada pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), e tem por finalidade divulgar publicações relacionadas a todas as áreas do controle do câncer.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença *Creative Commons* CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

Na submissão de manuscritos ou resumos, resultados de pesquisas com seres humanos ou estudo em animais, é obrigatória a inclusão de declaração de que a pesquisa foi aprovada ou isenta de submissão por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Os pacientes têm direito à privacidade. As informações de identificação pessoal não devem ser publicadas 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.

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 Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos (*International Committee of Medical Journal Editors* - ICMJE). Dessa forma, serão aceitos para publicação apenas os artigos de ensaios clínicos 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>).

A RBC adota as “Recomendações para a elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos” do ICMJE (<http://www.icmje.org>). O manuscrito, incluindo tabelas, ilustrações e referências, deve seguir a versão mais recente desses requisitos. Os autores devem consultar o site da ICMJE para obterem as versões mais recentes do documento.

A RBC também adota as recomendações do “Comitê de Ética em Publicações” para os aspectos éticos no processo de editoração e publicação de artigos científicos. Os códigos de conduta e diretrizes para editores e revisores estão disponíveis na página do *Committee on Publication Ethics* (Cope) na Internet (<http://publicationethics.org/>). Conflitos de interesses devem ser reconhecidos e citados pelos autores. Entre essas situações, menciona-se a participação societária nas empresas produtoras dos medicamentos 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.

Serão aceitos apenas os manuscritos formatados de acordo com essas Instruções e cuja temática se enquadre no escopo da revista, ao atendimento aos requisitos éticos e à verificação no sistema de detecção de plágio. Trabalhos que não atenderem a essas exigências serão recusados.

A revista adota o sistema *Similarity Check* para identificação de plágio.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO DOS MANUSCRITOS

O manuscrito aceito pelo editor é encaminhado para análise e emissão de parecer por, pelo menos, dois membros do Conselho Editorial e/ou Pareceristas (Revisores) *Ad Hoc*, ambos constituídos por profissionais de notório saber, com titulação de doutorado, nas diversas áreas de controle do câncer. Nesse processo, o sigilo e o anonimato serão adotados para autor(es) e pareceristas. Os revisores fazem comentários e oferecem sugestões para melhorar o manuscrito e, também, podem reprová-lo.

O manuscrito revisado deve ser reapresentado pelo(s) autor(es) à RBC, acompanhado de carta informando as alterações realizadas ou, quando não realizadas, apresentando as devidas justificativas. Não havendo retorno do manuscrito em 30 dias, será considerado que os autores não têm mais interesse na publicação e o manuscrito será considerado reprovado.

O manuscrito aprovado será publicado de acordo com o fluxo e o cronograma editorial da revista e respeitando as datas de aprovação.

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

São aceitos para publicação textos enviados pelos autores em português, inglês e espanhol e, a critério dos editores, os textos poderão ser versados e publicados também em inglês.

A submissão do manuscrito à RBC deve ser feita por meio da plataforma Open Journal Systems (OJS), com o manuscrito na íntegra, tabelas, gráficos, figuras e imagens, além de outros documentos **INSERIR link** Formulário de Submissão e Declaração de Direitos Autorais e **link Check- List**

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 originais, utilizando abordagens quantitativas ou qualitativas. Também são considerados originais as pesquisas de conteúdo histórico e os artigos metodológicos cujo foco seja os processos de coleta, análise e interpretação dos dados. Como estrutura devem apresentar o formato introdução, método, resultados, discussão e conclusão. O máximo é de 6 mil palavras, incluindo o corpo do manuscrito e as referências. As figuras, tabelas e gráficos não devem ultrapassar o número de cinco e cada uma delas deve ocupar uma lauda.
- **Artigos de Revisão da Literatura** – trata-se de artigos de revisão crítica da literatura sobre um tema ou problema específico. Devem ser descritos os tipos de revisão (narrativa, integrativa ou sistemática), os métodos e procedimentos adotados para a realização do trabalho. A interpretação e conclusão dos autores devem estar presentes. Como estrutura, deve apresentar o formato introdução, objetivo, método, resultados, discussão e conclusão. O máximo é de 8 mil palavras, incluindo o corpo do manuscrito e as referências. As figuras, tabelas e gráficos não devem ultrapassar o número de cinco e cada uma delas deve ocupar uma lauda.
- **Artigos de Opinião** – trata-se de opinião qualificada dos autores sobre tema específico em controle do câncer e serão publicadas por solicitação dos editores ou não. Não necessita de resumos. Deve apresentar introdução, desenvolvimento (com subseções, quando for o caso), conclusão e referências.
- **Relato de Casos/Série de Casos** – é a descrição detalhada e análise crítica de um ou mais casos, atípicos, acompanhado de revisão bibliográfica ampla e atual sobre o tema. Deve conter: introdução, método, exposição do caso (resultados), discussão, conclusão, referências. O máximo é de 2 mil palavras, incluindo o corpo do manuscrito e as referências. As figuras, tabelas e gráficos não devem ultrapassar o número de três e cada uma delas deve ocupar uma lauda.
- **Comunicação Breve** – é a descrição de resultados preliminares de pesquisa de natureza empírica, que possam ser apresentados de forma sucinta ou de análise de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para o controle do câncer. Deve conter, quando indicado: introdução, método, resultados, discussão, conclusão, referências. O máximo é de 2 mil palavras, incluindo corpo do manuscrito e referências. As figuras, tabelas e gráficos não

devem ultrapassar o número de três e cada uma delas deve ocupar uma lauda.

- **Cartas ao Editor** – críticas ou comentários breves sobre temas relacionados ao controle do câncer, preferencialmente vinculados a artigos publicados na revista. 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. O máximo é de 1.200 palavras.
- **Resenhas** – resenha crítica de livro relacionado ao campo temático do controle do câncer, publicado nos últimos dois anos. O máximo é de 1.200 palavras, incluindo referências.

RESPONSABILIDADE DOS AUTORES

Os manuscritos devem ser inéditos e destinarem-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).

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

Quando o manuscrito submetido já foi em grande parte publicado em outra revista ou está parcialmente contido ou estreitamente relacionado com outro manuscrito submetido ou aceito para publicação em outra revista, o(s) autor(es) deve(m) deixar isso claro na carta de submissão, bem como fornecer uma cópia do referido material para análise do editor. 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 (como pode acontecer com textos históricos ou referenciais).

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.

PREPARO DO MANUSCRITO

O original deve ser escrito na terceira pessoa do singular com o verbo na voz ativa.

O processador de textos utilizado deve ser o *Microsoft Word*, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, margens de 30 mm em ambos os lados, espaço duplo em todas as seções, tamanho do papel A4 (210 x 297mm) e páginas numeradas a partir da introdução. Não são aceitas notas de rodapé.

O preparo do manuscrito deve seguir as “Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos” da ICMJE. A versão atualizada desse documento pode ser encontrada no endereço eletrônico <http://www.icmje.org>. A última tradução para o português (2014) pode ser acessada em <http://www.icmje.org/recommendations/translations/portuguese2014.pdf>.

Recomenda-se que a estrutura dos manuscritos obedeça às diretrizes de redação científica de acordo com delineamento da pesquisa. As diretrizes para redação de ensaios clínicos, revisões sistemáticas e estudos observacionais podem ser acessadas no site da iniciativa EQUATOR Network (<http://www.equator-network.org/>).

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. Nesse caso, os autores serão previamente comunicados das mudanças ocorridas.

PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES SOBRE CADA SEÇÃO

Página de título ou folha de rosto

Deve conter:

a) Título

Título do artigo com até 150 caracteres sem espaços, alternando letras maiúsculas e minúsculas, em português, inglês e espanhol e sem abreviações.

b) Título abreviado

Título abreviado com até 50 caracteres sem espaços.

c) Autores

Nome(s) por extenso do(s) autor(es). Indicar, para cada autor, 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, país e Orcid iD.

d) Autor correspondente

Nome, endereço e telefone do autor responsável pela correspondência sobre o manuscrito.

e) Critérios de autoria (contribuições dos autores)

A designação de autoria deve ser baseada nas deliberações do ICMJE, que considera autor aquele que: 1. Contribuiu substancialmente na concepção ou no planejamento do estudo; 2. Na obtenção, na análise e/ ou interpretação dos dados; 3. 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.

f) 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

É de responsabilidade dos autores a declaração sobre possíveis conflitos de interesse, incluindo interesses políticos ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais, insumos ou equipamentos utilizados no estudo. Quando não houver, escrever “Nada a declarar”.

i) Fontes de financiamento

Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, público ou privado, para a realização da pesquisa (incluindo as agências de fomento). Quando houver fornecimento de material, insumo ou equipamento, gratuito ou com desconto para a realização da pesquisa, estes também devem ser mencionados, incluindo a empresa e a origem (cidade, estado e país). Na ausência de financiamento, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

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 e no máximo 250 palavras.

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. Os resumos devem vir acompanhados de no mínimo três e no máximo cinco descritores.

No resumo, não devem ser feitas citações de referências, bem como quadros, tabelas ou figuras.

As abreviaturas devem ser evitadas.

Introdução

O referencial teórico e as razões para executar a pesquisa devem estar detalhados de forma objetiva e clara. Citar referências atuais e pertinentes. Deve conter o(s) objetivo(s) da pesquisa.

Método

Deve ser claramente descrito como e por que o estudo foi realizado. O detalhamento de como o estudo foi realizado deve permitir que o leitor possa reproduzir a pesquisa realizada. O método inclui a descrição de delineamento, de seleção dos sujeitos da pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão e a descrição da população-alvo, das técnicas de coleta, das variáveis coletadas, análise e interpretação dos dados.

Nos estudos quantitativos, os métodos estatísticos devem ser descritos com detalhes suficientes para que o leitor possa julgar sua adequação e conferir os resultados. Definir os termos estatísticos, as abreviações e símbolos. Se for usado algum pacote de programa estatístico, especifique a versão utilizada.

Nos estudos qualitativos, detalhar a teoria, as fontes de informação, os sujeitos da pesquisa (quando pertinente), e as técnicas empregadas para coleta, síntese e análise.

Quando forem relatados experimentos com seres humanos, indicar se os procedimentos seguidos estiveram de acordo com os padrões éticos do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em seres humanos da instituição que aprovou a pesquisa, com a Declaração de *Helsinki* (última versão de 2013) e com as Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. 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.

Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>).

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, quando pertinente.

Resultados

Apresentar os resultados relevantes de acordo com o objetivo do trabalho e registrando primeiro os resultados principais ou os mais importantes. Devem ser descritos somente os resultados encontrados, sem incluir interpretações ou comparações. Fornecer as informações referentes aos desfechos primários e secundários identificados na seção de métodos.

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.

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, eventualmente, pode ser redigida junto com os resultados se for de preferência do autor, em especial nos estudos qualitativos.

Não repetir em detalhe dados ou outros materiais colocados nas seções de “introdução” ou “resultados”.

Conclusão

Deve ser fundamentada nos resultados encontrados e vinculada aos objetivos do estudo. Afirmativas não qualificadas e conclusões não apoiadas por completo pelos dados não devem constar dessa seção. Na conclusão, não devem ser feitas citações de referências, bem como quadros, tabelas ou figuras.

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 devem ser verificadas nos documentos originais. Quando se tratar de citação de uma referência citada por outro autor deverá ser utilizado o termo “apud”. No entanto, esta possibilidade deve ser evitada ou empregada limitadamente.

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Deve-se constar apenas referências relevantes e que realmente foram utilizadas no estudo.

Não há limites quanto ao número de referências. Porém, a quantidade de palavras será contabilizada no total permitido para cada tipo de manuscrito.

As referências devem seguir os padrões resumidos no documento original em inglês do ICMJE intitulado *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals: Sample References* (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html) ou os padrões apresentados na íntegra na publicação *Citing Medicine 2nd Edition* (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>) (conhecidos como ‘Estilo de Vancouver’).

Serão apresentadas as ocorrências mais comuns de referências por tipos de material referenciado. Algumas observações listadas a seguir 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 prenomes separando cada autor por vírgula (1). No caso de a 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.

Tabelas

As tabelas são utilizadas para exibir informações de maneira concisa e de fácil visualização. A inclusão de dados ou informações em tabelas, em vez de descritas no texto tem como finalidade reduzir o tamanho do texto.

Numerar as tabelas sequencialmente de acordo com a ordem de sua citação no texto e dar um título curto a cada uma. As tabelas deverão ser apontadas no corpo do texto, porém enviadas em laudas separadas. Definir para cada coluna um cabeçalho abreviado ou curto. Colocar as explicações no rodapé das tabelas e não no cabeçalho. Explicar, em notas de rodapé, todas as abreviações não padronizadas usadas em cada tabela. Utilizar símbolos para explicar as informações (letras do alfabeto ou símbolos como *, §, †, ‡).

Não enviar as tabelas como imagem para que seja possível proceder à sua edição.

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

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.

Ilustrações (figuras)

A RBC é uma publicação em preto e branco e por isso todas as ilustrações serão reproduzidas em preto e branco. As imagens devem ser digitalizadas, em branco e preto (tons de cinza), não excedendo o tamanho de 20 x 25 cm. As letras, os números e símbolos devem ser claros e legíveis, de tal forma que suportem reduções necessárias para publicação. Não colocar os títulos e explicações nas ilustrações e sim nas legendas.

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

As ilustrações devem ser numeradas de acordo com a ordem em que foram citadas no texto. As ilustrações deverão ser apontadas no corpo do texto, porém enviadas em laudas separadas.

Se uma ilustração já foi publicada, citar 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.

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

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

Nomenclatura

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

Recomenda-se que, no uso dos principais vocábulos relacionados ao câncer, sejam adotados os conceitos dos glossários temáticos *Controle de Câncer* (http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_controle_cancer.pdf) e *Fatores de Proteção e de Risco de Câncer*

(<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//glossario-tematico-fatores-protecao-cancer.pdf>).

Recomenda-se também evitar o uso de siglas ou acrônimos não usuais. Siglas ou acrônimos só devem ser empregados quando forem consagrados na literatura, prezando-se pela clareza do manuscrito. Exemplos de siglas consagradas: ONU, HIV, aids. Confira o Siglário Eletrônico do Ministério da Saúde (<http://bvsm2.saude.gov.br/php/level.php?lang=pt&component=44&item=115>).

Os originais em língua portuguesa deverão estar em conformidade com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa

(http://www.academia.org.br/sites/default/files/conteudo/o_acordo_ortogr_fico_da_lngua_portuguesa_anexoi_e_ii.pdf).

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*.
- Usar espaçamento duplo em todas as partes do documento.
- Revisar a sequência: página-título/folha de rosto; resumos e descritores; introdução; métodos, resultados, discussão; conclusão; referências; tabelas, quadros, figuras com legendas (apontadas no corpo do texto, mas cada uma em laudas separadas).
- De três a cinco palavras-chave e respectivas *key words* e palavras clave.
- Referências: numeradas, em sobrescrito, na ordem de aparecimento no texto, corretamente digitadas. 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 (20 x 25 cm máximo).
- **Incluir link** Formulário de Submissão e Declaração de Direitos Autorais preenchido e assinado somente pelo autor responsável pela submissão.
- Adicionar permissão para reproduzir material previamente publicado ou para usar ilustrações que possam identificar indivíduos.
- Acrescentar autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, quando aplicável.
- **Incluir link** Check- List