PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE

GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

DÉBORA DA SILVA OLIVEIRA

**CUIDADOS PALIATIVOS NA ONCOLOGIA: ESTUDO QUALITATIVO NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR**

GOIÂNIA

2021

DÉBORA DA SILVA OLIVEIRA

**CUIDADOS PALIATIVOS NA ONCOLOGIA: ESTUDO QUALITATIVO NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR**

Artigo elaborado para fins de avaliação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II do curso de Graduação em Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Orientadora: Profª. Dra. Gabrielly Craveiro Ramos.

GOIÂNIA

2021

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE**

**CURSO DE FISIOTERAPIA**

**AVALIAÇÃO ESCRITA**

Título do trabalho:

Acadêmico(a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Orientador(a):.........................................................................................................

Data:......../......../........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AVALIAÇÃO ESCRITA (0 – 10)** | | |
| **Item** |  |  | |
|  | Título do trabalho – Deve expressar de forma clara o conteúdo do trabalho. |  | |
|  | Introdução – Considerações sobre a importância do tema, justificativa, conceituação, a partir de informações da literatura devidamente referenciadas. |  | |
|  | Objetivos – Descrição do que se pretendeu realizar com o trabalho, devendo haver metodologia, resultados e conclusão para cada objetivo proposto |  | |
|  | Metodologia\* – Descrição detalhada dos materiais, métodos e técnicas utilizados na pesquisa, bem como da casuística e aspectos éticos, quando necessário |  | |
|  | Resultados – Descrição do que se obteve como resultado da aplicação da metodologia, pode estar junto com a discussão. |  | |
|  | Discussão\*\*– Interpretação e análise dos dados encontrados, comparando-os com a literatura científica. |  | |
|  | Conclusão – síntese do trabalho, devendo responder a cada objetivo proposto. Pode apresentar sugestões, mas nunca aspectos que não foram estudados. |  | |
|  | Referência bibliográfica – Deve ser apresentada de acordo com as normas do curso. |  | |
|  | Apresentação do trabalho escrito – formatação segundo normas apresentadas no Manual de Normas do TCC |  | |
|  | Redação do trabalho – Deve ser clara e obedecer às normas da língua portuguesa |  | |
| Total |  |  | |
| Média  (Total/10) |  |  | |

Assinatura do examinador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Critérios para trabalhos de revisão:

\*Metodologia: descrever o método utilizado para realizar a revisão bibliográfica: sistemática adotada na seleção dos artigos, palavras chaves e base de dados utilizadas, intervalo temporal abrangido, definição de eixos estruturantes norteadores da revisão.

\*\*Discussão: a discussão do que foi encontrado na literatura é o próprio desenvolvimento do trabalho, o qual pode ser organizado por capítulo.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE**

**CURSO DE FISIOTERAPIA**

**FICHA DE AVALIAÇÃO DA APRESENTAÇÃO ORAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ITENS PARA AVALIAÇÃO** | **VALOR** | **NOTA** |
| **Quanto aos Recursos** |  |  |
| 1. Estética | 1,5 |  |
| 2. Legibilidade | 1,0 |  |
| 3. Estrutura e Sequência do Trabalho | 1,5 |  |
| **Quanto ao Apresentador:** |  |  |
| 4. Capacidade de Exposição | 1,5 |  |
| 5. Clareza e objetividade na comunicação | 1,0 |  |
| 6. Postura na Apresentação | 1,0 |  |
| 7. Domínio do assunto | 1,5 |  |
| 8. Utilização do tempo | 1,0 |  |
| Total |  |  |
|  |  |  |

Avaliador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CUIDADOS PALIATIVOS NA ONCOLOGIA: ESTUDO QUALITATIVO NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR**

Palliative care in oncology: Qualitative study in the multidisciplinary team.

Cuidados paliativos em oncología: Estudio cualitativo em el equipo multidisciplinar.

Título Resumido: **ONCOLOGIA: ESTUDO QUALITATIVO NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR**

**AUTORES:** Débora da Silva Oliveira1, Gabrielly Craveiro Ramos2, Arethuzza Alves Moreira3.

¹Discente do Curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: [debora\_sog@hotmail.com](mailto:debora_sog@hotmail.com)

²Docente e pesquisadora da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: [gabriellyfisioterapia@gmail.com](mailto:gabriellyfisioterapia@gmail.com)

3Fisioterapeuta, Especialista em Fisioterapia Oncológica. Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: [arethuzzalves@hotmail.com](mailto:arethuzzalves@hotmail.com)

Autora principal: Débora da Silva Oliveira

Telefone: (62) 99602-5120

E-mail: debora\_sog@hotmail.com

Endereço: Rua C-56, Quadra 93, Lote 16 casa 1, Setor Sudoeste, Goiânia, Goiás, CEP 74305-350.

**CUIDADOS PALIATIVOS NA ONCOLOGIA: ESTUDO QUALITATIVO NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR**

Palliative care in oncology: Qualitative study in the multidisciplinary team.

Cuidados paliativos em oncología: Estudio cualitativo em el equipo multidisciplinar.

**RESUMO**

**Introdução:** os cuidados paliativos atuam no alivio do sofrimento biopsicossocial e espiritual do paciente e de sua família. Os cuidados paliativos tiveram sua prática reconhecida na área de atenção à saúde na década de 1960, no Reino Unido, tendo como pioneira a médica e também assistente social e enfermeira Cecily Saunders. Para que esses cuidados possam ser realizados, uma equipe multidisciplinar composta por vários profissionais de diferentes áreas do conhecimento que se unem, para trabalharem em conjunto em prol do paciente e de sua família. **Objetivos:** Compreender a atuação dos diferentes profissionais da saúde dentro de cada dimensão (física, psicológica, social, espiritual) nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos. Métodos: estudo descritivo e com abordagem qualitativa, nos permitindo uma melhor compreensão do tema proposto e, através dele, buscar entender sobre a atuação desses profissionais nas dimensões do cuidado ao paciente oncológico. **Resultados:** Os resultados apontam a importância da atuação da equipe multidisciplinar dentro dos cuidados paliativos, em todas as dimensões do cuidado ao paciente que se encontra em sofrimento e de sua família. **Discussão:** É importante que a equipe tenha um atendimento mais humanizado dentro do CP, tratar o doente e não a doença. **Conclusão:** Conclui-se que a equipe multidisciplinar tem um papel importante dentro do cuidado ao paciente oncológico, pois é evidente que uma boa comunicação entre a equipe leva a um atendimento de qualidade ao indivíduo que se encontra em cuidados paliativos e sua família.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos, Oncologia, Equipe Multidisciplinar.

**INTRODUÇÃO**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2017, definiu os cuidados paliativos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (sejam eles adultos ou crianças), e de seus familiares que enfrentam problemas associados a doenças potencialmente fatais. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas. O cuidado paliativo é a prevenção e o alívio do sofrimento físico, psicológico, social ou espiritual – vivenciado por adultos e crianças que vivem com problemas de saúde limitantes. Promove dignidade, qualidade de vida e adaptação às doenças progressivas, usando as melhores evidências disponíveis1.

Os cuidados paliativos tiveram sua prática reconhecida na área de atenção à saúde na década de 1960, no Reino Unido, tendo como pioneira a médica e também assistente social e enfermeira Cecily Saunders. Um marco importante dessa época foi a criação do Saint Christophers Hospice, em Londres em 19672.

              O movimento dos cuidados paliativos como ficou conhecido, chegou na América em 1970 através de Elisabeth Kubler-Ross, uma psiquiatra suíça que morava nos Estados Unidos, que teve contato com o trabalho de Cecily Saunders. Foi criado entre 1974 e 1975 na cidade de Connecticut (Estados Unidos) o Hospice, fazendo com que, o movimento dos cuidados paliativos se disseminasse2.

            No Brasil os cuidados paliativos tiveram seu início em 1980, através do surgimento de um serviço no Rio Grande do Sul. A criação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) em 1997, e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) em 2005, foram algumas das iniciativas que levaram à progressiva disseminação dos cuidados paliativos no Brasil. Em 2013 a Medicina Paliativa foi reconhecida como uma especialidade pelo Conselho Federal de Medicina3.

               Em um levantamento feito pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), em 2018 existiam 177 serviços de cuidados paliativos atuando no Brasil. Sendo, 58% (103 serviços) concentram-se na região Sudeste, 20% (36 serviços), na região Nordeste, 14% (25 serviços), na região Sul, 5% (oito serviços), na região Centro-Oeste, enquanto apenas 3% (cinco serviços) estão localizados na região Norte do país4. Apesar de sabermos que a atenção primária pode ser uma estratégia de menor custo e impacto na saúde da população, os serviços de CP do país se encontram concentrados nos hospitais5.

            Os cuidados paliativos são destinados a pacientes que possuem uma doença que ameace a vida, dentre elas está inserido o câncer6.

          O câncer é um problema de saúde pública, e está entre as causas principais de mortes na grande maioria dos países. Houve nos últimos anos um aumento significativo na incidência e mortalidade por câncer no mundo. Em 2018 houve 18 milhões de novos casos de câncer e 9,6 milhões de óbitos. Sendo o câncer de pulmão e mama os mais incidentes com 2,1 milhões de casos, seguido pelos cânceres de cólon e reto com 1,8 milhões e próstata com 1,3 milhões de casos diagnosticados7.

        No Brasil estima-se o surgimento de 625 mil novos casos de câncer de 2020 a 2022, sendo o câncer não melanoma com maior incidência (177 mil casos), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil casos cada), cólon e reto (41 mil casos), pulmão (30 mil casos) e estômago (21 mil casos). Na Região Sudeste é onde se concentra 60% ou mais da incidência de pacientes com câncer, sendo seguido pela Região Nordeste com 27,8% e Região Sul com 23,4%. Todavia, existe uma grande variação dos tipos de cânceres que mais afetam a população das diferentes regiões do país. A região centro-oeste apresenta maior incidência de câncer de colo de útero e estômago, já nas Regiões Norte e Nordeste, os cânceres de próstata e mama feminina são os mais encontrados7.

              Os tipos de cânceres mais comuns nos homens são o de próstata (65.840 mil), cólon e reto (20.540 mil), traqueia, brônquios e pulmão (17.760 mil), e em mulheres são de mama (66.280 mil), cólon e reto (20.470 mil), traqueia, brônquio e pulmão (12.440 mil)8.

          Alguns tipos de câncer possuem alta morbidade e mortalidade e seus pacientes necessitam de cuidados paliativos, objetivando a melhora da qualidade de vida não somente do paciente, mas também de seus familiares, através da prevenção ou alívio do sofrimento, tratamento da dor e outros sintomas, assim como suporte psicossocial e espiritual3.

Para que esses cuidados possam ser realizados, uma equipe multidisciplinar composta por vários profissionais de diferentes áreas do conhecimento que se unem, para trabalharem em conjunto em prol do paciente e de sua família. A equipe é formada por: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, sendo que cada profissional terá sua função específica9.

           Nos cuidados paliativos existem quatro dimensões (física, psicológica, social e espiritual) do cuidado, que possibilitam que a equipe multidisciplinar alivie o sofrimento do paciente e de seus familiares e melhore a qualidade de vida do indivíduo e da família. A abordagem dessas dimensões no tratamento do paciente trará benefícios no processo do cuidar, nos momentos de finalização do seu ciclo vida-morte.

         Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo compreender a atuação dos diferentes profissionais da saúde dentro de cada dimensão (física, psicológica, social, espiritual) nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos.

**METODOLOGIA**

            Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada com a colaboração de profissionais da saúde que atuam nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos de um hospital da cidade de Goiânia/Goiás. O estudo é descritivo e com abordagem qualitativa, nos permitindo uma melhor compreensão do tema proposto e, através dele, buscar entender sobre a atuação desses profissionais nas dimensões do cuidado ao paciente oncológico.

           Esta pesquisa foi realizada através da participação de 6 profissionais de saúde das mais diferentes áreas do conhecimento (1 médico, 2 enfermeiras, 1 fisioterapeuta, 1 assistente social e 1 psicóloga). Todos os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disponível na plataforma *Google Forms*. A pesquisa teve a aprovação ética através do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (CEP-PUC Goiás) sob o parecer nº....

         Foram utilizados como critérios de inclusão: profissionais da saúde de nível superior completo, que atuam nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos. Critérios de exclusão: profissionais que não possuem nível superior completo e não trabalham com cuidados paliativos em pacientes oncológicos. A coleta de dados foi realizada de setembro de 2021 a outubro de 2021.

       Para a coleta de dados, foi enviado através do aplicativo Whatsapp a seguinte pergunta: *“Sabendo que os cuidados paliativos trabalham com dimensões (física, psicológica, social, espiritual), de que forma é a sua atuação em cada dimensão?”*

        Os voluntários da pesquisa tiveram a opção de enviar sua resposta em forma de áudio ou de forma escrita, sendo que, dos seis participantes somente um escolheu a opção áudio. Todos os outros cinco optaram por escrever suas respostas. Os dados coletados foram salvos em arquivos e aguardados em um pen drive.

       A pesquisa realizada tem caráter fenomenológico, ou seja, algo a ser compreendido, onde a realidade não é considerada algo objetivo, mas tem a experiência como questões vividas10.

        A análise dos dados foi realizada de acordo com as etapas descritas a seguir:

         A primeira etapa se deu através da transcrição dos relatos colhidos e pela minuciosa leitura das entrevistas, com o intuito de compreender as experiências vivenciadas por cada entrevistado.

         A segunda etapa se caracterizou pela elaboração das unidades de significado, ou seja, pela abordagem qualitativa do conteúdo que foi extraído após a leitura detalhada dos relatos de cada entrevistado em relação à perspectiva dirigida pela pesquisadora.

         Na sequência, em uma terceira etapa, as unidades de significado foram divididas em categorias/temas com a intenção de transformar a linguagem coloquial da entrevista em um discurso científico.

         Por fim, a quarta etapa se caracterizou através da integração da análise realizada de acordo com os temas anteriormente determinados, seguindo os critérios que refutam ou corroboram entre si, construindo dessa forma os aspectos compreensivos da estrutura fenomenológica.

**RESULTADOS**

       Os cuidados paliativos são compostos por seis dimensões, entretanto, somente quatro delas foram colocadas na pergunta a qual os profissionais da saúde que atuam nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos responderam, pois, o tema se tornaria muito abrangente mudando totalmente o foco deste trabalho que é entender a atuação de cada profissional dentro das dimensões física, psicológica, social e espiritual nos cuidados paliativos.

          A dimensão física corresponde a todas as condições físicas que a doença e/ou o tratamento da mesma pode vir a fazer o paciente apresentar, e também avaliar os riscos da perda de funcionalidade de dependência do indivíduo11. As respostas e/ou falas dos profissionais de saúde com relação à dimensão física foram as seguintes:

*“...Os recursos, métodos e técnicas da fisioterapia são empregados para prevenir, retardar e tratar alterações físicas, déficit de funcionalidade e controle de sintomas...” – Bonnie Bennet.*

           O paciente oncológico em cuidados paliativos pode apresentar várias causas que podem afetar a funcionalidade, as atividades de vida diária e consequentemente a qualidade de vida desse indivíduo12. A fisioterapia irá atuar de forma a controlar os sintomas que o paciente apresenta, seja devido a doença ou ao tratamento, assim como também possibilita a melhora de sua capacidade funcional.13

*“...atuamos em conjunto com a equipe, no auxílio ao controle de sintomas diversos como dor, náuseas, vômitos, dispneia, diarreia, constipação, inapetência, insônia, agitação, delirium, edemas, dentre outros.” – Spencer Hastings.*

*” ...eu avalio os possíveis problemas que podem causar desconforto para o paciente como dor e dispneia.” – Carrie Wells.*

              A enfermagem é responsável dentro desta dimensão por elaborar um plano de cuidados de enfermagem para a equipe, estabelecendo metas terapêuticas e priorizando os cuidados, administrando medicamentos por via subcutânea, orientar o paciente, familiares e equipe sobre a manutenção do acesso, assim como orientar o paciente seus familiares e cuidadores com relação aos efeitos colaterais causados pelos medicamentos usados pelo paciente, realizar procedimentos como troca de sonda vesical de demora, gastrostomia, avaliar e tratar feridas e lesões que são mais comuns de encontrar em pacientes de cuidados paliativos, realizar visitas domiciliares fornecendo cuidados para o paciente14.

*“... apoio à equipe médica e de enfermagem para proporcionar alívio e conforto aos pacientes que estão com doença avançada, atuando no controle dos sintomas comuns em pacientes oncológicos com diagnóstico de Fora de Possibilidade de Cura...” – Elizabeth Forbes*

             A assistente social é responsável por buscar informações sobre a situação do paciente dos seus familiares e/ou cuidadores, pois tais informações irão auxiliar na preparação da família e do paciente para alta (em caso de pacientes internados) e a necessidade de continuar com os cuidados a esses pacientes no domicílio12, auxílio quanto ao acesso a recursos como por exemplo, oxigênio, cama hospitalar, cesta básica, fraldas geriátricas, materiais de curativo dentre outros14.

*“... Utilizo medicações isoladas e em associações. No seguimento faço os ajustes que forem necessários, levando em consideração os detalhes relativos a cada paciente em particular. Explico a fisiopatologia dos sintomas apresentados e o modo de atuar das medicações.” – Carlisle Cullen.*

             O médico é responsável pelo controle dos sintomas que o paciente apresenta, através da prescrição de medicamentos que irão aliviar as manifestações clínicas desse indivíduo14. Dentro de suas competências também estão: realização de diagnósticos clínicos, conhecer a doença que o paciente apresenta assim como os tratamentos que serão previamente feitos, a evolução que se espera daquela determinada fase da doença e as implicações clínicas para o paciente especialmente naquele momento12.

*“... também faço avaliação éé dos sintomas físicos que estão mais incomodando né, que estão trazendo mais sofrimento ééé discuto com a equipe multiprofissional ééé possibilidades, estratégias do manejo desses sintomas...” – Blair Waldorf.*

              Evidências apontam que, os sintomas emocionais têm relação com os sintomas físicos e estes podem ser aspectos que irão aumentar o sofrimento do paciente em cuidados paliativos. É papel do psicólogo que atua nos CP avaliar possíveis sintomas psicológicos que estão sendo responsáveis pelos sintomas físicos, e buscar a melhor forma de tratamento, diminuindo o sofrimento do indivíduo que se encontra em CP.15

               A dimensão psicológica está relacionada diretamente aos sentimentos que o paciente apresenta, quando ele enfim compreende que está morrendo. É o medo, angústia, a culpa, os arrependimentos, raiva, preocupações, ausência do significado da vida, conflitos familiares e a aceitação do findar de sua vida11. As respostas e/ou falas dos profissionais de saúde com relação à dimensão psicológica foram as seguintes:

*“... prevenção de agravos nos aspectos psicológicos e na identificação dos desajustes emocionais e psicológicos apresentados pelo paciente paliativos, fazer escuta ativa, mostrar que o paciente não está sozinho para enfrentar a situação de doença grave, crônica e progressiva.” – Bonnie Bennet.*

                A fisioterapia não tem somente a finalidade de devolver a capacidade funcional do paciente ela também tenta intervir nos aspectos psicológicos como estresse, depressão, sentando para ouvir o paciente, conversando, dando atenção e o apoio que tanto o paciente quanto a família precisam nesse momento.13

*“... procuramos realizar escuta ativa ao paciente e aos cuidadores. E quando observado sinais de quadro de ansiedade, angústia, depressão, luto patológico, luto antecipatório, distress, encaminhamos para psicóloga da equipe para avaliação e acompanhamento.” – Spencer Hastings.*

*“... avalio o paciente e a família principalmente a aceitação da doença e o processo de morte. Nossa cultura pra morte é muito ruim, logo é um dos fatores mais difíceis.” – Carrie Wells.*

              A enfermagem irá atuar de forma a realizar a escuta ativa dando a oportunidade para que o paciente fale à vontade e sofra menos, acolher as angústias e as dúvidas da família com relação ao cuidado e as condições clínicas do indivíduo, fazendo a identificação de atitudes conflituosas entre a família e também atuando na criação de diretivas antecipadas de vontade do paciente.14

*“... presto assistência imediata, ou seja, quando surge a necessidade e não tem a presença da psicóloga, atuo apenas para auxiliar no momento sem aprofundar na questão e então encaminho para o profissional da psicologia para o atendimento específico.” – Elizabeth Forbes.*

                Nesta dimensão a assistente social tem por objetivo dar voz ao paciente e aos seus familiares permitindo que eles consigam colocar para fora todas as suas tristezas e insatisfações9, deve intervir nas necessidades emocionais que podem afetar o indivíduo durante o seu processo de morte, proporcionando autonomia e auxílio para resolver quaisquer pendências que possa vir a ter.16

*“... Preocupo-me que o paciente esteja me compreendendo. Dirijo o olhar diretamente para o paciente. Exijo que um familiar esteja presente no decorrer do atendimento. Às vezes me dirijo ao familiar para entender a resposta que o paciente dá ou quer dar. Sento-me em uma cadeira próximo do paciente. Mudo o vocabulário para me fazer entender melhor. Faço algumas brincadeiras para amenizar a tensão que a visitação domiciliar provoca.” – Carlisle Cullen.*

                 O médico deverá observar se existem sinais de ansiedade, depressão, se existe a dificuldade para conversar sobre questões voltadas para a morte tanto com a família quanto com amigos, devendo encaminhar esse indivíduo para a psicologia. Também de conversar com o paciente tirando todos os seus receios e medos com relação ao processo pelo qual aquele indivíduo está passando, possibilitando encontrar melhores formas para lidar de forma satisfatória com o sofrimento do indivíduo, sempre respeitando os desejos do paciente concedente ao mesmo o alívio do seu sofrimento.17

*“...é trabalhando os pensamentos disfuncionais que estão relacionados com-com emoções, éé com emoções difíceis né, então eu ajudo o paciente a ficar consciente desses pensamentos, dessas crenças disfuncionais e que estão relacionadas a transtornos como a ansiedade, transtorno de humor de modo geral.” – Blair Waldorf.*

                 O psicólogo é responsável por atuar nas desordens que causam estresse, depressão, sofrimento, dando também suporte emocional à família, permitindo a ela ter conhecimento e compreensão do processo da doença nas suas mais diferentes fases, e procurando o tempo todo formas de ter a autonomia do paciente respeitada.9

              Na dimensão social o paciente que se encontra em CP perde sua independência nas realizações de atividades que antes da doença ele conseguia fazer e que agora com a doença isso não é mais possível (Exemplo: Trabalhar), as relações com outras pessoas são comprometidas devido ao fato de o indivíduo estar passando por um momento difícil na vida dele, e por isso acaba se afastando das pessoas e se isolando do mundo. As dificuldades financeiras são outro ponto importante que podemos encontrar dentro dessa dimensão pois, o paciente que antes era o provedor da casa está impossibilitado de trabalhar devido a doença a qual foi acometido, o que acaba trazendo preocupações ao mesmo sobre como vão pagar as contas, como vão comprar alimentos o que pode comprometer o bem estar econômico de toda a família gerando não somente o sofrimento social como também o emocional11. Sendo assim, as respostas e/ou falas dos profissionais de saúde com relação à dimensão física foram as seguintes:

*“...muitas vezes enfrenta um grande sofrimento psicológico por não ter mais a vida ativa que ele tinha antes. São indivíduos que trabalhava, passeava, sustentava a família e que agora encontra em uma situação que tirou dele uma vida social. A falta de autonomia, as limitações funcionais e os sintomas apresentados fazem com que o paciente cria um isolamento social e com isso um grande sofrimento que afeta o psicológico e o físico do paciente.” – Bonnie Bennet.*

*“... atuo tendo a preocupação em saber sobre quais as medicações que prescrevo tomando como base os respectivos preços. Explico as dificuldades que o Sistema de Saúde tem para prestar os atendimentos que a população necessita. Levo em consideração a avaliação que a Assistente Social faz das condições socioeconômicas da família. Preencho formulários, algumas vezes, bastante extensos, para o paciente obter medicações na rede pública.” – Carlisle Cullen.*

              Não é muito claro o papel do fisioterapeuta e do médico dentro da dimensão social. Os dois profissionais realizam escuta ativa, e repassam as demandas para os profissionais necessários naquele momento, e então eles irão decidir como proceder.

*“... procuramos avaliar as demandas/necessidades sociais do paciente/cuidador, em conjunto com o serviço social, para podermos de acordo com as mesmas encaminhar para devidos locais ou órgãos (passe livre, INSS, Juarez Barbosa, OVG, prefeitura, secretária de saúde). Pois os mesmos devidamente orientados podem fazer valer seus direitos e ser melhor amparados nesse momento de adoecimento.” – Spencer Hastings*.

*” ...avalio a condição do paciente financeira, condições para compra de medicação, alimentos em caso de sonda nasoentérica e uso de oxigênio domiciliar, ou outra necessidade que dependa financeiramente do paciente.” – Carrie Wells.*

             O profissional enfermeira(o) deve verificar os critérios de elegibilidade para inclusão entre as modalidades de atendimento, atuar mutuamente com os cuidadores e familiares do paciente em cuidados paliativos, nas decisões relativas ao cuidado feito por estes, conhecer as redes de suporte que estão disponíveis no sistema de saúde para os CP, orientar os familiares para o óbito domiciliar e procedimentos que devem ser tomados pós-óbito14.

*“...fico bastante envolvida na atenção às necessidades básicas dos pacientes e familiares, realizo a escuta ativa da situação financeira e familiar do paciente. Quando necessário encaminho para os serviços previdenciários e de direito que possam amenizar o sofrimento pela perda da saúde, da dignidade e da dependência de terceiros.  Ainda dentro da busca em ajudar encaminhamos um pedido de apoio a alguns voluntários que se dispõem a prestar auxílio àqueles que estão precisando.” – Elizabeth Forbes.*

               O assistente social é responsável por fazer o levantamento de informações que podem ser necessárias durante todo o processo terapêutico do paciente, traçando um perfil socioeconômico com informações sobre componentes familiares, local de moradia, renda familiar, formação, religião, profissão, situação empregatícia do indivíduo e rede de suporte social que são importantes para identificar possíveis necessidades sociais18. Orientar o paciente e a família sobre os direitos, deveres e benefícios das políticas sociais que estão em vigor, além de atuar de forma que o paciente consiga ter acesso aos recursos que irão contribuir na melhora da qualidade de vida dele e de sua família.12

“...*contando muito com o suporte do assistente social, do serviço social ee da própria comunidade né, muitas vezes a gente utiliza os vizinhos próximos, os amigos, as pessoas que são referências pra esse paciente que são fonte de suporte social e instrumental ee nós acionamos essa rede...” – Blair Waldorf.*

              O profissional psicólogo é responsável por minimizar os efeitos causados pela doença de forma a facilitar o retorno desse indivíduo de volta à sociedade, e fazendo com que o mesmo tenha uma rotina muito próxima ao que era antes da doença.15

            A dimensão espiritual se refere à falta de sentido na vida e na morte, ao medo do pós-morte, às culpas perante Deus e à busca de fé e de conforto espiritual19. Sendo assim, as respostas e/ou falas dos profissionais de saúde com relação à esta dimensão foram as seguintes:

*“... respeitar o paciente na sua opção religiosa. Dar apoio espiritual quando necessário e encaminhar o paciente para o assistente espiritual do serviço. Escutar, orientar e não deixar que o paciente se penalize por achar que tem culpa de estar passando por processo de doença grave. Não tirar a esperança e nem dar falsas esperanças para o paciente e seu familiar.” – Bonnie Bennet.*

*“... Prestamos auxílio imediato de acordo com a necessidade do momento e dentro do nosso conhecimento, respeitando a religião e crença de cada um. Posteriormente orientamos a buscar apoio de religiosos de sua congregação na comunidade onde vivem, às vezes fazemos contato com esses religiosos quando necessário.” – Elizabeth Forbes.*

*“... atuo comunicando as notícias ruins na medida que percebo que o paciente suporta. Para eu comunicar as notícias ruins de maneira mais clara eu crio um outro ambiente fora da presença do paciente, em outro cômodo da casa, mas também com a preocupação de não fazer o familiar se desesperar.” – Carlisle Cullen.*

    A literatura não traz com clareza o papel desses profissionais dentro da dimensão espiritual. Sabe-se que esses profissionais fazem a escuta ativa, onde conseguem avaliar possíveis necessidades naquele momento, e repassam as demandas que foram identificadas para outros profissionais da equipe que tem uma atuação maior dentro dessa dimensão do cuidado (Exemplo: psicólogo e capelão).

*“... estimulamos as práticas e rituais que o paciente já tinha antes do adoecimento. Recomendamos a participação nos locais, como igrejas, templos ou que os responsáveis por esses locais visitem os pacientes no seu domicílio.” – Spencer Hastings.*

*“... sempre que o paciente tem alguma crença, gosto de usá-la na tentativa de amenizar o sofrimento ou pra falar de vida após a morte. Para quem sabe diminuir o medo que eles têm da vida após a morte.” – Carrie Wells.*

               O profissional da enfermagem deve aderir às demandas religiosas ao plano terapêutico do paciente, reconhecendo-as e possibilitando a sua implementação, cooperando para a realização dos ritos de passagem, avaliar constantemente as necessidades espirituais do paciente que podem sofrer modificações ao longo do processo, realizar os cuidados com o corpo após o óbito (devendo ocorrer de acordo com as demandas religiosas do paciente)14.

*“...  O suporte espiritual também, após a avaliação éé faço as recomendações sobre quantoo aa o aspecto espiritual é importante nessas etapas de fragilidades ee aa se a gente, se o paciente não está internado eu costumo solicitar o auxílio doo da rede mesmo doss éé pessoas que fazem parte dessa rede espiritual do paciente eee sempre me colocando à disposição também pra mediação...” – Blair Waldorf.*

          O psicólogo precisa ter entendimento dos princípios religiosos que envolve o paciente, assim como alternativas para reforçar o suporte emocional, concedendo ao mesmo a possibilidade de entender o sentido de sua vida, assim como o de seu sofrimento e do seu adoecimento.9

O papel dos profissionais envolvidos nesta dimensão será o respeito para as escolhas religiosas de cada um, bem como o auxílio na prática de uma escuta ativa e acolhedora.

**DISCUSSÃO**

             Os cuidados paliativos, como já foram descritos anteriormente, compreendem as dimensões física, psicológica, social e espiritual, cada uma com uma forma de abordagem ao paciente que se encontra em sofrimento. As quatro dimensões (física, psicológica, social e espiritual) estão interligadas diretamente, quando se fala na dimensão física que compreende o quadro clínico que o paciente pode apresentar devido a doença que o acometeu, ou até os sintomas que podem aparecer devido ao tratamento, se falando também das outras dimensões pois, pode ser devido a questões emocionais por exemplo, que o paciente está apresentando sintomas físicos que estão interferindo nos cuidados a esse indivíduo. Isso mostra claramente que os profissionais que atuam nos CP irão participar em todas as dimensões desse cuidado, sejam elas físicas, psicológicas, sociais ou espirituais com o objetivo de cuidar daqueles que se encontram em sofrimento e de seus familiares.

Com isto, o profissional inserido na equipe deverá ter conhecimento de todas as dimensões destacadas. O estudo de Góes *et al,* (2016), evidenciou a importância da inserção da fisioterapeuta dentro dos cuidados paliativos nos pacientes oncológicos hospitalizados. Os autores identificaram que o fisioterapeuta não é responsável somente por atuar nas desordens físicas que irão levar a redução da capacidade funcional desse indivíduo, mas também atua nos aspectos psicológicos, espirituais, estimulando o paciente, ouvindo o que ele tem para dizer, atuando em todas as suas dimensões e dando apoio para a família, já que o fisioterapeuta sempre está em contato direto com este paciente, uma vez que, a fisioterapia participa ativamente do processo de cuidar e reabilitar.

Por outro lado, a equipe de enfermagem talvez seja a que mais se destaca dentro do processo de cuidar, já que de acordo com o Manual de Cuidados Paliativos (2021), o enfermeiro atua dentro de todas as dimensões do cuidado a esse paciente sejam elas físicas, psicológicas, espirituais ou sociais. Fernandes *et al,* (2013), abordou em seu estudo a necessidade de uma prática assistencial voltada para o bem-estar biopsicossocial e espiritual do indivíduo em sua finitude, com a finalidade de minimizar o sofrimento desse paciente em cuidados paliativos. O estudo apontou que o enfermeiro reconhece a importância do cuidado diferenciado, mais humanizado, atuando de forma multidisciplinar, tendo como prioridade o conforto do paciente que se encontra em sofrimento, assim como o de sua família.

A medicina paliativa se fundamenta numa visão holística, que procura de forma integrada, identificar e minimizar problemas de ordem física, psicológica, social e espiritual. Por isso é de extrema importância a atuação conjunta de uma equipe multidisciplinar composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, dentre outros profissionais que prestem assistência ao paciente e seus familiares com o objetivo de aliviar o sofrimento (FERREIRA; LOPES; MELO; 2011).

         De acordo com o Tratado de Enfermagem em Oncologia (2018), multidisciplinariedade é definida como *"… conjunto de disciplinas que trata, simultaneamente, de uma dada questão, sem que os profissionais implicados estabeleçam trocas efetivas entre si”.* Ou seja, cada profissional que faz parte dessa equipe irá expor suas hipóteses e teorias sendo que, o objeto em questão é abordado de diferentes formas realizando a troca de informações, porém cada profissional irá atuar de forma isolada (Baère; Faustino; Miranda; 2017).

Diferente da multidisciplinaridade a interdisciplinaridade que de acordo com Matos; Pires; Gelbcke; (2012), é definida como *“... a interação entre uma ou mais disciplinas, sendo que essa interação pode variar desde a simples comunicação de ideias até a integração mútua de conceitos.”*  Na interdisciplinaridade ocorre um diálogo que leva a um crescimento e um enriquecimento dos profissionais de diferentes profissões, estabelecendo também uma relação de trabalho nas equipes ao mesmo tempo em que, cada profissional repense a sua prática de forma a evitar possíveis conflitos no trabalho em saúde.

Os cuidados paliativos devem ser realizados por uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar de forma humanizada. O foco dessa equipe não é a cura da doença, mas sim o cuidado ao indivíduo de forma integral, por isso é importante o diálogo entre os profissionais de diferentes áreas, tendo em vista que precisam estar em completa sintonia com relação ao tratamento do paciente. Quando se fala de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade também se fala sobre transdisciplinaridade que de acordo com Fernando Hernández (1998), se caracteriza pela definição de um fenômeno de pesquisa que requer uma metodologia compartilhada, transcendente as tradições de campos de estudo que tenham sido concebidos de maneira fechada.

         Na equipe transdisciplinar a prática dos profissionais requer uma articulação integrada, onde os mesmos irão agregar percepções e saberes para atender a demanda, abrangendo também questões de religiosidade ou espiritualidade. Assim como interdisciplinaridade em que o objetivo é o paciente e sua família, na transdisciplinaridade ocorre um compartilhamento de conhecimentos das diversas especialidades que compõe a equipe de cuidados paliativos, construindo uma atuação conjunta voltada para o cuidar e o bem-estar do paciente e de seus familiares (MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2021).

       Desta forma entende-se a importância de uma equipe multidisciplinar que seja inter e trans, pois nos cuidados paliativos não se pode reduzir o paciente à doença que ele apresenta, porque como foi visto anteriormente os sintomas físicos podem estar conectados ao psicológico, social e ao espiritual. Por isso, se torna importante que os profissionais que atuam nesses cuidados tenham uma competência comunicacional. A comunicação de acordo com o Manual de Cuidados Paliativos (2021), é o pilar desses cuidados na prática paliativista. É importante que esses profissionais desenvolvam uma boa percepção de que irão auxiliar nas dimensões do sofrimento nos mais diversos cenários que surgirem.

       De acordo com Artur *et al,* (2021), uma barreira que impede a discussão de profissionais da saúde com os pacientes e familiares, é o sofrimento que pode surgir acerca das discussões sobre os cuidados de fim de vida dos pacientes e de seus familiares. Muitos profissionais tem dificuldade de conversar sobre cuidados de fim de vida com os pacientes e seus familiares, por receio de acabar com a esperança deles de que o paciente irá ser curado da doença que está ameaçando sua vida.

         Um exemplo que pode ser citado é sobre a dificuldade em conversar sobre os CP, e que foi relatado por alguns profissionais entrevistados, é a negação por parte de familiares do indivíduo que se encontra nos cuidados de fim de vida. Os familiares de alguns pacientes passam por um processo de total negação, ou seja, eles não aceitam que seu ente querido está passando pelo processo de morte, o que dificulta os cuidados ao paciente, devido a discordância dos familiares durante o processo dos atendimentos feitos pela equipe.

        A morte é um processo pelo qual todos irão enfrentar, independentemente de ser devido a uma doença que ameace a vida ou devido ao processo de envelhecimento. É importante que seja prestado o suporte para a família, pois assim como o paciente, eles também estão em sofrimento. A família também passa por estágios de adaptação, como os pacientes, e um deles como foi dito anteriormente é a negação. Cada família é diferente, então cabe à equipe de cuidados paliativos customizar as demandas de acordo com as necessidades e por consequência os cuidados prestados. Sendo assim, é preciso que seja feita uma avaliação onde deve ser identificado as necessidades desses indivíduos, que deverão constar no plano terapêutico (MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2021).

      É compreensível que durante todo esse processo a família passe por momentos difíceis que irão ocasionar altos níveis de estresse. Por isso é necessário que os profissionais envolvidos saibam contornar da melhor forma possíveis situações que, poderão ser ocasionadas devido às alterações emocionais dos familiares. Oferecer esperança à família no processo de morrer, tem o significado de tranquilizá-los de que tudo que será realizado é para garantir o conforto do paciente. É imprescindível que a equipe de CP entenda que o cuidado não termina após o falecimento do paciente. Eles irão continuar com o apoio no luto dos familiares (MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2021).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

De acordo com a pesquisa realizada considera-se que os profissionais que atuam nos cuidados paliativos, foram esclarecedores sobre sua atuação nas quatro dimensões do cuidado ao paciente. Os mesmos têm a total compreensão de que o seu papel vai muito além do que atuar nas desordens físicas, citando como exemplo o médico e o fisioterapeuta.  A equipe multidisciplinar tem um papel muito importante no cuidado ao paciente oncológico, o que fica bastante claro nas falas de cada um dos profissionais e desse modo eles conseguem se comunicar melhor entre si, oferecendo um cuidado de qualidade ao paciente em cuidados paliativos**.**

**REFERÊNCIAS**

1 World Health Organization (WHO). Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. Suíça, 2016. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250584/1/9789241565417-eng.pdf>. Acesso em: 20 de nov. 2021.

### 2 Gomes, Ana Luisa Z.; Othero, Marilia B.; **Cuidados paliativos**. Estud. av. vol.30 no.88 São Paulo Sept./Dec. 2016.

3 Santos, P. A. dos, & Serralta, F. B.; **Narrativas sobre o câncer: um estudo clínico-qualitativo em cuidados paliativos**. Rev. SBPH vol. 22 no. 2, Rio de Janeiro – Jul./Dez. – 2019.

4 Justino ET, Kasper M, Santos KS, Quaglio RC, Fortuna CM. **Palliative care in primary health care: scoping review**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3324.

5 Academia Nacional de Cuidados Paliativos; **Manual de Cuidados Paliativos Ampliado e atualizado 2ª edição**, 2012; p. 23,24.

6 Barbosa RPS, Batista JBV, Santos BMP, et al.; **Paciente com Câncer na Fase Final de Vida em Cuidados Paliativos: Vivência do Cuidador Familiar**. R. pesq.: cuid. fundam. online 2020. jan./dez. 696-702.

7 Instituto Nacional do Câncer; **Estimativa 2020**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/introducao#:~:text=Para%20o%20Brasil%2C%20a%20estimativa,c%C3%A2ncer%20de%20pele%20n%C3%A3o%20melanoma>; Acesso em: 20 de ago. 2020;

8 Fundação do Câncer; **Estatísticas de novos casos no Brasil, 2020**. Disponível em: <https://www.cancer.org.br/sobre-o-cancer/tipos-de-cancer/estatisticas/>; Acesso em: 20 de ago. 2020;

9 Hermes HR, Lamarca ICA; **Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 18(9):2577-2588, 2013.

10 Martins, J.; Bicudo, M. A. V. Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação. 1. ed. São Paulo: Moraes, 1983.

11 Cuidados Paliativos na Oncologia / editores do volume Polianna Mara Rodrigues de Souza, Bernard Lobato Prado, Sonia Perez Cendon Filha; organizadores da série Marcus Vinicius Rezende Fagundes Netto, Denise Tiemi Noguchi. – 1ª ed. – Rio de Janeiro; Atheneu 2021.

12 Diretrizes oncológicas 2 / Marcos Santos ... [et al.]. – São Paulo: Doctor Press Ed. Científica, 2019; Capítulo 48.

13 Góes, G.S; Munduruca T.L.L; Ferreira V.; Passos, E.C; Atuação do fisioterapeuta nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos hospitalizados Revisão de literatura. Disponível em: <http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/447/1/Artigo%20definitivo.pdf>; Acesso em: 20 de set.2021;

14 Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)/Rodrigo Castilho, Vitor Carlos Santos da Silva, Cristhiane da Silva Pinto. – 3ª ed. – Rio de Janeiro; Atheneu, 2021.

15 Ferreira APQ, Lopes LQF, Melo MCB; O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. Rev. SBPH vol.14 no.2, Rio de Janeiro - Jul/Dez. – 2011.

16 Leão IS, Lopes FRW; Atuação multiprofissional em cuidados paliativos: limites e possibilidades. Revista Saúde & Ciência online, v.9, n. 3, (setembro a dezembro de 2020). p.64-82;

17 Castro EK, Barreto SM; Critérios de Médicos Oncologistas para Encaminhamento Psicológico em Cuidados Paliativos. PSICOLOGIA:CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2015, 35(1),69-82.

18 Cabral SB; Darosci M; Marques AA; Silveira SR; CUIDADOS PALIATIVOS: reflexões acerca da atuação do Assistente Social em âmbito hospitalar. II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis – 23 a 25 de outubro de 2017.

19 Arrieira ICO, Thofehrn MB, Porto AR, Moura PMM, Martins CL, Jacondino MB; Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. ev Esc Enferm USP · 2018;52:e03312.

20 Tratado de Enfermagem em Oncologia. Silva RCV, Sant’Ana RSE, Cardoso MBR, Alcântara LFFL, organizadores. Lisboa: Chiado Books; 2018. Volume I, 698 p. ISBN 978-989- 52-2920-8. Volume II, 444 p. ISBN 978-989-52- 2923-9.

21 Baère TD, Faustino AM, Miranda AF; A importância da prática interdisciplinar da equipe de saúde nos cuidados paliativos. REVISTA PORTAL de Divulgação, n.53, Ano VII Jul/ Ago/ Set. 2017. ISSN 2178-3454.

22 Matos E, Pires DEP, Gelbcke FL. Implicações da interdisciplinaridade na organização do trabalho da enfermagem: estudo em equipe de cuidados paliativo. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 abr/jun;14(2):230-9.

23 Hernández, Fernando. Transgressão e mudança na educação. Porto Alegre: Artmed, 1998.

24 Artur et al; Uma abordagem holística ao paciente em cuidados paliativos: Revisão narrativa da literatura. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v.4, n.5, p. 20627-20637 sep./oct. 2021.

**ANEXO**

**ANEXO I - Normas editoriais da revista para publicação**

**Revista Brasileira de Cancerologia**

A Revista Brasileira de Cancerologia (RBC) é um periódico científico on-line, de periodicidade trimestral, acesso aberto e gratuito, publicado pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).

Tem por finalidade publicar e divulgar manuscritos relacionados a todas as áreas do controle do câncer, nos idiomas português, inglês e espanhol, nas seguintes modalidades: Artigos Originais, Revisão da Literatura, Relato/Série de Casos, Artigos de Opinião, Comunicações Breves, Resenhas e Cartas ao Editor.

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)  
Coordenação de Ensino (Coens)Revista Brasileira de Cancerologia (RBC)  
Rua Marquês de Pombal, 125 - 2º andar, Centro   
Rio de Janeiro - RJ - CEP 20230-240  
Tel.: 21 3207-6132  
E-mail: rbc@inca.gov.br

## **Condições para submissão**

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

* A contribuição deve ser original e inédita, e não estar sendo avaliada para publicação por outra revista.
* O arquivo da submissão deve estar em formato Microsoft Word.
* Preencher e enviar o FORMULÁRIO E DECLARAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS E DE SUBMISSÃO.
* O texto deve seguir os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Instruções para Autores.

## Diretrizes para Autores

**Instruções para submissões**

A Revista Brasileira de Cancerologia (RBC) segue as orientações do documento Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), disponível nas versões [inglês](http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf) e [português](http://www.icmje.org/recommendations/translations/portugese2014.pdf) – conhecido como Normas de Vancouver – e os princípios da ética na publicação contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics (Cope), disponível em [http://publicationethics.org/](https://publicationethics.org/)

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 Formulário de Submissão e Declaração de Direitos Autorais e checklist. São aceitos para publicação textos enviados pelos autores em **português, inglês e espanhol**e, a critério dos editores, poderão ser versados e publicados também em inglês.

A RBC não cobra nenhum tipo de taxa **para a submissão, publicação e tradução de artigos,**sendo todo o processo isento de custos para o autor.

**No caso de ressubmissão, após rejeite, informar o número do artigo gerado anteriormente pelo sistema. A ressubmissão só será aceita após, no mínimo, três meses da recusa, juntamente com carta ao Editor, especificando as alterações sugeridas e realizadas e, se não foram realizadas, por quais motivos. As referências bibliográficas devem estar atualizadas.**

**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 seus direitos autorais.

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 no formulário de submissão, bem como fornecer uma cópia do referido material para análise do editor.

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.

## Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta Revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

# Instruções para os Autores

**Preparo do Manuscrito**

O processador de textos utilizado deve ser o Microsoft Word, margens de 3 cm em ambos os lados, em folha de tamanho A4, fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço 1,5 em todas as seções. Não são aceitas notas de rodapé.

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

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**

**1. Folha de Rosto**

Deve conter:

a) 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 com até 50 caracteres sem espaços.

c) Autores

Nome(s) por extenso do(s) autor(es).

Indicar afiliação institucional completa, localização geográfica, e-mail e Orcid iD para cada autor.

Todos os tipos de documentos, sem exceção, devem ter autoria com especificação completa das instâncias institucionais e localizações geográficas (cidade, estado e país) de quando a pesquisa foi realizada e o manuscrito preparado. Cada instância institucional é identificada por nomes de até três níveis hierárquicos ou programáticos em ordem decrescente, por exemplo, universidade, faculdade e departamento.

Quando um autor é afiliado a mais de uma instância, cada afiliação deve ser identificada separadamente. Quando dois ou mais autores estão afiliados à mesma instância, a identificação da instância é feita uma única vez. No caso de autores sem nenhuma afiliação, a instituição é identificada como Pesquisador Autônomo.

d) Autor correspondente

Nome, endereço completo com CEP, telefone e e-mail 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. contribui substancialmente na concepção e/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 anteriormente mencionados.

f) Agradecimentos

Os demais colaboradores, que não se enquadram nos critérios de autoria anteriormente descritos, devem ter seus nomes referidos nesse item especificando o tipo de colaboração.

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

Em virtude da Portaria Capes número 206, de 4 de setembro de 2018, que dispõe sobre a obrigatoriedade de citação da Capes, 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.

**2. Resumo e Palavras-chave (descritores)**

Os resumos dos artigos (**exceto de opinião**) deverão ser redigidos em parágrafo único, em português, inglês e espanhol, e ser estruturados em introdução, objetivo, método, resultados e conclusão. Neles, não devem ser feitas citações de referências, bem como de quadros, tabelas ou figuras. As abreviaturas devem ser evitadas. Os resumos de**Relato/Série de Casos** possuem a seguinte estrutura: introdução, relato do caso (resultados) e conclusão.

Todos os resumos deverão conter no mínimo 150 e no máximo 250 palavras e vir acompanhados das palavras-chave (de três a cinco) e de suas respetivas key words e palabras clave.

Os descritores são palavras fundamentais que auxiliam na indexação dos artigos em bases de dados nacionais e internacionais. Para determiná-los, deve-se consultar a lista de [Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)](http://decs.bvs.br/)elaborada pela BIREME.

**3. 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.

**4. 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 Helsinque (última versão de 2013) e com as Resoluções números 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.

Na submissão de manuscritos, é obrigatória a inclusão de declaração de que a pesquisa foi aprovada ou isenta de submissão pelo CEP.

Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas, como por exemplo, o **PROSPERO**.

**5. Resultados**

Apresentar os resultados relevantes de acordo com o objetivo do trabalho e registrando primeiro os 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.

**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. Não repetir em detalhe dados ou outros materiais colocados nas seções de “introdução” ou “resultados”. **Somente nos estudos qualitativos, a discussão pode ser redigida junto com os resultados, se for da preferência do autor.**

**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. Na conclusão, não devem ser feitas citações de referências, bem como quadros, tabelas ou figuras.

**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.

Quando as citações forem sequenciais, devem ser separadas por um traço (3-7). Se forem intercaladas, devem ser separadas por vírgula (1,4,6,9). Sequenciais com apenas duas citações devem ser separadas por vírgula (3,4).

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, essa possibilidade deve ser evitada ou empregada limitadamente.

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Deve 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" \t "_blank) ou os padrões apresentados na íntegra na publicação [Citing Medicine 2nd Edition](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/" \t "_blank) (conhecidos como ‘Estilo de Vancouver’).

Para a padronização dos títulos dos periódicos nas referências, é utilizado como guia o LocatorPlus, fonte de consulta da National Library of Medicine, que disponibiliza, na opção Journal Title, o título e/ou a abreviatura utilizada.

Para a indicação de autoria, incluem-se os nomes na ordem em que aparecem na publicação até três autores, iniciando-se pelo sobrenome seguido de todas as iniciais dos prenomes separando cada autor por vírgula. No caso de a publicação apresentar mais de três autores, são citados os três primeiros; utiliza-se vírgula seguida da expressão et al. 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.

As abreviaturas devem estar de acordo com a lista de periódicos no [PubMed](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/" \t "_blank).

Todas as referências deverão vir com seus respectivos Digital Object Identifier (DOI).

**9. 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 \*, §, †,‡).

Nas tabelas e quadros, cada célula deve conter apenas um conteúdo, sem utilização de espaços, como “enter”. O conteúdo referente a uma célula em uma coluna deve estar na mesma linha, também em uma única célula, em todas as colunas seguintes. Caso um conteúdo de uma célula faça referência a mais de um conteúdo em outra coluna, deve-se usar, para essa célula, o recurso “mesclar células”. 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.

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

**10. Ilustrações**

As ilustrações (figuras, quadros, tabelas e gráficos etc.) devem estar inseridas no texto com os títulos completos, indicação de fontes, legendas e notas adicionais quando necessárias. Todas as ilustrações mencionadas deverão ser enviadas em formato editável. 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. 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. Disponível em: ([http://locatorplus.gov/cgi-bin/Pwebrecon.cgi?DB=localHYPERLINK "http://locatorplus.gov/cgi-bin/Pwebrecon.cgi?DB=local&amp;PAGE=First](http://locatorplus.gov/cgi-bin/Pwebrecon.cgi?DB=local&amp;PAGE=First)).

Fotografias devem ser fornecidas da seguinte forma: arquivo digital em formato. TIFF, JPG, EPS, com resolução mínima de: 300 dpi para fotografias comuns; e 600 dpi para fotografias que contenham linhas finas, setas, legendas etc.

Gráficos, desenhos, tabelas e quadros devem ser enviados em arquivos: Word, Excel, PowerPoint em formato editável (arquivo aberto). Para desenhos e gráficos, a resolução mínima é de em 1.200 dpi.

**11. 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://bvsms.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://bvsms2.saude.gov.br/php/level.php?lang=pt&component=44&item=115" \t "_blank).

Os originais em língua portuguesa deverão estar em conformidade com o [Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa](https://www.academia.org.br/nossa-lingua/busca-no-vocabulario).

**Requisitos Técnicos para a Apresentação de Manuscritos**

Antes de submeter o manuscrito, confira se as “Instruções para Autores” foram seguidas e verifique o atendimento dos itens listados:

* Submeter o arquivo integral do manuscrito em Microsoft Word.
* Utilizar espaçamento 1,5 em todas as partes do documento.
* Revisar a sequência: folha de rosto; resumos e palavras-chave (de três a cinco e respectivas key words e palabras clave) e a estrutura (seções) do artigo.
* Tabelas, quadros e figuras (com legendas) devem ser inseridos e citados no decorrer do texto, não no final do documento na forma de anexos.
* Referências devem ser numeradas, em sobrescrito, na ordem de aparecimento no texto, corretamente digitadas. Verificar se todos os trabalhos estão na lista de referências e se todos os listados estão citados no texto.
* [Formulário de Submissão e Declaração de Direitos Autorais](https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/formdeclaracaodireitosautorais) preenchido e assinado somente pelo autor responsável pela submissão.
* Adicionar permissão para reproduzir material previamente publicado ou para usar ilustrações que possam identificar indivíduos.
* Preencher o [checklist](https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/checklist).