

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA  
COORDENAÇÃO DE ENSINO  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA**

**Cynthia Pereira Silva**

**Significado dos cuidados paliativos para a qualidade da sobrevivência do paciente oncológico.**

**Rio de Janeiro  
2016**

**Cinthia Pereira Silva**

**Significado dos cuidados paliativos para a qualidade da sobrevivência do paciente oncológico.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA, como requisito parcial para conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia.

Orientador: Dr<sup>a</sup> Liz Maria de Almeida

Coorientador: Dr. Antonio Tadeu C. dos Santos

**Rio de Janeiro**

**2016**

## **Significado dos cuidados paliativos para a qualidade da sobrevivência do paciente oncológico.**

Cinthia Pereira Silva<sup>1</sup>, Antonio Tadeu Cheriff dos Santos<sup>1</sup>, Rildo Pereira da Silva<sup>1</sup>, Joecy Dias de Andrade<sup>1</sup>, Liz Maria de Almeida<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/Núcleo de Pesquisa e Estudos Qualitativos -(NUPEQuali/INCA), Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, Brasil.

E-mail: cinthiapereira22@hotmail.com. E-mail: cheriff@inca.gov.br. E-mail: rildo@inca.gov.br. E-mail: jandrade@inca.gov.br. E-mail: lalmeida@inca.gov.br

### **Resumo**

O objetivo desse estudo foi compreender as relações de interdependência e complementaridade entre a aplicação do conceito de palição e qualidade da sobrevivência do paciente oncológico, na perspectiva da equipe multidisciplinar. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fundamentada no enfoque hermenêutico-dialético, realizado em um hospital de referência em oncologia no Rio de Janeiro, com participação de 09 profissionais de saúde integrantes da equipe multiprofissional, com dados produzidos através de dois grupos focais, entre julho e agosto de 2015. Os resultados apontaram quatro sentidos: Noção de sobrevivência em oncologia; Sobrevivência, palição, e linha de cuidados em oncologia; Palição e qualidade da sobrevivência em oncologia; e Sobrevivência e avaliação do modelo de palição institucional. As necessidades de palição dos sobreviventes ao câncer demandam políticas específicas de controle de câncer que envolvam a formação de um modelo de planejamento de assistência em palição orientado por uma definição de sobrevivência mais ampliada, fundada em estudos acerca das necessidades físicas, emocionais, econômicas e sociais desse crescente grupo.

**Descritores:** Sobrevivência; Qualidade de Vida; Cuidados Paliativos; Pesquisa Qualitativa.

### **Meaning of palliative care for quality patient oncological survival.**

#### **Abstract**

The objective of this study was to understand the relationships of interdependence and complementarity between the application of the concept of palliation and quality of survival of cancer patients in view of the multidisciplinary team. It is a qualitative research, based on the hermeneutic-dialectic approach, performed in a oncology referral hospital in Rio de Janeiro, attended by 09 health professionals members of the multidisciplinary team, with data produced by two focus groups, among July and August 2015. Results showed four senses : Definition of survival in oncology; Survival, palliation, and line care in oncology; Palliation and quality of survival in oncology; and Survival and evaluation of the institutional palliation model. The palliation needs of survivors of cancer require specific policies cancer control involving the formation of a palliation care planning model guided by a definition of broader survivorship, based on studies of the physical, emotional, social and economic needs of this increasing group.

**Key words:** Survivorship; Quality of Life; Palliative Care; Qualitative research.

## **Introdução**

De acordo com estimativas do projeto GLOBOCAN 2012 (Ferlay et al., 2013) houve em todo o mundo, no ano de 2012, 14,1 milhões de casos novos de câncer. No Brasil, a estimativa para o ano de 2016 é aproximadamente de 596 mil novos casos (INCA, 2015).

Devido a esses números e graças aos avanços e melhorias no diagnóstico e tratamento precoce (Maccabe et al., 2013; DeSantis et al., 2014), o número de sobreviventes de câncer no mundo tem aumentado. Projeções de 2012 estimavam 22,4 milhões de sobreviventes no mundo (Reuben, 2004), sendo que, só nos Estados Unidos há estimativa que, em 2024, esse número chegará a mais de 19 milhões de sobreviventes (DeSantis et al., 2014). No Brasil, dados de 2014 também indicam aumento nas taxas de sobrevivência para os cânceres de mama e próstata (INCA, 2014<sup>1</sup>). Embora tais projeções sejam promissoras, elas implicam que mais pessoas conviverão com os efeitos crônicos e tardios do câncer e seus tratamentos (Alfano et al., 2013).

Nesse contexto, o cuidado paliativo se apresenta como uma abordagem especializada passível de dar suporte ao paciente e seus familiares. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), essa modalidade de cuidado deve ser oferecida o mais precoce possível, a fim de prevenir sintomas e complicações inerentes à doença de base, aumentando assim a qualidade de vida e a sobrevivência do paciente. Para tanto, preconiza enquanto princípios de atuação: o alívio do sofrimento, o controle dos sintomas e da dor, a busca pela autonomia do paciente e a manutenção de vida ativa dos indivíduos enquanto ela durar.

Temel et al (2010) comentam que os cuidados paliativos têm sido tradicionalmente usados quando o curso avançado da doença ultrapassa as possibilidades curativas disponíveis. Entretanto, o autor aponta que o início tardio da palição é insuficiente para melhorar a qualidade da vida. Para obter efeito significativo o cuidado paliativo deve ser fornecido no já quando do diagnóstico positivo.

Considerando que os princípios do cuidado paliativo comportam uma filosofia de ação que privilegia a cura e os controles em detrimento das consequências da doença. A associação da peculiaridade das necessidades dos sobreviventes de câncer à questão do modelo de palição é de extrema importância para a discussão sobre a noção conceitual e o modelo de organização e prestação de cuidados da própria fase da sobrevivência (Economou, 2014). Reforça a importância de uma abordagem multidimensional e integrada da problemática -

física, funcional, emocional, econômica, social - experimentada pelos sobreviventes nas fases que se seguem ao diagnóstico, tratamento e pós-tratamento (Mullan, 1985).

Ser um sobrevivente significa viver até o final da vida com, apesar e para além do câncer, incluindo também os efeitos colaterais e as sequelas decorrentes das terapêuticas utilizadas (Muniz; Zago; Schwatz, 2009). O seu controle não deve ser considerado uma simples continuação dos problemas experimentados durante o tratamento, mas sim como um processo e uma linha de cuidado que, para além das questões biomédicas, deve ser dinamicamente acompanhado e atendido, buscando a qualidade de vida (Oeffinger; McCabe, 2006; Hewitt; Greenfield; Stovall, 2006; Reuben, 2004; Muniz; Zago; Schwatz, 2009).

No entanto, para além dos aspectos instrumentais e operacionais da aplicação de planos de cuidados e ações políticas e institucionais voltadas às necessidades dos sobreviventes, a pesquisa procurou interpretar os vários discursos, evidenciando particularidades, confluências e distinções acerca da complexidade da sobrevivência, evocadas em meio ao campo de atuação, relações sociais e aos significados e sentidos atribuídos pelos profissionais de saúde às suas experiências no cuidado aos pacientes oncológicos em palição (Araújo; Paz; Moreira, 2012).

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

## **Metodologia**

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

A pesquisa de campo, realizada entre julho e agosto de 2015 em um hospital de referência em Oncologia e Palição no Rio de Janeiro, logrou aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CAE 44865115.6.0000.5274 – em 25/05/2015).

Os dados foram produzidos por meio de dois grupos focais audiogravados, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes, nos meses de julho e agosto de 2015, totalizando 09 profissionais de saúde da equipe multiprofissional atuantes há, pelo menos, um ano em cuidados paliativos na instituição. O critério de formação dos grupos focais foi a multidisciplinaridade que caracteriza as equipes multiprofissionais (enfermagem, fisioterapia, medicina, nutrição, psicologia, serviço social),

garantindo a participação de no mínimo um profissional de cada categoria, constituindo-se de 01 assistente social (EA1), 01 enfermeira (EE1), 02 fisioterapeutas (EF1; EF2), 01 médica (EM2), 02 nutricionistas (EN1; EN2); 02 psicólogas (EP1; EP2), sendo os fragmentos das falas referenciados com a letra E (entrevistado), seguida da inicial da categoria profissional e da numeração arábica indicativa da ordem de realização dos dois grupos focais.

O objetivo principal desta técnica foi estimular os participantes a debaterem de forma aberta sobre a relação entre sobrevivência e palição (Minayo, 2008), quando, mediante roteiro semiestruturado, os participantes foram questionados sobre: definição do que seria a sobrevivência ao câncer e que tipos de pacientes ela abrangeria; momento de indicação e importância dos cuidados paliativos para a qualidade de vida e sobrevivência do paciente oncológico em geral, com câncer avançado ou em terminalidade; avaliação do modelo, assistência e estrutura dos cuidados paliativos prestados, considerando os desafios demandados pela perspectiva do aumento do número de sobreviventes. Foram levantados também dados sociodemográficos referentes aos profissionais de saúde (idade; sexo; formação e tempo de trabalho com cuidados paliativos).

As audiografações foram transcritas, permitindo a leitura compreensiva do material, facilitando o processo de extração de categorias empíricas, análise, interpretação e identificação de sentidos e o posterior cotejamento entre empiria e teoria. As amostras foram fechadas pelo princípio de saturação, através da observação da convergência dos discursos e repetição de seus sentidos. O procedimento metodológico de tratamento dos dados obtidos envolveu: (a) leitura compreensiva; (b) identificação dos sentidos subjacentes às falas dos participantes; (c) problematização das ideias e dos sentidos presentes nos depoimentos e articulação com significados socioculturais; (d) elaboração de síntese entre os dados empíricos e informações provenientes de outros estudos acerca do assunto, oferecendo aportes teóricos; (e) elaboração de esquemas do processo de análise interpretativa, contendo categorias empíricas e suas correlações com categorias teóricas, gerando sínteses de sentidos (Gomes et al., 2005; Gomes, 2007; Gomes, 2014; Minayo, 2008).

Os referenciais teóricos de análise eleitos foram a hermenêutica da saúde de Gadamer (2011), enquanto reflexão sobre os elementos subjacentes à complexidade da saúde; a noção de sobrevivência de Mullan (1985), como precursora da ruptura com a noção biomédica de sobrevivência; e noção palição proposta pela Organização Mundial da Saúde (2002), entendida como abordagem integral em toda a linha de cuidado. Considerando que a

experiência da sobrevivência ao câncer é complexa, pressupomos que a conjugação destes três arcabouços teóricos melhor contribuiria para a elucidação do fenômeno.

## Resultados

Os participantes tinham idade entre 34 e 49 anos, todos do sexo feminino com tempo de experiência em oncologia de 4 a 14 anos e em cuidados paliativos entre 1 e 10 anos. 05 deles atuam exclusivamente em atividades assistenciais e 04 combinavam atividades assistenciais e de gestão.

Considerando os objetivos do estudo, selecionou-se 49 recortes de falas, que deram origem a quatro amplas categorias empíricas: *Noção de sobrevivência em oncologia; Sobrevivência, palição, e linha de cuidados em oncologia; Palição e qualidade da sobrevivência em oncologia; e Sobrevivência e avaliação do modelo de palição institucional*. No interior de cada uma delas os seus respectivos recortes de falas foram reagrupados em subcategorias empíricas de acordo segundo as convergências de significados.

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

Categories empíricas	Trechos dos depoimentos	Subcategorias empíricas
NOÇÃO DE SOBREVIVÊNCIA EM ONCOLOGIA	EP2: “Sobrevivente ao câncer [é] todo paciente que já passou pelo tratamento curativo e que está em acompanhamento”.  EN2: “Eu entendo a sobrevivência como alguém que passou por todo o tratamento e tem um [prognóstico] de cura”.  EM2: “A minha concepção seria (...) um paciente com diagnóstico de câncer [que] passou por um tratamento e, depois de um tempo já teve o critério de cura”.	SOBREVIVÊNCIA ENTENDIDA A PARTIR DO MODELO BIOMÉDICO ONCOLÓGICO TRADICIONAL  Conjunto de concepções de sobrevivência enquanto um processo mediado pelos parâmetros biomédicos temporais de tratamento, remissão e acompanhamento do caso de câncer.
	EN2: “O significado de sobrevivência da [traduz] uma sensação de vencer”.  EF1: “(...) sobrevivente realmente [é] aquele que venceu [doença]”.  EA1: “(...) a sobrevivência é um tempo árduo de luta mesmo e o paciente vem com forças bem escassas”.	SOBREVIVÊNCIA ENTENDIDA COMO LUTA E SUPERAÇÃO DA DOENÇA;  Conjunto de concepções de sobrevivência enquanto uma opção de luta pela vida e um estado de superação e vitória do paciente oncológico sobre a doença.
	EN1: “Eu acho que essa sobrevivência começa a partir do momento do diagnóstico”	SOBREVIVÊNCIA ENTENDIDA A PARTIR DO DIAGNÓSTICO;

	<p>EP1: “(...) a sobrevivência começa no momento que se descobre o câncer”.</p> <p>EP1: “Ele [o paciente] começa a luta [pela] sobrevivência desde o diagnóstico da doença oncológica”</p>	<p>Conjunto de concepções de sobrevivência enquanto um estado iniciado a partir do momento do diagnóstico do câncer</p>
	<p>EA1 sobrevivência (...) é realmente uma luta (...) com sequelas advindas do tratamento, sequelas advindas do câncer, e com uma demanda para além do câncer. Eles [sobreviventes] chegam (...) com uma série de questões sociais e também junto com uma limitação que causa dependência por conta da doença.”.</p> <p>EN1: “Sobrevivência se estende [para] além do paciente. Ela afeta todo o entorno dele, a família [e] toda estruturação social, psicológica (...) eu não consigo ver a sobrevivência em um foco só”.</p> <p>EP1: “A gente não faz palição só para o paciente (...). A família é fundamental porque faz parte do processo. Ela sofre os efeitos do adoecimento de um modo coletivo e precisa se organizar novamente para poder entender e assimilar esse momento novo”.</p> <p>EF2: “Sobreviver à doença não é simplesmente depois da cura. Todos os dias que [o paciente] acorda e dorme, a doença está com ele. Ele está sobrevivendo daquela forma independente se ele está em tratamento curativo ou tratamento paliativo”.</p>	<p><b>SOBREVIVÊNCIA ENTENDIDA COMO UM PROCESSO AMPLO E COMPLEXO;</b></p> <p>Conjunto de concepções de sobrevivência enquanto um processo estruturalmente complexo, determinado dinamicamente pelos aspectos clínicos da doença e apoios social e familiar disponíveis ao paciente.</p>
	<p>EM2: “(...) entendo que o paciente (...) que esta conseguindo responder a algum tipo de intervenção, está sendo um sobrevivente”.</p> <p>EM2: “Eu entendo (...) [a sobrevivência] a partir do diagnóstico até o momento que ele está respondendo a alguma intervenção, ainda que não seja uma intervenção oncológica específica (...)”.</p> <p>EM2: “(...) a partir do momento que ele entra em cuidado de final de vida ele já não está mais com vida; ele não sobrevive, ele está morrendo (...)”.</p> <p>EA1: “(...) acredito que se [o paciente] já está em um processo de finitude mesmo; de cuidados de fim de vida (...) eu acho que já muda um pouco a categoria desse paciente”.</p>	<p><b>SOBREVIVÊNCIA ENTENDIDA ENQUANTO A EXISTÊNCIA DE RESPOSTAS DO PACIENTE AS INTERVENÇÕES E CUIDADOS</b></p> <p>Conjunto de concepções de sobrevivência enquanto um estado determinado pela existência de respostas do paciente aos cuidados dispensados.</p>

	EF2: “Em cuidado de fim de vida ... você já está em um caminho inevitável ”	
--	---	--

**Quadro 1: Depoimentos e atribuição de significados das subcategorias da categoria Noção de Sobrevivência em Oncologia**

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

Categories empíricas	Trechos dos depoimentos	Subcategorias empíricas
SOBREVIVÊNCIA, PALIAÇÃO, E LINHA DE CUIDADOS EM ONCOLOGIA.	EP1: “Eu acho que [é] o momento do diagnóstico (...). Desde o diagnóstico [os pacientes] deveriam estar inseridos [na] esfera dos cuidados paliativos (...). Se no diagnóstico incluíssemos esse processo, a gente teria mais efetividade em relação a resposta ao tratamento”.	PALIAÇÃO NA SOBREVIVENCIA COMO UM MODELO DE AÇÃO E CUIDADO INICIADO A PARTIR DO DIAGNÓSTICO E INÍCIO DO TRATAMENTO  Conjunto de falas que indicam que as ações e cuidados de palição devem ser iniciadas a partir da fase do diagnóstico e tratamento do câncer.
	EF1: “Desde o [momento do] diagnostico a gente já [deveria] começar com essa visão (...). Os sintomas deveriam ser controlados desde o primeiro dia de tratamento”.	
	EN2: “A divisão cuidado paliativo, [cuidado] curativo é bem estruturada e fundamentada (...). Essa separação ainda é muito pertinente em muitos momentos”.	PALIAÇÃO NA SOBREVIVÊNCIA COMO UM MODELO DE AÇÃO E CUIDADO INICIADO A PARTIR DO TÉRMINO DO TRATAMENTO CURATIVO;  Conjunto de falas que indicam que as ações e cuidados de palição devem ser desenvolvidas a partir do termino do tratamento curativo.
	EP2: “Existem conhecimentos muito específicos dos cuidados paliativos que justificaria essa divisão [palição ofertada ao término do tratamento]”.	
	EF2: “O melhor seria obviamente desde o início, mas, como a gente tem essa estrutura, essa definição de tipo curativo, a palição [após os cuidados curativos] facilita muito o nosso trabalho”.	

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

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

Categories empíricas	Trechos dos depoimentos	Subcategorias empíricas
	EP1: “Oferecer as medidas de conforto, baseado no trabalho de equipe (...) identificamos que [o paciente] responde ao tratamento”.	PALIAÇÃO NA SOBREVIVÊNCIA COMO AÇÕES DE CONFORTO E CONTROLE DE SINTOMAS

<p style="text-align: center;"><b>PALIAÇÃO E QUALIDADE DA SOBREVIVÊNCIA EM ONCOLOGIA</b></p>	<p>EP2: “faz diferença [para a] qualidade de vida porque a gente esta olhando vários aspectos da questão”.</p> <p>EF2: “A gente tenta manejar os sintomas; dar um acolhimento para um paciente que chega aqui cansado e muito descrente. Dentro do possível conseguimos fazer um trabalho e dar um pouco de qualidade de vida para ele”.</p> <p>EP1: “Isso [cuidado paliativo] traz um ganho importante na qualidade da sobrevivência desse paciente, não só do paciente como também dos seus familiares”.</p> <p>EP1: “Existem coisas que podem ser feitas para evitar que eles [pacientes] sofram (...) muitos relatam medo da morte e do sofrimento, mas o maior medo é do sofrimento”.</p> <p>EP2: “Eu acredito que os cuidados paliativos sejam muito importantes na fase de sobrevivência porque não importa só sobreviver, o importante é saber como essas pessoas estão sobrevivendo a essa doença”.</p>	<p>Conjunto de falas que indicam o conforto, o controle dos sintomas e a mitigação do sofrimento como um diferencial para a qualidade da sobrevivência em oncologia.</p>
	<p>EF2: “É um trabalho que realmente trás qualidade de vida e a gente espera ao máximo trazer uma boa qualidade de morte também porque como a gente sabe que o país hoje em dia não é o melhor lugar para se morrer, mas a gente tenta fazer um pouquinho diferente, tentando manejar os sintomas, dar um acolhimento para um paciente”.</p> <p>EM2: “A gente consegue observar impacto positivo na vida dos pacientes, na forma como eles morrem, na forma como eles ficam até o momento da morte e na questão dos familiares mesmo”.</p>	<p style="text-align: center;"><b>PALIAÇÃO NA SOBREVIVÊNCIA COMO PREPARO PARA UMA BOA MORTE;</b></p> <p>Conjunto de falas que implicam o preparo para uma boa morte como um diferencial para a qualidade da sobrevivência em oncologia.</p>

**Quadro 3 - Depoimentos e significações das subcategorias da categoria *Paliação e qualidade da sobrevivência em oncologia***

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

Categories empíricas	Trechos dos depoimentos	Subcategorias empíricas
	EA1: “Você precisaria trabalhar uma integralidade para além da instituição: com	MODELO E PLANOS DE CUIDADOS COMO

<p style="text-align: center;"><b>SOBREVIVÊNCIA E AVALIAÇÃO DO MODELO DE PALIAÇÃO INSTITUCIONAL</b></p>	<p>as outras áreas da saúde; da educação da justiça e; da assistência”. Isso a gente não tem (estruturação da rede) ”.</p> <p>EP2: “Só o cuidado paliativo só da instituição não vai fazer frente a isso [aumento do número de sobreviventes], eu acho que aí entra a importância de se difundir [no país] essa filosofia [de palição]”.</p> <p>EA1: “Na verdade o cuidado [palição] tinha que perpassar tudo [toda a linha de cuidado] desde o início do tratamento, até [a fase] paliativa”.</p> <p>EP2: “No Brasil a gente ainda atua nos cuidados paliativos na fase de final de vida. (...) se a gente pensar em um cuidado paliativo de uma maneira mais ampla, inserido desde o diagnóstico, seja no caso da oncologia como de outras doenças crônicas, eu acho que teríamos um resultado melhor em termos de qualidade da sobrevivência”.</p> <p>EM2: “O ideal seria que a gente conseguisse integrar o cuidado paliativo desde o diagnóstico do paciente até, o momento do final de vida. ”</p>	<p style="text-align: center;"><b>NECESSITADOS DE UMA POLÍTICA PÚBLICA</b></p> <p>Conjunto de falas que traduzem de ações políticas necessárias para a reorganização e integração do modelo de palição às necessidades dos sobreviventes de câncer.</p>
	<p>EN1: “A gente já esbarra na formação desses profissionais de cuidado paliativo; dificuldade das pessoas entenderem o que é fazer cuidados paliativos”.</p> <p>EM2: “O que seria fundamental seria difundir a educação em cuidados paliativos nas universidades, melhorar os cursos de capacitação (...). Não há uma capacitação em cuidados paliativos dos profissionais das unidades primárias. Infelizmente os pacientes têm dores mal controladas durante meses, além de outros sintomas”.</p>	<p style="text-align: center;"><b>MODELO E PLANOS DE CUIDADO COMO NECESSITADOS DE POLÍTICA DE FORMAÇÃO DE RH</b></p> <p>Conjunto de falas que traduzem as ações educativas e de formação de pessoas indicadas para a reorganização e integração do modelo de palição às necessidades dos sobreviventes de câncer.</p>
	<p>EA1: “O que falta é realmente é esse cuidado [paliativo] com a humanização”.</p> <p>EN2: Todo diferencial é o trabalho em equipe. Esse trabalho integrado no qual os profissionais se comunicam. Essa questão da troca, do acolhimento. O ser paliativista envolve outras questões, além da mera técnica individual do nutricionista, do fisioterapeuta, psicologia. A gente percebe que esse vínculo e essa comunicação entre [membros da] equipe é uma questão importante para o cuidado desse paciente”.</p> <p>EP2: “Acho que a atuação interdisciplinar é um diferencial dos cuidados paliativos, diferentemente de outras fases da doença</p>	<p style="text-align: center;"><b>MODELO E PLANOS DE CUIDADOS COMO NECESSITADOS DE UMA NOVA FORMA DE TRABALHO EM SAÚDE;</b></p> <p>Conjunto de falas que traduzem as ações de estruturação de equipes e de planejamento de ações de gestão do trabalho em saúde indicados para a reorganização e integração do modelo de palição às necessidades dos sobreviventes de câncer.</p>

	<p>não se faz cuidado paliativo sozinho”.</p> <p>EM2: “a comunicação é ainda um grande desafio para a gente, eu acho que outra questão é o prognóstico e o próprio trabalho”.</p>	
--	---	--

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

## **Discussão**

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

### **O sentido de complexidade, controvérsias e polissemia que constitui a abordagem e definição da noção de sobrevivência ao câncer.**

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

A sobrevivência ao câncer é uma experiência complexa podendo possuir vários significados e sentidos dependendo do grupo (pacientes, profissionais de saúde e familiares), tipo de abordagem e preocupação utilizada. A definição de sobrevivente tem sido, desde a década de 80, objeto de amplos debates, controvérsias e desencontros que ainda envolvem a necessidade de consolidação de uma noção comum de sobrevivência que seja consensualmente aceita e reconhecida (Khan; Rose; Evans, 2012; Dirven et al., 2015; Khan et al., 2012).

A *sobrevivência entendida a partir do modelo biomédico oncológico tradicional* traduz de forma plena o sentido da sobrevivência mediado pela lógica do modelo biomédico oncológico tradicional: “*A minha concepção seria (...) um paciente com diagnóstico de câncer [que] passou por um tratamento e, depois de um tempo já teve o critério de cura*” (EM2). Caracterizado por uma definição clínica da sobrevivência baseada em parâmetros biomédicos temporais do fim do tratamento, remissão e/ou acompanhamento do caso de câncer, esse sentido coincide com a definição defendida pela *European Organization of Research* (Dirven et al., 2015; Moser; Meunier, 2014). Entretanto, essa concepção tem como ponto fraco a exclusão dos pacientes em terapia de manutenção. Ademais, simplifica a sobrevivência enquanto estado binário de cura ou presença da doença (Khan et al., 2012) (Feuerstein, 2007). Essa percepção não só oculta o processo de compreensão da saúde (Gadamer, 2011) como não captura a experiência de longo prazo da sobrevivência,

simplificando um processo vital único de diferentes indivíduos (Gadamer, 2011; Mullan, 1985).

A *sobrevivência entendida como luta e superação da doença* envolve discursos que remetam a um sentido de sobrevivência como atitude assertiva do paciente de luta pela vida e superação da doença: “(...) *sobrevivente realmente [é] aquele que venceu [doença]*”. (EF1). Embora esse sentido aponte uma concepção mais aberta de sobrevivência e vise incentivar e reforçar um comportamento combativo e esperançoso do paciente, ele continua restrito por uma visão tradicional de sobrevivência associada à cura. Uma visão que guarda relação com o modelo biomédico tradicional, encobrindo o sentido da doença e da saúde (Gadamer, 2011), e, por conseguinte, da sobrevivência (Mullan, 1985) ao não capturar a sua experiência de longo prazo.

A *sobrevivência entendida a partir do diagnóstico* é compreendida como experiência iniciada a partir do momento da alteração do estado de saúde de uma pessoa e determinada pela confirmação diagnóstica do câncer: “*Ele [o paciente] começa a luta [pela] sobrevivência desde o diagnóstico da doença oncológica*” (EP1). Apesar desse sentido de sobrevivência ainda ser mediado por um marco temporal e uma intervenção clínico-diagnóstica, ele traz uma ampliação da percepção da sobrevivência para além da tradicional perspectiva biomédica. A proposta de Mullan (1985), na qual os conceitos de curado e doente não são suficientes para descrever as implicações emocionais, físicas e sociais do acometimento pelo câncer, é reforçada pela *US National Coalition of Cancer Survivors* (NCCS, 2016). Neste caso, a sobrevivência é deflagrada no momento do diagnóstico, estendendo-se por toda a vida do paciente (NCCS, 2016; Dirven et al., 2015; Economou, 2014).

Essa abordagem visa transformar o tradicional papel de vitimado do paciente em outro mais pró-ativo e esperançoso (Muniz; Zago; Schwartz, 2009; Pinto; Pais-Ribeiro, 2007). Embora essa definição enfatize uma gama de problemas e necessidades dos pacientes com câncer, sua característica é mais política (*advocacy*) do que científica (Dirven et al., 2015), demandando pesquisas sobre as reais necessidades dos sobreviventes decorrentes dos diversos tipos de câncer e da sua real condição e auto-aceitação como sobrevivente (Khan; Rose; Evans, 2012)

A *sobrevivência entendida como um processo amplo e complexo* apresenta a experiência da sobrevivência mediada pelo processo vivencial e clínico do paciente e suas relações com as estruturas familiares, socioeconômicas e sociotécnicas da saúde:

*“Sobrevivência se estende [para] além do paciente. Ela afeta todo o entorno dele, a família, toda estruturação social, psicológica. (...) eu não consigo ver a sobrevivência em um foco só”* (EN1).

Nesse caso, a definição de sobrevivência não só busca ir além das restrições de tempo e tipo de tratamento, abrangendo diversas experiências e trajetórias individuais e familiares (NCI, 2015), como também envolve relações com as estruturas econômicas e técnicas da área da saúde, descortinadas pelos casos e pelas demandas operacionais das diversas condições do adoecimento: pacientes livres de doença ou com doença ativa; em recidiva ou com períodos intermitentes da doença; em novos tratamentos; com um segundo tipo de câncer; ou com complicações tardias da doença ou do tratamento (ACS,2012).

Para a atual conjuntura do debate envolvendo as necessidades dos sobreviventes ao câncer, não existe consenso sobre quando começa a sobrevivência; se é após o tratamento, após a fase de 5 anos de pós-diagnóstico com câncer avançado ou separado do cuidado de fim de vida (Dirven et al.,2015; Khan; Rose; Evans,2012; Khan et al.,2012; Feuerstein,2007; Bell,2013).

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

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

Em um sentido ético-filosófico, Gadamer (2011) argumenta que, se uma pessoa excluir de si e do viver a ideia da morte, é como se ela estivesse excluindo-se a si própria. Por outro lado, podemos inferir que há nas falas uma estratégia defensiva da equipe, na busca de evitar o confronto com a iminência da morte. Ocorre, nesse caso, uma espécie de morte social, pois o profissional passa a tratar o doente como um cadáver (Cremesp,2008). São concepções que acabam por não considerar a trajetória de vida do sujeito em terminalidade (Khan; Rose; Evans,2012) enquanto sobrevivente. Nada mais distante da combinação entre as atuais noções de sobrevivência e palição.

Considerando Parick *et al* (2013), os cuidados paliativos não devem ser destinados apenas aos pacientes no pós-tratamento curativo, devendo ser considerado em toda a linha de cuidados, independente do fim de vida. A discussão que se abre acerca da natureza desse cuidado paliativo, é de não cair na excessiva instrumentalização e especialização do cuidado (Gadamer, 2011; Menezes, 2004), determinadas pela lógica da linha de ação do tradicional modelo biomédico oncológico (Gonçalves, 2014).

### **O sentido da conveniência e oportunidade da implantação do modelo de palição integrado à linha de cuidados dos sobreviventes de câncer.**

As falas da categoria *Sobrevivência, palição e linha de cuidados em oncologia*, evidenciam a conveniência e a oportunidade da implantação e implementação do modelo de palição integrado à linha de cuidados aos sobreviventes de câncer. A definição de sobrevivente do NCCS (2016) incorporando os “(...) que estão passando por tratamento primário; aqueles que estão em remissão e no pós-tratamento; aqueles que estão curados e também aqueles que estão com doença ativa ou doença avançada” (Khan; Rose; Evans, 2012; Khan et al, 2012) abre um espaço de inclusão dos pacientes em fim de vida (WHO, 2002), apesar de historicamente não serem abrangidos pelo conceito definição tradicional de sobrevivente.

*A palição na sobrevivência como um modelo de ação e cuidado iniciado a partir do diagnóstico e início do tratamento* refere-se à caracterização da orientação do cuidado na sobrevivência ao câncer como uma proposta de palição antecipada: “*Eu acho que [é] o momento do diagnóstico (...). Desde o diagnóstico [os pacientes] deveriam estar inseridos [na] esfera dos cuidados paliativos (...). Se no diagnóstico incluíssemos esse processo, a gente teria mais efetividade em relação a resposta ao tratamento*” (EP1).

Bruera e Yennurajalingam (2012), Parikh et al (2013), Economou (2014) e ANCP (2009) falam da necessidade da formação de um modelo integrado de palição, desde o início

do tratamento do paciente com câncer, onde a aplicação do cuidado paliativo seja associada ao cuidado curativo e, de forma individualizada, adaptada à evolução da doença, tudo voltado para a melhoria e racionalização da assistência, promovendo a qualidade de vida por meio da redução das internações por quadros agudos, dos casos de emergência e dos custos assistenciais. Sem, no entanto, sobrepor as medidas em saúde às necessidades de cuidado, já que os indicadores baseados em valores padronizados não devem substituir o lugar de um cuidado humanizado (Gadamer, 2011).

*A palição na sobrevivência como um modelo de ação e cuidado iniciado a partir do término do tratamento curativo*, caracteriza o modelo de cuidado na sobrevivência ao câncer como uma ação após o tratamento biomédico curativo: “*A divisão cuidado paliativo, [cuidado] curativo é bem estruturada e fundamentada (...). Essa separação ainda é muito pertinente em muitos momentos*” (EN2). Temel *et al* (2010) apontam que, apesar dos cuidados paliativos serem tradicionalmente oferecidos após o término do tratamento curativo, esse tipo de cuidado é insuficiente para alterar a qualidade de vida dos pacientes.

As recomendações de Economou (2014), Parikh *et al* (2013), Bruera e Yennurajalingam (2012) e Temel *et al* (2010) são coincidentes em dois pontos: na descrição da diferença que a gestão de cuidados paliativos traz para a melhoria do cuidado aos pacientes oncológicos com doença avançada e no final de vida; e na descrição de como as intervenções de cuidados paliativos incrementam a qualidade de vida dos pacientes em qualquer idade ou fase de doença, inclusive para aqueles cujas terapêuticas foram esgotadas ou se encontram em cuidados de fim de vida.

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

### **O sentido da palição como uma diretriz essencial para a qualidade da sobrevivência do paciente oncológico.**

Os depoimentos da categoria *Palição e qualidade da sobrevivência em oncologia* evidenciam a palição como uma diretriz essencial para a qualidade da sobrevivência do paciente oncológico, tanto por meio de ações de conforto e controle de sintomas como de preparo para uma boa morte (Menezes, 2004).

*A palição na sobrevivência como ações de conforto e controle de sintomas* traduz a caracterização do modelo de cuidado na sobrevivência ao câncer como um processo de controle de sintomas e mitigação do sofrimento: “*A gente tenta manejar os sintomas; dar um acolhimento para um paciente que chega aqui cansado e muito descrente. Dentro do possível, conseguimos fazer um trabalho e dar um pouco de qualidade de vida para ele*” (EF2). Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (2002) o cuidado paliativo, através da prevenção e tratamento da dor e de outros problemas de natureza espiritual, psicossocial e física, atua como uma abordagem promotora da qualidade de vida dos pacientes e familiares.

No entanto, apesar da avaliação da qualidade de vida dos sobreviventes ser importante para a identificação da condição global da vida do paciente e para a verificação do serviço prestado (Correia; De Carlo,2012), não se deve sobrepô-la à humanização. Revisitando Gadamer (2011), as medidas e ações na área da saúde não podem se orientar apenas por valores padrões. Devem privilegiar o olhar, o ouvir e o sentir que acolham o paciente como pessoa.

*A palição na sobrevivência como preparo para uma boa morte* abarca discursos que traduzem o modelo de cuidado na sobrevivência ao câncer como uma ação biomédica direcionada para o fim de vida do paciente: “*A gente consegue observar impacto positivo na vida dos pacientes, na forma como eles morrem, na forma como eles ficam até o momento da morte e na questão dos familiares mesmo*” (EM2). Assim, o cuidado paliativo tem, além da possibilidade de resgatar a morte como evento natural e esperado (ANCP,2009), priorizar a vida, promovendo a dignidade do indivíduo e mitigando o sofrimento.

Na linha das reflexões de Gadamer (2011) acerca da natureza e da arte da medicina, a palição, enquanto projeto de especialidade médica (Menezes, 2004; Gonçalves *et al*, 2014), mais que evocar um tratamento mágico de eliminação da doença ou de medicalização da morte, constitui-se em uma retomada do caminho que leva a mais crônica de todas as doenças: a perspectiva de morte que acompanha todo ser humano.

Na aceitação desse caminho residiria a mais elevada tarefa humana e o seu mais amplo destino, que tem como arte enxergar o sobrevivente na sua condição de terminalidade e fim de vida, não apenas como um caso, mas como um indivíduo que se abre à sua possibilidade final.

**O sentido de necessidade de organização do modelo assistencial de palição para o planejamento e ordenação dos planos de cuidados para os sobreviventes de câncer.**

As falas da categoria *sobrevivência e avaliação do modelo de palição institucional* indicam a necessidade de organização do modelo assistencial de palição para o planejamento e ordenação dos planos de cuidados para os sobreviventes ao câncer, tanto para a formação de uma política pública nacional de palição, bem como para a qualificação profissional e de uma nova forma de trabalho em saúde para além do modelo biomédico.

Em *modelo e planos de cuidados como necessitados de uma política pública* os discursos apontam a urgência da incorporação da palição a toda linha de cuidado, legitimada na referida política pública nacional de palição: “*O ideal seria que a gente conseguisse integrar o cuidado paliativo desde o diagnóstico do paciente até, o momento do final de vida*” (EM2). Bruera & Yennurajalingam (2012), Parikh et al.(2013) e Mazanec e Prince Paul (2014) apontam a exigência da formação de um modelo integrado de palição desde o início do tratamento do paciente com câncer, no qual o cuidado paliativo seja concebido e aplicado em associação com o cuidado curativo. Floriani e Schramm (2007) e Floriani (2009) igualmente salientam a importância da implantação dos cuidados paliativos no âmbito do sistema de saúde brasileiro, indicando que este ainda sofre da falta de articulação entre os diferentes níveis assistenciais.

Já as falas da subcategoria *modelo e planos de cuidados como necessitados de política de formação de força de trabalho* indicam a necessidade da constituição de uma política de formação profissional que, além de vincular-se à mencionada política pública nacional de palição, seja capaz de atender quantitativa e qualitativamente às demandas dos cuidados paliativos: “*O que seria fundamental seria difundir a educação em cuidados paliativos nas universidades, melhorar os cursos de capacitação (...). Não há uma capacitação em cuidados paliativos dos profissionais das unidades primárias. Infelizmente os pacientes têm dores mal controladas durante meses, além de outros sintomas*” (EM2). Nessa abordagem, o cuidado será também o de não cair na “armadilha de repetição” de um modelo de fragmentação e especialização técnica (Gonçalves *et al*, 2014), visando um modelo que “ajude a ressignificação social do sofrimento, da dor, da doença e da morte, a partir de quem as vive” (Gonçalves *et al*, 2014; Gadamer, 2011).

O *modelo e plano de cuidados como necessitados de uma nova forma de trabalho em saúde* remete ao sentido de estruturação de programas e planos de cuidados de palição na sobrevivência baseado no trabalho em equipe e numa abordagem interdisciplinar do sobrevivente: “*Todo diferencial é o trabalho em equipe. Esse trabalho integrado no qual os profissionais se comunicam. Essa questão da troca, do acolhimento. O ser paliativista*

*envolve outras questões, além da mera técnica individual do nutricionista, do fisioterapeuta, psicologia. A gente percebe que esse vínculo e essa comunicação entre [membros da] equipe é uma questão importante para o cuidado desse paciente” (EN2).*

Para que os cuidados paliativos com qualidade estejam disponíveis para os sobreviventes, será necessário mais que a execução de uma técnica perfeita, ou seja, mais que um *ser-capaz-de-fazer-seguro*, uma *techne* (Gadamer, 2011) relacionada à antecipação e gestão dos sintomas decorrentes do câncer ou do seu tratamento, integrada a um “*ser-capaz-de-fazer-orientado*” (Gadamer, 2011), no qual a trajetória do sobrevivente seja interpretada, avaliada e reelaborada hermeneuticamente, privilegiando a preocupação com o outro que sofre, vive e morre (Gadamer, 2011; Gonçalves *et al*, 2014). Um das condições para o êxito desse intento é a comunicação efetiva e eficaz entre equipe multidisciplinar, pacientes e cuidadores. (ANCP, 2009; Economou, 2014).

## **Conclusão**

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

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

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

Particularmente, quanto às necessidades de palição dos sobreviventes ao câncer, os desafios demandados envolvem políticas específicas de controle de câncer, preconizando a formação de um modelo de planejamento de assistência em palição orientado por uma

definição de sobrevivência mais ampliada, fundada em estudos acerca das necessidades físicas, emocionais, econômicas e sociais desse grupo que é crescente no mundo.

## Referências

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

ALFANO CM, MOLFINO A, MUSCARITOLI M. Interventions to promote energy balance and cancer survivorship. *Cancer* 2013; v.119; n.11;p. 2143-50. Disponível em:<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.28062/full>.

AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). *Cancer Treatment and Survivorship Facts & Figures 2012-2013*. Atlanta: American Cancer Society; 2012.

ARAÚJO JL, PAZ EPA, MOREIRA TMM. Hermenêutica e saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2012 Fev, vol 46; n.1; p. 200-207.

BELL K, RISTOVSKI-SLIJEPCEVIC S. Cancer Survivorship: Why Labels Matter. *Journal of Clinical Oncology* 2013; vol.31; n.4: p. 409-411.

BRUERA E, YENNURAJALINGAM S. Palliative Care in Advanced Cancer Patients: How and When?. *The Oncologist* 2012; vol. 17, p. 267–273.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Cuidado Paliativo. São Paulo: *Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira*; 2008.

CORREIA, FR, DE CARLO, MMR DO P. Avaliação de qualidade de vida no contexto dos cuidados paliativos: revisão integrativa de literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2012 abr; v. 20, n. 2: p. 401-410.

DESANTIS CE, LIN CC, MARIOTTO AB, SIEGEL RL, STEIN KD, KRAMER JL, ALTERI R, ROBBINS AS, JEMAL A. Cancer treatment and survivorship statistics, 2014. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2014 Jul-Aug; vol 64 n.4; p. 252-71.

ECONOMOU D. Palliative Care Needs of Cancer Survivors. *Seminars in Oncology Nursing* vol 30, n.4, 2014:p.262-267.

DIRVEN L, POLL-FRANSE LV, NEIL KA, JAAP CR. Controversies in defining cancer survivorship. *The lancet oncology* 2015; vol 16; n.6; p. 595-736.

FERLAY J, SOERJOMATARAM I, ERVIK M, DIKSHIT R, ESER S, MATHERS C, REBELO M, PARKIN DM, FORMAN D, BRAY, F. *Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer GLOBOCAN; 2013.

FEUERSTEIN M. Defining cancer survivorship. *Journal of Cancer Survivorship: research and practice* 2007; vol 1; n.1: p. 5–7.

FLORIANI, CA. Moderno movimento hospice: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte. 2009. 192 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)– *Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca*, Rio de Janeiro, 2009.

FLORIANI, CA, SCHRAMM, FR. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cadernos de saúde pública* 2007 set; v.23, n.9, p.2072-2080.

GADAMER HG. O caráter oculto da saúde. 2ª edição. Rio de Janeiro: *Vozes*, 2011.

- GOMES, R. et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M.C. de S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Org.). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 185-221.
- GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C. de S.(Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 79-108.
- GOMES, R. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014.
- GONÇALVES JG, MERHY EE, LAND MGP, CUNHA AJLA. Cuidados Paliativos: A Atenção para a Armadilha da Repetição. *Diversitates International Journal* 2014 Jul; vol. 06; n. 01: p. 1-20
- GREENFIELD HMS, STOVALL E. *From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition*. Washington, DC: The National Academies Press, 2006.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR. *Estimativa 2015: Incidência de câncer no Brasil*.: Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR. *Brasil registra queda da taxa de mortalidade por alguns tipos de câncer*. Rio de Janeiro: INCA 2014. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2014/brasil\\_registra\\_queda\\_taxa\\_mortalidade\\_por\\_alguns\\_tipos\\_cancer](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2014/brasil_registra_queda_taxa_mortalidade_por_alguns_tipos_cancer).
- KHAN NF, ROSE PETER W, EVANS J. Defining cancer survivorship: a more transparent approach is needed. *Journal of Cancer Survivorship* 2012; vol 6; n.1; p. 33-6.
- KHAN NF, HARRISON S, ROSE PW, WARD A, EVANS J. Interpretation and acceptance of the term ‘cancer survivor’: a United Kingdom-based qualitative study. *European Journal of Cancer Care* 2012; vol 21; n.2; p. 177–186.
- MACCABE, MS.; JACOBS, LA. Clinical update: survivorship care – models and programs. *Seminars in Oncology Nursing*, vol 28, n.3, 2012: p. 01-08.
- MAZANEC, P, PRINCE-PAUL M. Integrating palliative care into active cancer treatment. *Seminars in Oncology Nursing* 2014; vol 30, n.4, 2014:p.203-211.
- MENEZES RA. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Fiocruz 2004.
- MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Hucitec, 2008.
- MULLAN, F. Seasons for survival: reflections of a physician with cancer. *The New England Journal of Medicine*, July 25, 1985; vol 313; n. 4.
- MUNIZ RM, ZAGO MMF, SCHWARTZ E. As teias da sobrevivência oncológica: com a vida de novo. *Texto Contexto Enfermagem* 2009 Jan-Mar; vol18; n.1; p. 25-32.
- MOSER EC, MEUNIER F. Cancer survivorship: A positive side-effect of more successful cancer treatment. *European Journal of Cancer supplements* 2014; vol 12; n.1: p. 1–4.
- NATIONAL COALITION FOR CANCER SURVIVORSHIP (NCCS). *NCCS Mission, 2016*. Disponível em: <http://www.canceradvocacy.org/about-us/our-mission/>.
- NATIONAL CANCER INSTITUTE (NCI) OFFICE OF CANCER SURVIVORSHIP. *Definitions, 2016*. Disponível em: <http://cancercontrol.cancer.gov/ocs/statistics/definitions.html>.

OEFFINGER KC, MCCABE, MS. Models for delivering survivorship care. *Journal of Clinical Oncology*, 2006; v. 24; n.32; p. 5117-5124.

PARIKH RB, KIRCH RA, SMITH TJ, TEMEL JS. Early Specialty Palliative Care-Translating Data in Oncology into Practice. *The New England Journal of Medicine* 2013 Dec; vol. 369; n.24 : p. 2347-2351.

PINTO CAS, PAIS-RIBEIRO. Sobrevivente do Câncer: uma outra realidade! *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis, 2007; vol 16; n. 1: p. 142-148.

REUBEN SH. Living Beyond Câncer: Finding a New Balance. *President's Cancer Panel 2003-2004*. Bethesda, MD: Annual Report. 2004.

TEMEL JS, GREER JA, MUZIKANSKY A , GALLAGHER ER. , ADMANE S , JACKSON VA, DAHLIN CM ,BLINDERMAN, CD ,JACOBSEN J, PIRL WF, BILLINGS JA, LYNCH TJ. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. *The New England Journal of Medicine* 2010; vol.363; p.733-42

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Paliative Care* 2002. Disponível em: <http://www.who.int>.

Antonio Tadeu Cheriff dos Santos. Rua Marques de Pombal, 125, 7º andar. Centro. Rio de Janeiro. RJ. CEP: 22.240-130

Contribuição dos autores: Silva executou e Santos orientou a concepção, delineamento, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada. Pereira da Silva, Andrade e Almeida colaboraram na análise, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.