



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS

ANA CAROLINA FAVA FAGUNDES

**AVALIAÇÃO DO ACONSELHAMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS  
PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**João Pessoa, abril de 2021.**

ANA CAROLINA FAVA FAGUNDES

**Avaliação do aconselhamento sobre cuidados paliativos para pacientes oncológicos  
em um hospital universitário**

**Versão Corrigida**

Trabalho de Conclusão de Curso de  
Ana Carolina Fava Fagundes, aluna do Curso de  
Medicina da Universidade Federal da Paraíba,  
realizado como pré-requisito para obtenção  
da Colação de Grau. O presente trabalho foi feito  
segundo as orientações de submissão da  
Revista Brasileira de Cancerologia (Anexo 1).

Área de Concentração: Medicina - Oncologia  
Orientador: Prof. Dr. Thiago Lins da Costa Almeida

JOÃO PESSOA  
2021

**Catalogação na publicação  
Seção de Catalogação e Classificação**

F156a Fagundes, Ana Carolina Fava.  
Avaliação do aconselhamento sobre cuidados  
paliativos para pacientes oncológicos em um hospital  
universitário  
/ Ana Carolina Fava Fagundes. - João Pessoa, 2021.  
29 f.

Orientação: Thiago Lins da Costa  
Almeida. TCC (Graduação) - UFPB/CCM.

I. Cuidados Paliativos; Oncologia; Aconselhamento.  
UFPB/ II. Almeida, Thiago Lins da Costa. III. Título.  
CCM CDD  
616-006(043.2)

Nome: FAGUNDES, Ana Carolina Fava

Título: Avaliação do aconselhamento sobre cuidados paliativos para pacientes oncológicos em um hospital universitário.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba como requisito à obtenção da colação de grau em Medicina. Área de Concentração: Medicina - Oncologia.

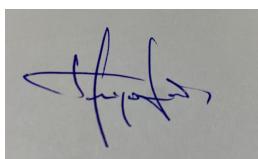
Aprovado em 04 de maio de 2021.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Thiago Lins da Costa Almeida

Instituição Universidade Federal da Paraíba

Julgamento APROVADO



Prof. Eduardo Gomes de Melo

Instituição Universidade Federal da Paraíba

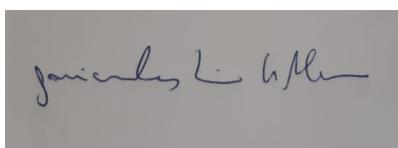
Julgamento APROVADO

Eduardo Gomes de Melo

Prof. Dr. Jacicarlos Lima de Alencar

Instituição Universidade Federal da Paraíba

Julgamento APROVADO



Aos meus pais e meu irmão, sempre, por tudo.

## **RESUMO**

**Introdução:** A prática dos Cuidados Paliativos é norteada por conceitos e princípios que preconizam uma assistência multidisciplinar; que oferece cuidado ao paciente e a sua família em todos os estágios da doença. Os Cuidados Paliativos devem ser instituídos precocemente, preferencialmente já no momento do diagnóstico. **Objetivos:** Objetiva-se avaliar se o aconselhamento e a instituição precoce dos Cuidados Paliativos estão ocorrendo, e, se sim, se isso se dá no serviço de saúde pesquisado. **Método:** Trata-se de estudo transversal e observacional, desenvolvido na enfermaria da Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Foram incluídos pacientes maiores de 18 anos e que conhecessem seu diagnóstico oncológico, recém diagnosticado ou não, independente do estágio da doença. Foram excluídos pacientes ainda em investigação diagnóstica para câncer. **Resultados:** Foram levantados 46 pacientes com diagnóstico de câncer presumido ou confirmado, sendo 20 casos confirmados. Desses, apenas 12 informaram saber seu diagnóstico. Metade dos pacientes entrevistados ( $n=6$ ) recebeu aconselhamento sobre Cuidados Paliativos. Com 3 deles o aconselhamento sobre Cuidados Paliativos ocorreu no HULW e em todos os casos o médico foi o profissional responsável por orientar o paciente. **Conclusão:** Conclui-se que, apesar de possuir um ambiente que proporciona cuidado satisfatório aos pacientes, o serviço estudado precisa melhorar o aconselhamento sobre Cuidados Paliativos aos pacientes oncológicos.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos; Oncologia; Aconselhamento.

## **ABSTRACT**

**Background:** The practice of Palliative Care is guided by principles that advocate a multidisciplinary assistance; which offers care to the patient and his family at all stages of the disease. Palliative Care should be instituted early, preferably at the time of diagnosis. **Objectives:** The objective is to assess whether counseling and the early institution of Palliative Care are taking place, and, if so, if this occurs in the service surveyed. **Method:** This is a cross-sectional and observational study, developed at University Hospital Lauro Wanderley (HULW). Patients older than 18 years and who knew their cancer diagnosis, whether newly diagnosed or not, were included, regardless of the stage of the disease. Patients still undergoing diagnostic investigation for cancer were excluded. **Results:** 46 patients had a diagnosis of presumed or confirmed cancer, 20 of which were confirmed. Of these, only 12 reported knowing their diagnosis. Half of the interviewed patients ( $n = 6$ ) received advice on Palliative Care. With 3 of them, Palliative Care counseling took place at HULW and in all cases the physician was the professional responsible for advising the patient. **Conclusion:** It is concluded that, despite having an environment that provides satisfactory care to patients, the service studied needs to improve Palliative Care counseling for cancer patients.

**Keywords:** Palliative Care; Medical Oncology; Counseling.

## **RESÚMEN**

**Introducción:** La práctica de los Cuidados Paliativos se rige por conceptos y principios que abogan por la asistencia multidisciplinar; que ofrece atención al paciente y su familia en todas las etapas de la enfermedad. Los Cuidados Paliativos deben instituirse temprano, preferiblemente en el momento del diagnóstico. **Objetivos:** El objetivo es evaluar si se está realizando la consejería y la institución temprana de Cuidados Paliativos y, de ser así, si ocurre en el servicio de salud encuestado. **Método:** Se trata de un estudio observacional y transversal, desarrollado en la sala de la Clínica Médica del Hospital Universitario Lauro Wanderley (HULW). Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que conocían su diagnóstico de cáncer, independientemente del estadio de la enfermedad. Se excluyeron los pacientes que aún se sometían a una investigación diagnóstica de cáncer. **Resultados:** 46 pacientes tenían un diagnóstico de cáncer presunto o confirmado, 20 de los cuales fueron confirmados. De estos, solo 12 informaron conocer su diagnóstico. La mitad de los pacientes entrevistados ( $n = 6$ ) recibieron asesoramiento sobre Cuidados Paliativos. En 3 de ellos, la asesoría en Cuidados Paliativos se realizó en HULW y en todos los casos el médico fue el profesional responsable de guiar al paciente. **Conclusión:** Se concluye que, a pesar de contar con un entorno que brinde una atención satisfactoria a los pacientes, el servicio estudiado necesita mejorar la asesoría en Cuidados Paliativos a los pacientes con cáncer.

**Palabras clave:** Cuidados Paliativos; Oncología Médica; Consejo.

## **SUMÁRIO**

INTRODUÇÃO	<b>8</b>
MÉTODO	<b>9</b>
RESULTADOS	<b>10</b>
DISCUSSÃO	<b>14</b>
CONCLUSÃO	<b>16</b>
REFERÊNCIAS	<b>18</b>
ANEXO 1 - REGRAS DE SUBMISSÃO DE ARTIGOS ORIGINAIS À REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA	<b>20</b>
ANEXO II - QUESTIONÁRIO	<b>29</b>

## INTRODUÇÃO

Graças aos avanços tecnológicos, é possível ampliar o tempo de vida de muitos pacientes que se encontram em processo de morte e morrer. Entretanto, muitas vezes isso significa o prolongamento da vida de maneira desproporcional, artificial e sob um alto custo. Assim, muitos pacientes passam por longos processos de morte, sendo submetidos a procedimentos invasivos, caros e dolorosos (SUPPORT, 1995). Dentro desse contexto, merecem atenção especial as neoplasias malignas, grupo heterogêneo de doenças crônico-degenerativas cujo tratamento costumeiramente é extenso e extenuante. Nesses casos, não é raro se encontrar situações em que a cura clínica não pode ser atingida pelos tratamentos disponíveis. Faz-se necessária, portanto, uma terapêutica que tenha como objetivo não somente ampliar o tempo de vida do doente, mas conferir-lhe bem-estar e alívio de sintomas desagradáveis associados: os chamados Cuidados Paliativos.

A prática dos Cuidados Paliativos é norteada por conceitos e princípios determinados pela OMS que, de forma geral, preconizam uma assistência multidisciplinar; que oferece cuidado ao paciente e a sua família em todos os estágios da doença, incluindo o período de luto, além de amparar as mais diversas formas de sofrimento. Além disso, os Cuidados Paliativos devem ser instituídos precocemente (OMS, 2002), preferencialmente já no momento do diagnóstico, principalmente quando em frente a uma patologia como o câncer, o que nem sempre é visualizado nos serviços de atendimento.

No Brasil, a prática dos Cuidados Paliativos teve seu início datado no final da década de 90 e, muito embora já tenha vivenciado progresso visível, ainda existem pontos fracos a serem trabalhados, como a má distribuição de equipes especializadas em território nacional (GOMES e OTHERO, 2016). Por meio da portaria nº874/2013, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer, objetivando assegurar a assistência paliativa em todos os níveis de atenção em saúde do SUS, garantindo os princípios de integralidade, universalidade e equidade (BRASIL, 2013). Entretanto, essa é uma política pública ainda carente de eficácia plena (MENDES e VASCONCELLOS, 2015).

Segundo as recomendações contidas no Manual da Academia Nacional de Cuidados Paliativos de 2012, o paciente com indicação para receber os Cuidados

Paliativos deve ser avaliado da forma mais completa possível. No prontuário, devem estar contidos todos os dados de identificação do paciente, incluindo costumes de religiosidade e o quanto deseja conhecer a respeito de sua doença, além de informações a respeito do diagnóstico e tratamentos realizados de forma sumarizada (ANCP, 2012). O conjunto desses dados é de suma importância para a elaboração de um plano terapêutico multidisciplinar conforme preconiza também a ANCP em seu Manual. Esse plano deve ser escrito de maneira clara e objetiva que possa ser entendida por todos os profissionais de saúde envolvidos no manejo do caso em questão. Portanto, é imprescindível que o conceito do Cuidado Paliativo seja introduzido na abordagem inicial ao paciente com diagnóstico de neoplasia maligna, uma vez que sua instituição precoce facilita o trabalho da equipe, melhora a qualidade de vida do doente (VANBUTSELE, 2018), aumenta a sobrevida e diminui, inclusive, as admissões individuais a unidades de terapia intensiva (UTIs) (ROMANO et al., 2017).

Sendo assim, ao investigar se há efetivação do aconselhamento precoce sobre a terapêutica paliativa aos pacientes oncológicos do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), esta pesquisa assume um caráter avaliativo quanto à gestão da instituição estudada, podendo atuar em favor da realização de mudanças, caso sejam necessárias. Logo, objetiva-se avaliar se o aconselhamento e a instituição precoce dos Cuidados Paliativos estão ocorrendo, e, se sim, se isso se dá no serviço de saúde pesquisado. Ademais, explora-se quais são os profissionais de saúde responsáveis por realizar os aconselhamentos em Cuidados Paliativos e em qual momento da condução dos casos isso ocorre.

Dessa forma, nesta pesquisa serão abordados os seguintes pilares principais desse exercício em saúde: instituição precoce dos Cuidados Paliativos ao paciente oncológico; prática multidisciplinar; que visa ao alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; promovendo cuidado integral ao paciente e assistência aos seus familiares ou acompanhantes, inclusive no período de luto.

## MÉTODO

O estudo apresentado foi desenvolvido na enfermaria da Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), pertencente à Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em João Pessoa - PB. Tem caráter observacional e transversal. O tamanho da amostra de pacientes estudados deu-se por conveniência, a partir de visitas

periódicas à enfermaria da Clínica Médica do HULW. Foram incluídos pacientes maiores de 18 anos e que conhecessem seu diagnóstico oncológico, recém diagnosticado ou não, independente do estágio da doença, se metastática ou não. Foram excluídos pacientes ainda em investigação diagnóstica para câncer. Em casos de pacientes demenciados ou outros fatores que dificultam a comunicação, o familiar (ou acompanhante-responsável) foi abordado.

A pesquisa foi realizada entre os meses de janeiro e dezembro de 2020, tendo sido paralisada de março a agosto do mesmo ano devido à pandemia do novo coronavírus, com a consequente suspensão das atividades acadêmicas no período. O estudo foi retomado em setembro de 2020.

As variáveis utilizadas foram a idade do paciente; gênero; grau de instrução; diagnóstico oncológico atual; tempo desde o diagnóstico; se recebeu aconselhamento sobre Cuidados Paliativos e, se sim, se foi há menos de 6 meses ou há mais de 6 meses. O diagnóstico oncológico atual foi categorizado de acordo com a topografia de acometimento do câncer primário (ex.: câncer de próstata, câncer de mama, câncer de pulmão etc.). O período de 6 meses é um período estipulado casualmente nesta pesquisa para classificar se o aconselhamento em Cuidados Paliativos ocorreu precocemente ou se foi tardivamente realizado. Essa opção é baseada no intervalo médio de tempo em que se faz o acompanhamento do câncer em progressão, bem como a resolução de se o tratamento oncológico seguirá à adjuvância, neoadjuvância ou metastático.

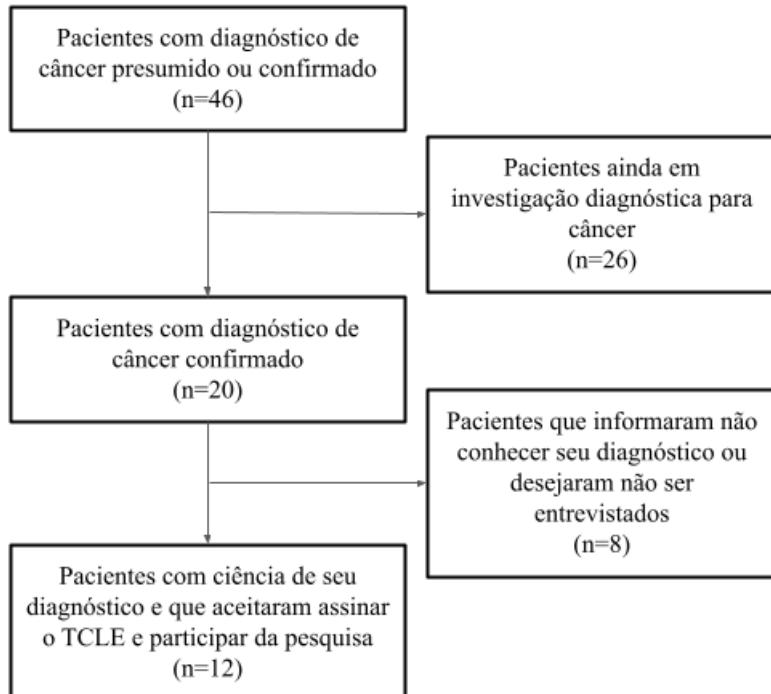
Ainda sobre o aconselhamento sobre Cuidados Paliativos, em caso afirmativo, foi perguntado ao paciente em qual serviço de saúde esse aconselhamento se deu, por qual profissional de saúde ele foi realizado e se a aplicação dos Cuidados Paliativos no manejo da doença estava sendo satisfatória. Foi preenchido um questionário semiestruturado (Anexo II).

O projeto de pesquisa e seus objetivos foram apresentados a todos os pacientes abordados e, àqueles que concordaram em participar, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas (UFPB), em concordância com as Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CAAE 21308919.0.0000.8069). Em casos de pacientes demenciados ou outros fatores que dificultam a comunicação, o familiar (ou acompanhante-responsável) assinou o TCLE.

## RESULTADOS

A amostra de pacientes estudados foi selecionada de acordo com o Fluxograma 1.

Fluxograma 1 - Seleção da amostra de pacientes estudados.



O levantamento de pacientes com diagnóstico de câncer presumido ou confirmado era feito durante as visitas à enfermaria da Clínica Médica do HULW a partir de diálogo com a equipe e pesquisa nos registros médicos. Todos os pacientes com registro de diagnóstico de câncer confirmado foram abordados. Desses, 25% (n=5) informaram não saber seu diagnóstico e 15% (n=3) não desejaram ser entrevistados. Apenas 60% dos pacientes com diagnóstico de câncer confirmado em registro médico informaram ter conhecimento de seu diagnóstico (n=12). Todos eles concordaram em participar da pesquisa e assinaram o TCLE (ou seus acompanhantes assinaram).

As características da população estudada estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Características da população estudada.

GÊNERO	
Feminino	50%
Masculino	50%
IDADE	Média 58,75 anos (DP = 20,98)
GRAU DE INSTRUÇÃO (anos de estudo)	
Nenhum (não estudou)	25%
4 anos	8,33%
5 anos	8,33%
7 anos	8,33%
9 anos	8,33%
≥ 10 anos	41,67%

Entre os 12 pacientes estudados, a proporção de homens e mulheres foi igual. A média das idades foi de 58,75 anos (desvio padrão de 20,98) e 41,67% dos pacientes tinham mais de 60 anos. Entre as mulheres, a média de idades foi de 56,5 anos (DP = 22,6) e, entre os homens, foi de 61 anos (DP = 21,1). Sobre a escolaridade, 3 dos pacientes informaram não ter estudado e 5 deles relataram 10 ou mais anos de estudo.

Os diagnósticos dos pacientes (sítio primário do câncer), o tempo desde o diagnóstico e o aconselhamento sobre Cuidados Paliativos estão detalhados no Quadro 2.

Quadro 2 - Diagnósticos e aconselhamento sobre Cuidados Paliativos.

DIAGNÓSTICO (sítio primário do câncer)	
Estômago	8,33%
Fígado	25%
Intestino	41,67%
Linfoma	8,33%
Pâncreas	8,33%

Próstata	8,33%
TEMPO DESDE O DIAGNÓSTICO	
< 6 meses	66,67%
≥ 6 meses	33,33%
RECEBEU ACONSELHAMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS?	
Sim	50%
Não	50%
SE SIM, HÁ MAIS OU MENOS QUE 6 MESES?	
< 6 meses	83,33%
> 6 meses	16,67%
SERVIÇO EM QUE OCORREU O ACONSELHAMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS	
HULW	50%
Outro	50%
PROFISSIONAL QUE ACONSELHOU SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS	
Médico	100%
PERCEPÇÃO SOBRE OS CUIDADOS EMPREGADOS (PARA OS PACIENTES QUE RECEBERAM ACONSELHAMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS, n=6)	
Regular/Suficiente	16,67%
Bom	33,33%
Ótimo	50%

Os diagnósticos oncológicos mais observados entre os pacientes abordados (sítio primário do câncer) foram câncer de intestino (5 pacientes) e câncer de fígado (3 pacientes). Os demais 4 pacientes apresentaram linfoma e cânceres de estômago, pâncreas e próstata. Apenas 4 pacientes tinham mais de 6 meses desde o diagnóstico inicial de câncer.

Metade dos pacientes entrevistados (n=6) recebeu aconselhamento sobre Cuidados Paliativos. Esse número representa apenas 30% de todos os pacientes que possuíam diagnóstico para câncer confirmado em registro médico.

Dos pacientes aconselhados, 66,67% (n=4) tinham menos de 6 meses desde o diagnóstico.

Na metade dos casos, o aconselhamento sobre Cuidados Paliativos ocorreu no HULW e em todos eles, inclusive nos casos em que esse aconselhamento se deu em outro serviço, o médico foi o profissional responsável por orientar o paciente.

A maioria dos pacientes que receberam aconselhamento sobre Cuidados Paliativos tinha percepção positiva sobre o tratamento oferecido no HULW: 5 dos 6 pacientes referiram considerar o atendimento como bom ou ótimo. Apenas 1 paciente classificou o atendimento recebido no HULW como regular/suficiente.

## DISCUSSÃO

Dos 20 pacientes com registro clínico de diagnóstico de câncer confirmado, 25% (n=5) informaram não saber seu diagnóstico. Isso levanta a indagação: há falha na comunicação de más notícias ao paciente ou trata-se da negação, fase natural do processo de entendimento da própria doença? Em ambas situações, ressalta-se a importância da multidisciplinaridade, um pilar fundamental na realização dos Cuidados Paliativos (OMS, 2002 e ANCP, 2012). É por meio dela que se fortalece o vínculo e a comunicação entre os profissionais da equipe e destes com o paciente e sua família<sup>9</sup>. Para que a multidisciplinaridade seja eficiente, entre outras coisas, é necessário manter um registro clínico atualizado, organizado e acessível a todos os profissionais que estão prestando assistência ao caso em questão (ANCP, 2012 e ROTH e CANETO, 2019). Assim, tem-se espaço para exercer o modelo de cuidado integral e abrangente preconizado pela OMS (OMS, 2002).

Quanto mais precocemente instituídos, os Cuidados Paliativos aumentam a qualidade de vida dos pacientes e melhoram a satisfação deles em relação à equipe e à

própria doença (VANBUTSELE, 2018 e ROTH e CANETO, 2019). Metade dos pacientes entrevistados recebeu aconselhamento sobre Cuidados Paliativos. Esse número representa apenas 30% de todos os pacientes que possuíam diagnóstico para câncer confirmado em registro médico. Isso demonstra fragilidade na comunicação de más notícias e no diálogo entre equipe e doente. Apesar disso, o HULW demonstrou ser um importante serviço na avaliação e no aconselhamento de pacientes oncológicos: foi nele em que metade dos pacientes foi pela primeira vez orientado sobre Cuidados Paliativos.

Em todos os casos de pacientes que foram aconselhados sobre Cuidados Paliativos, inclusive naqueles em que esse aconselhamento se deu em outro serviço, o médico foi o profissional responsável por orientá-lo. Isso demonstra que esse profissional é um importante agente na condução do cuidado do paciente oncológico.

Cinco dos seis pacientes que receberam aconselhamento sobre Cuidados Paliativos tinham percepção positiva sobre o tratamento oferecido no HULW: eles referiram considerar o atendimento como bom ou ótimo. Essa é uma avaliação positiva para a equipe e para o serviço. Mesmo em face do desconhecimento sobre o termo Cuidados Paliativos, a compreensão sobre o sentido dessa forma de cuidado parece ser ampla (FURTADO, 2012). Isso demonstra que há, sim, espaço para discutir a paliação com o paciente e seus familiares ou acompanhantes. Melhorar essa comunicação é uma maneira de otimizar um cuidado (ROTH e CANETO, 2019) que, como demonstrado, já é satisfatório.

Este trabalho apresenta algumas limitações: primeiro, é uma pesquisa com estatística descritiva básica, com uma pequena amostra estudada. Algumas das análises feitas têm baixo grau de relevância estatística (como a prevalência de cânceres encontrada, que não pode ser extrapolada para a população geral). Entretanto, os achados sobre a fragilidade na comunicação entre equipe e pacientes oncológicos, principalmente quando se trata de abordar os Cuidados Paliativos, têm grande importância clínica na avaliação do serviço estudado e são corroborados por inúmeros estudos na literatura, como demonstrado. Segundo, a pesquisa foi realizada num hospital universitário que não realiza tratamento para câncer, apesar de possuir serviço de oncologia. Dessa forma, muitos pacientes oncológicos internados na enfermaria da Clínica Médica do HULW concluem a investigação diagnóstica e são encaminhados para realizar o tratamento em outro serviço; ou são estabilizados do ponto de vista clínico e posteriormente encaminhados. Em alguns casos, o tempo entre esses dois

momentos é curto, o que dificulta a criação de vínculo entre equipe e paciente e prejudica o aconselhamento sobre Cuidados Paliativos. Em terceiro lugar, a paralisação das atividades acadêmicas devido a pandemia do novo coronavírus prejudicou as visitas ao hospital e, quando da retomada do estudo, diminuiu o fluxo de pacientes oncológicos internados na enfermaria da Clínica Médica, tornando a amostra estudada menor que o esperado inicialmente. Apesar dessas dificuldades, é importante ressaltar o ineditismo desta pesquisa como forma de avaliar a implementação dos Cuidados Paliativos no Hospital Universitário Lauro Wanderley, que possui realidade semelhante a muitos outros hospitais públicos, em especial àqueles que também são universitários. Além disso, a pesquisa inova ao abordar diretamente o paciente paliativo, explorando sua percepção subjetiva sobre o tratamento que lhe é oferecido, discussão de suma importância para aperfeiçoamento da equipe assistente e para melhoria dos currículos dos cursos da área da saúde.

## **CONCLUSÃO**

Apenas 60% dos pacientes com diagnóstico de câncer confirmado em registro clínico informaram ter conhecimento de seu diagnóstico. Isso demonstra a importância de manter o documento clínico dos pacientes sempre atualizado, organizado e acessível, de forma a facilitar o conhecimento da equipe sobre o caso em questão e ampliar os momentos de discussão multidisciplinar.

A respeito do profissional responsável por realizar o aconselhamento sobre Cuidados Paliativos, demonstrou-se que o médico foi o agente executor em todos os casos. É necessário, portanto, que a equipe em saúde compartilhe a responsabilidade sobre o seguimento do paciente, em especial quando da abordagem sobre Cuidados Paliativos, para que isso não fique a cargo somente do médico assistente, como foi demonstrado pelo estudo.

Observa-se fragilidade no aconselhamento do paciente sobre sua própria doença e sobre as possibilidades terapêuticas dos Cuidados Paliativos: muitos pacientes do serviço avaliado não conhecem seu diagnóstico e não são precocemente orientados sobre o conceito de palação. Apesar disso, o HULW demonstrou possuir um serviço que proporciona cuidado satisfatório aos pacientes, uma vez que a maioria deles relatou perceber o atendimento como bom ou ótimo.

Deve-se, portanto, manter o empenho no cuidado oferecido; fortalecer o vínculo entre os profissionais da equipe multidisciplinar assistente e, sobretudo, buscar possibilitar uma comunicação honesta e compreensível com o pacientes e seus acompanhantes, objetivando o aconselhamento e a consequente instituição dos Cuidados Paliativos o mais precocemente possível.

## REFERÊNCIAS

1. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012.
2. BRASIL. Diário Oficial da União. Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874\\_16\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html)>
3. CONNORS AF, DAWSON NV, DSBIENS NA, *et al*. A Controlled Trial to Improve Care for Seriously Ill Hospitalized Patients: The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT). JAMA. EUA. nov. 1995;274(20):1591–1598. doi:10.1001/jama.1995.03530200027032. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/391724>>. doi:10.1001/jama.1995.03530200027032.
4. FURTADO, Maria Edilania Matos Ferreira; LEITE, Darla Moreira Carneiro. Cuidados paliativos sob a ótica de familiares de pacientes com neoplasia de pulmão. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 2017. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0582>.
5. GOMES, ANA LUISA ZANIBONI; OTHERO, MARÍLIA BENSE. Cuidados paliativos. Estud. av., São Paulo , v. 30, n. 88, p. 155-166, Dec. 2016 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso)> <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142016.30880011>
6. MENDES, Ernani Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 39, n. 106, p. 881-892, Sept. 2015 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000300881&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300881&lng=en&nrm=iso)>
7. ROMANO, Andrew M. et al. Early Palliative Care Reduces End-of-Life Intensive Care Unit (ICU) Use but Not ICU Course in Patients with Advanced Cancer. Oncologist. 22(3): 318–323. Marc. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5344633/>> <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2016-0227>

8. ROTH, Alan R.; CANEDO, Angelo R. Introduction to hospice and palliative care. Primary Care: Clinics in Office Practice, v. 46, n. 3, p. 287-302, 2019. DOI: 10.1016/j.pop.2019.04.001
9. VANBUTSELE, Gaëlle et al. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. The Lancet Oncology, v. 19, n. 3, p. 394-404, 2018. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30060-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30060-3)
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Definition of Palliative Care. Disponível em <<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>

## **ANEXO 1 - REGRAS DE SUBMISSÃO DE ARTIGOS ORIGINAIS À REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA**

### **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 o delineamento da pesquisa. As diretrizes para redação de ensaios clínicos, revisões sistemáticas e estudos observacionais podem ser acessadas no site da iniciativa [EQUATOR Network](#).

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 respectivas *key words* e palavras 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) 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 sobreescrito (ex.: A extensão da sobrevivência, entre outros<sup>1</sup>), 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 (<sup>3-7</sup>). Se forem intercaladas, devem ser separadas por vírgula (<sup>1,4,6,9</sup>). Sequenciais com apenas duas citações devem ser separadas por vírgula (<sup>3,4</sup>).

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* ou os padrões apresentados na íntegra na publicação *Citing Medicine 2nd Edition* (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.

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=localHYPERLINK)  
["http://locatorplus.gov/cgi-bin/Pwebrecon.cgi?DB=local&PAGE=First](http://locatorplus.gov/cgi-bin/Pwebrecon.cgi?DB=local&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 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 e Fatores de Proteção e de Risco de Câncer.

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 Sigrário Eletrônico do Ministério da Saúde.

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

### 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 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*.

## ANEXO II - QUESTIONÁRIO

<b>1. Número da entrevista:</b>	
<b>2. Idade:</b>	
<b>3. Sexo:</b>	
<b>4. Grau de instrução:</b>	
<b>5. Diagnóstico:</b>	
<b>6. Tempo desde o diagnóstico:</b>	
<b>7. Recebeu aconselhamento sobre Cuidados Paliativos?</b>	(   ) Sim, há menos de 6 meses.
	(   ) Sim, há mais de 6 meses.
	(   ) Não recebi.
<b>8. Serviço de saúde em que ocorreu o aconselhamento:</b>	
<b>9. Profissional que realizou o aconselhamento:</b>	
<b>10. Percepção individual sobre o tratamento paliativo:</b>	(   ) Ótimo.
	(   ) Bom.
	(   ) Regular/suficiente.