

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**



**COORDENAÇÃO DE ENSINO**

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA / CURSO DE  
ENFERMAGEM**

**SUZY RAMOS ROCHA**

**Capacidade funcional de mulheres com câncer de mama em quimioterapia paliativa**

**Rio de Janeiro**

**2019**

SUZY RAMOS ROCHA

Capacidade funcional de mulheres com câncer de mama em quimioterapia paliativa

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

Orientador(a): Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carla Andréia Vilanova Marques.

Rio de Janeiro

2019

SUZY RAMOS ROCHA

Capacidade funcional de mulheres com câncer de mama em quimioterapia paliativa

Avaliado e aprovado por:

Carla Andréia Vilanova Marques (Orientadora)

Ass: \_\_\_\_\_

Lailah Maria Pinto Nunes (Membro da banca 1)

Ass: \_\_\_\_\_

Elaine Cristina de Souza (Membro da banca 2)

Ass: \_\_\_\_\_

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

Rio de Janeiro

2019

## Capacidade funcional de mulheres com neoplasia mamária em quimioterapia paliativa

### Resumo:

**Objetivos:** Avaliar a capacidade funcional de mulheres com câncer de mama em quimioterapia paliativa. **Método:** Estudo transversal, realizado a partir da análise de cem prontuários de mulheres com câncer de mama em quimioterapia paliativa durante o período de 2018, após aprovação do comitê de ética com parecer nº 3.347.732. **Resultados:** Dos cem prontuários avaliados, a maioria tinha: 50 anos ou mais (66%), nível fundamental (53%), renda de 1 a 2 salários mínimos (87%), carcinoma ductal invasivo (95%), hormônio positivo (64%) e grau histológico 1 e 2 (57%). Prevaleceu *performance status* 0 (49%) e 1 (39%), com associação para as linhas quimioterapias prescritas, recebendo de uma a quatro esquemas de tratamento; e para os sintomas inapetência ( $p=0,00$ ) e perda de peso ( $p=0,001$ ). As principais complicações foram: neuropatia (31%), síndrome de compressão medular (21%), neutropenia (9%) e óbito (28%). **Conclusão:** A maioria das mulheres foram politratadas com manifestação de sintomas manejáveis e complicações clínicas moderadas ou graves em vigência de tratamento, contrapondo-se à premissa de palição.

**Descritores:** Neoplasias da mama. Cuidados paliativos. Quimioterapia. Sobrevida. Enfermagem oncológica.

**Descriptors:** Breast neoplasms. Palliative care. Drug therapy. Survival. Oncology Nursing.

**Descriptores:** Cancer de la mama. Cuidados paliativos. Quimioterapia. Sobrevida. Enfermería Oncológica.

## INTRODUÇÃO

O câncer de mama corresponde à neoplasia de maior incidência e elevada taxa de mortalidade entre as mulheres no mundo. No Brasil, a estimativa para o biênio 2018-2019 é de 59.700 casos novos e há tendência de crescimento na mortalidade por este agravo<sup>(1-3)</sup>. Quando diagnosticado em estágio inicial (I e II), apresenta bom prognóstico e elevada taxa de cura. Em contrapartida, os estágios avançados (III e IV), que correspondem a 38% das neoplasias mamárias diagnosticadas no Brasil, estão associados a um pior prognóstico e baixa sobrevida<sup>(4)</sup>, o que direciona os esforços terapêuticos para cuidados paliativos ampliados ou exclusivos<sup>(2)</sup>.

Positivamente, a proposta paliativa de tratamento avançou nas últimas décadas, possibilitando o controle de sintomas por meio de avaliação multidimensional e implementação de intervenções específicas, como cirurgia, hormonioterapia, terapia biológica, radioterapia, quimioterapia e cuidados de suporte<sup>(5-7)</sup>, todas com finalidade paliativa, efetivas no controle do câncer metastático e que se tornam mais eficazes quando integradas ao tratamento oncológico padrão desde o diagnóstico da doença<sup>(8)</sup>.

A quimioterapia com finalidade paliativa permanece sendo uma importante opção sistêmica de tratamento para tumores mamários avançados pela redução do tamanho da massa tumoral, com conseqüente redução dos sintomas e melhora da sobrevida, e sua aplicação pauta-se na biologia tumoral, que engloba as características histológicas (diferenciação, mitose e progressão) e moleculares do tumor (presença de receptores hormonais, superexpressão do receptor de crescimento epidérmico humano tipo 2 - HER2 - e expressão gênica - Luminal A, Luminal B, HER e Basal-like), bem como no estado geral de saúde do paciente<sup>(7,8)</sup>. Além disso, o protocolo terapêutico adotado, a dose e a via de administração também devem ser considerados, o que requer cuidado e monitoramento, uma vez que podem afetar negativamente a condição funcional do paciente pela toxicidade do medicamento e ocorrência de efeitos colaterais graves que se sobressaem aos potenciais benefícios<sup>(7,8)</sup>.

A oferta de tratamento quimioterápico para o câncer de mama avançado é tarefa multiprofissional árdua e onerosa, com destaque para o profissional enfermeiro, cujo papel é fundamental para o sucesso da terapêutica, atuando no agendamento dos atendimentos, na previsão e provisão de recursos para implementação segura, na orientação do paciente e familiar acerca do esquema proposto, na avaliação individual pré-preparo da medicação, na conferência dos aspectos técnicos da prescrição e discussão de ajustes, administração das drogas, monitoramento e manejo de reações infusionais, avaliação do impacto das ações realizadas e na proposta de melhorias para o cuidado clínico<sup>(6, 9-11)</sup>.

Nesta perspectiva, para minimizar danos e avaliar a tolerância ao tratamento oncológico, são utilizados preditores que avaliam o quanto a doença e o tratamento afetam as habilidades de vida diária do paciente, e norteiam a continuidade ou não da terapêutica<sup>(12,13)</sup>. A Escala *Performance Status* (PS) é um instrumento elaborado por Oken *et al*<sup>(14)</sup> junto ao *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG), com a finalidade de avaliar o estado funcional de pacientes com câncer, a partir da identificação da capacidade de realizar atividades cotidianas, presença de sintomas da doença e grau de autonomia requerido para cuidados rotineiros<sup>(13,15)</sup>. Essa escala oferece subsídios para seguimento oncológico, é de fácil aplicação e tem sido amplamente empregada na assistência quimioterápica<sup>(13)</sup>.

Não obstante, poucos estudos monitoraram o estado funcional de pacientes com câncer de mama submetidas à quimioterapia<sup>(4,9,12,16,17)</sup>. Tendo em vista as atribuições da enfermagem na assistência oncológica, a importância do câncer de mama no cenário nacional, bem como a carência de produções científicas sobre o comportamento da doença avançada, o presente estudo tem por objetivo avaliar a capacidade funcional de mulheres com câncer de mama em quimioterapia paliativa.

## **MÉTODO**

### **Desenho do estudo**

Estudo observacional transversal norteado pela ferramenta STROBE.

### **Cenário**

O estudo foi desenvolvido no serviço de quimioterapia da unidade hospitalar especializada em tratamento do câncer de mama de um instituto de referência nacional, localizado na cidade do Rio de Janeiro, durante o período de junho a setembro de 2019.

A amostra foi composta por prontuários de mulheres com diagnóstico de câncer de mama localmente avançado ou com metástase à distância, que realizaram quimioterapia paliativa ambulatorial durante o ano de 2018, por meio de amostragem não probabilística consecutiva.

### **Critérios de seleção**

Foram incluídas as pacientes com idade superior à dezoito anos, diagnóstico médico de câncer de mama com estágio clínico IV, em quimioterapia paliativa durante o período selecionado. A exclusão do estudo ocorreu para aquelas com incompletude de registro no prontuário acerca da quimioterapia administrada.

### **Coleta de dados**

A operacionalização da coleta de dados iniciou com o levantamento via *intranet* do registro de todas as pacientes submetidas à quimioterapia paliativa no período estabelecido. Para a extração dos dados foi utilizado um roteiro estruturado (Apêndice A) desenvolvido pela autora, contendo 27 perguntas agrupadas em três blocos, como se seguem:

- Características socioeconômicas, que incluíram: faixa etária (<40, 40 a 49, ≥50), etnia (branca, não branca), escolaridade (analfabeta/ensino fundamental, ensino médio, ensino

superior), ocupação (empregada, desempregada, aposentada ou auxílio social), renda familiar (1 a 2 salários,  $\geq 3$  salários), estado civil (solteira, casada/união estável, divorciada ou viúva), rede de apoio (familiares, outros) e procedência (capital, interior);

- Estilo de vida e características de doenças pregressas e/ou atual, onde foram exploradas as seguintes variáveis: nº de filhos (nulípara, 1 a 2 filhos, 3 filhos ou mais), tabagismo (sim ou ex-tabagista, não), etilismo (sim ou ex-etilista, não), comorbidades (hipertensão arterial sistêmica, outras), tipo histopatológico do tumor (carcinoma ductal invasivo, outra), grau histológico do tumor (1 ou 2, 3), receptor hormonal (sim, não), gene HER2 (sim, não), estágio do tamanho do tumor (T1, T2, T3, T4), local da metástase (osso, visceral e osso + visceral).

- Tratamento oncológico pregresso e atual: tratamento curativo ofertado (hormonioterapia, radioterapia, cirurgia, terapia com anticorpo monoclonal, quimioterapia neoadjuvante, quimioterapia adjuvante), início da quimioterapia paliativa (1998 a 2015, 2016, 2017, 2018-19), linhas de quimioterapia paliativa prescritas (1 a 2, 3 a 4, 5 a 6,  $>6$ ), último esquema paliativo prescrito (5-fluoracil, doxirrubicina, ciclofosfamida - FAC, ciclofosfamida, metotrexate e 5-fluoracil - CMF, Gencitabina+Cisplatina, Docetaxel, Paclitaxel, Capecitabina, Vinorelbine, Carboplatina, Gencitabina+Carboplatina), nº de ciclos do último esquema (1 a 3, 4 a 6, 7 a 9,  $>9$ ), interrupção do último ciclo (piora clínica ou progressão da doença, toxicidade, óbito), sintomas durante a quimioterapia paliativa (astenia, fadiga, dor, náuseas e/ou vômitos, inapetência, perda de peso, diarreia), complicações (neuropatias, síndrome de compressão medular, neutropenia), indicação de cuidados paliativos exclusivos (sim, não), tempo entre indicação de cuidados paliativos exclusivos e óbito (1 a 15, 16 a 30, 31 a 90 dias).

Para a avaliação da qualidade de sobrevivência dessas pacientes, considerou-se a identificação da *performance status* (PS) presente nos registros de consultas médicas e de enfermagem, utilizando a Escala de Zubrod (ECOG), com escore que varia de zero a cinco pontos, permitindo classificá-lo com o índice 0 (totalmente ativo, capaz de continuar todo o desempenho pré-doença, sem restrição), 1 (restrição para atividade física extenuante, porém capazes de realizar um trabalho de natureza leve ou sedentária), 2 (completamente capaz para o autocuidado, mas incapaz de realizar quaisquer atividades de trabalho; fora do leito por mais de 50% do tempo), 3 (capacidade de autocuidado limitada, restrito ao leito ou à cadeira mais de 50% do tempo de vigília), 4 (completamente limitado, não pode exercer qualquer autocuidado; restrito ao leito ou à cadeira) e 5 (morto)<sup>(13)</sup>.

### **Análise e tratamento dos dados**

A análise descritiva dos resultados amostrais foi processada no programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0, explicitando as médias, as frequências absolutas e relativas. Em seguida, procedeu-se a análise univariada por meio do teste do qui-quadrado de *Person* entre o desfecho (Capacidade Funcional pela Escala PS) e as demais variáveis, considerando o valor  $p \leq 0,005$  para medida de significância.

### **Aspectos éticos**

O estudo foi submetido à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, sendo aprovado com protocolo nº 3.347.732. Por se tratar de uma coleta realizada em prontuários, foi solicitada a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido.

## **RESULTADOS**

Dos 100 prontuários de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico paliativo avaliados, a maioria tinha 50 anos ou mais de idade (66%), era não branca (64%), católica (50%), casada ou em união estável (57%), procedente da capital (52%), estava desempregada (62%), possuía renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos (87%) e escolaridade abaixo do ensino médio (53%). Na tabela 1, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os dados socioeconômicos e as pontuações de *performance status* das participantes.

**Tabela 1** – Perfil socioeconômico de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico paliativo, segundo *Performance Status*. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.

Características socioeconômicas	Performance Status						Total n(100)	p
	0		1		2			
	n(49)	%	n(39)	%	n(12)	%		
<b>Idade</b>								
<40	5	10,2	2	5,1	2	16,2	9 0,280	
40 a 49	9	18,4	14	35,9	2	16,2	25	
≥ 50	35	71,4	23	59,0	8	66,7	66	
<b>Etnia</b>								





<b>Tipo histológico do tumor</b>								
Carcinoma ductal invasivo	46	93,9	37	94,9	12	100,0	95	0,683
Outros	3	6,1	2	5,1	0	0,0	5	
<b>Grau histológico do tumor</b>								
1 ou 2	32	65,3	19	48,7	6	50,0	57	0,258
3	17	34,1	20	51,3	6	50,0	43	
<b>Receptor hormonal</b>								
Sim	29	59,2	28	71,8	7	58,7	64	0,430
<b>Gene receptor de crescimento epidérmico humano tipo 2</b>								
Não	22	44,9	32	82,1	9	75,0	63	0,001
<b>Estadio do tamanho do tumor</b>								
T1	1	2,0	0	0,0	0	0,0	1	0,925
T2	8	16,3	9	23,1	3	25,0	20	
T3	11	22,4	8	20,5	3	25,0	22	
T4	29	59,2	22	56,4	6	50,0	57	
<b>Local da metástase</b>								
Osso	4	8,2	3	7,7	0	0,0	7	0,716
Visceral	21	42,9	18	46,2	4	33,3	43	
Osso + visceral	24	49,0	18	46,2	8	66,7	50	

**Fonte:** Elaborado pelas autoras.

Os dados da tabela 2 sobre a característica de comportamento do câncer de mama da amostra demonstra diferença estatisticamente significativa para a ausência da superexpressão de HER2 entre mulheres com PS 0, 1 e 2. Dentre as 37 participantes que tinham registro de superexpressão de HER2, apenas 46% (16) tinham idade  $\leq$  50 anos. Predominou no agrupamento o carcinoma ductal invasivo (95%), com grau histológico 1 ou 2 (57%) e 3 (47%), receptor hormonal positivo (64%), gene HER 2 negativo (63%), tamanho tumoral T4 (57%), acometimento de linfonodos N1 (56%), com metástases principalmente para osso (57%), pele (44%), linfonodos locorregionais (42%), fígado (38%) e pulmão (37%).

Tratamento oncológico progressivo a quimioterapia paliativa ocorreu para 75% das pacientes, com destaque para hormonioterapia (65%), radioterapia (57%), cirurgia (55%) e terapia com anticorpo monoclonal (10%). A aplicação de quimioterapia neoadjuvante ocorreu em 38% da amostra, já a adjuvante foi feita para 87% delas, não incidindo diferença significativa entre estas com PS 0, 1 e 2, respectivamente  $p=0,800$  e  $p=0,798$ . Dados sobre a

quimioterapia paliativa prescrita para as participantes são apresentados na tabela 3.

**Tabela 3** – Perfil de quimioterapia paliativa prescrita para mulheres com câncer de mama, segundo *Performance Status*. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.

Quimioterapia paliativa	<i>Performance Status</i>						Total n(100)	<i>p</i>
	0		1		2			
	n(49)	%	n(39)	%	n(12)	%		
<b>Ano de início</b>								
1998 a 2015	6	12,2	8	20,5	4	33,3	18	0,506
2016	4	8,2	4	10,3	2	16,7	10	
2017	10	20,4	9	23,1	1	8,3	20	
2018-19	29	59,2	18	46,2	5	41,7	52	
<b>Linhas prescritas</b>								
1 a 2	23	46,9	8	20,5	4	33,3	35	0,0053
3 a 4	18	36,7	18	46,2	3	25,0	39	
5 a 6	6	12,2	6	15,4	4	33,3	16	
> 6	2	4,1	7	17,9	1	8,3	10	
<b>Último esquema prescrito</b>								
FAC*	1	2,0	1	2,6	0	0,0	2	0,322
CMF**	6	12,2	5	12,8	1	8,3	12	
Gencitabina+Cisplatina	11	22,4	10	25,6	4	33,3	25	
Docetaxel	17	34,7	7	17,9	3	25,0	27	
Paclitaxel	7	14,3	7	17,9	2	16,7	16	
Capecitabina	4	8,2	3	7,7	0	0,0	7	
Vinorelbine	2	4,1	5	12,8	0	0,0	7	
Carboplatina	1	2,0	0	0,0	2	16,7	3	
Gencitabina + Carboplatina	0	0,0	1	2,6	0	0,0	1	
<b>Nº de ciclos do último esquema</b>								
1 a 3	8	16,3	13	33,3	7	58,3	28	0,115
4 a 6	18	36,7	13	33,3	2	16,7	33	
7 a 9	11	22,4	5	12,8	2	16,7	18	
>9	12	24,5	8	20,5	1	8,3	21	

\*FAC: 5-fluoracil, doxirrubicina, ciclofosfamida; \*\*CMF: Ciclofosfamida, metotrexate e 5-fluoracil

**Fonte:** Elaborado pelas autoras.

Houve 71% de interrupção do último ciclo quimioterápico paliativo, principalmente por piora clínica ou progressão da doença (48%), toxicidade (12%) e óbito (12%). A sintomatologia e as emergências oncológicas em vigência de tratamento são apresentadas na tabela 4.

**Tabela 4** – Sintomatologia e emergências oncológicas de mulheres com câncer de mama em quimioterapia paliativa, segundo *Performance Status*. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.

Quimioterapia paliativa	<i>Performance Status</i>						Total n(100)	<i>p</i>
	0		1		2			
	n(49)	%	n(39)	%	n(12)	%		
<b>Sintomas mais frequentes no último esquema</b>								
Astenia	29	59,2	28	71,8	11	91,7	68	0,078
Fadiga	22	44,9	24	61,5	9	75,0	55	0,099
Dor	24	49,0	22	56,4	7	58,3	53	0,727
Náuseas e vômitos	24	49,0	20	51,3	9	75,0	53	0,260
Inapetência	10	20,4	15	38,5	11	91,7	36	0,000
Perda de peso	9	18,4	14	35,9	9	75,0	32	0,001
Neuropatias	16	32,7	12	33,3	2	16,7	31	0,518
Diarreia	11	22,4	9	23,1	1	8,3	21	0,516
<b>Emergência oncológica</b>								
Síndrome de compressão medular	8	16,3	8	20,5	4	41,7	21	0,154
Neutropenia	3	6,1	5	12,8	1	8,3	9	0,550
<b>Óbito</b>	7	14,3	15	38,5	6	50,0	28	0,008

**Fonte:** Elaborado pelas autoras.

Indicação de cuidados paliativos exclusivos foi feita a 10,2% (5) das mulheres com PS 0, 17,9% (7) com PS 1 e 16,7 (2) com PS 2. Dentre os 28% de óbitos (28) no período investigado, apenas 28,6% (8) apresentavam-se em cuidados paliativos exclusivos em unidade especializada ( $p=0,014$ ), para as quais o tempo médio entre o encaminhamento e a evolução para o óbito foi de 36 dias, sendo observado um período de 1 a 15 dias para 37,5% (3) dessas mulheres, de 16 a 30 dias para 37,5% (3) delas e, para os 25% (2) restantes, o tempo

dispendido até o óbito foi de 31 a 90 dias.

## DISCUSSÃO

Dados dos registros hospitalares de câncer do Brasil, entre 2010 e 2017, demonstram que cerca de 88.972 mulheres com câncer de mama fizeram tratamento quimioterápico paliativo exclusivo<sup>(2)</sup>. Esta informação salienta a relevância de investigações que possibilitem compreender o perfil da população submetida a quimioterapia paliativa e os fatores associados ao melhor desfecho terapêutico, posto que tende a contribuir para avanços na assistência no Sistema Único de Saúde.

Em relação às condições socioeconômicas, estas podem se constituir em barreiras para o acesso oportuno aos serviços de saúde ou para a continuidade da assistência. Na amostra estudada houve prevalência de mulheres acima de 50 anos, casadas ou em união estável, com renda de um a dois salários mínimos e baixa escolaridade. Os resultados encontrados conferem com perfil esperado para países em desenvolvimento e com os achados de estudos que avaliaram o perfil de mulheres com câncer de mama em terapia paliativa<sup>(8,15,18)</sup>.

Em relação à escolaridade e renda, os dados encontrados seguem a mesma tendência apresentada por outras investigações, indicando que pacientes com câncer em estágio avançado possuíam baixa escolaridade e baixa renda<sup>(8,15,18)</sup>. A maioria das mulheres não era tabagista ou etilista, e apresentavam hipertensão arterial sistêmica como principal comorbidade associada. Esses achados também foram identificados em outros estudos<sup>(15,18)</sup>.

Assim, os aspectos sociodemográficos detectados denotam a necessidade de adequação da linguagem empregada nos atendimentos ao grau de compreensão delas, informam ainda a possibilidade do envolvimento da rede de apoio (conjugue, filhos ou outros familiares) e, incentivam sobrepujar gastos com deslocamentos para consultas de seguimento, por meio da interlocução com a equipe da atenção primária à saúde e com monitoramento telefônico dos casos com maior suscetibilidade clínica e/ou social.

Em se tratando dos aspectos tumorais, os achados evidenciaram uma prevalência de carcinoma ductal invasivo (CDI), estadio para o tamanho do tumor T4, com mais metástase óssea do que visceral, grau histológico 1 ou 2, receptores hormonais positivos, ausência de expressão do gene HER2 e diferença estatisticamente significativa para este gene entre as mulheres com idade  $\leq 50$  anos e PS0, 1 e 2 ( $p= 0,001$ ). O CDI também foi o principal tipo histopatológico identificado em outros estudos<sup>(15,18,19)</sup>, realizados, respectivamente, com 1.146, 12.689 e 124 mulheres em diversas regiões do país, e, segundo o INCA<sup>(1)</sup>, é o tipo

histopatológico mais comum, compreendendo cerca de 80 a 90% do total de casos.

Tumores com qualquer dimensão e com extensão direta à parede torácica ou à pele (classificação T4), frequentemente acompanham progressão da doença para os ossos e vísceras em casos considerados paliativos e, como consequência à invasão óssea, há propensão para a síndrome de compressão medular, tal como encontrado na amostra. Ademais, a elevada taxa de metástases tumorais pode gerar limitações e sofrimento e, enseja vigilância e manejo contínuo da equipe de saúde, no intuito de ampliar da sobrevivência.

Em relação à análise molecular do tumor, os resultados correspondem ao esperado para mulheres na faixa etária identificada, uma vez que apresentaram grau histológico 3, presença de receptores hormonais e ausência de superexpressão do gene HER2, que por sua vez, teve associação estatisticamente significativa à capacidade funcional. Esse receptor transmembrana é necessário à proliferação e à sobrevivência das células normais, estando superexpresso em torno de 20% das células carcinomatosas de mama, com predomínio de mulheres mais jovens, o que confere maior agressividade e resistência aos tratamentos quimioterápicos<sup>(2,18)</sup>.

Na instituição estudada, a quimioterapia paliativa foi prescrita, em sua maioria, para mulheres com PS0 e PS1, com capacidade funcional bem preservada, desde 2017, passando por uma média de uma a quatro linhas de quimioterápicos, com destaque para as drogas docetaxel e gemzar com cisplatina. Astenia, fadiga, dor, náuseas e vômitos acometeram mais da metade do grupo investigado e neuropatia e óbito foram as complicações mais prevalentes.

Essas informações sugerem que essas mulheres foram politratadas com drogas que manifestam muitos sintomas manejáveis e complicações clínicas moderadas ou graves. Além disso, ao comparar as mulheres com condição funcional melhor (PS0 e PS1) em relação as que estavam piores (PS2), observa-se que foram sujeitadas a número de linhas e esquemas de quimioterapia semelhantes, todavia, as com PS2 tiveram taxas mais elevadas para seis dos sete sintomas avaliados e mais óbitos.

Percebeu-se também que cerca de 25% das participantes recebeu outros tratamentos oncológicos previamente e que poucas foram encaminhadas para cuidados paliativos exclusivos. Na comparação destes dados segundo PS, significância estatística foi encontrada para linhas de quimioterapias prescritas ( $p=0,005$ ), inapetência ( $p=0,00$ ), perda de peso ( $p=0,001$ ) e óbito ( $p=0,008$ ).

A quimioterapia citotóxica paliativa é necessária para pacientes com câncer de mama metastáticos, por melhorar a qualidade da sobrevivência. No entanto, observou-se que a

interrupção do esquema utilizado se deu por piora clínica ou progressão de doença em 48% da amostra. Em um estudo realizado com 240 mulheres com câncer de mama metastático<sup>(20)</sup>, evidenciou-se que cerca de 5-17% das pacientes resistentes à primeira linha de tratamento apresentaram resistência nas linhas subsequentes, afetando significativamente a sobrevida média livre de progressão, sendo observado um período livre de progressão de 7,6 meses para pacientes na primeira linha de tratamento, 5,1 meses na segunda linha de tratamento e de 3,6 meses para a terceira linha de tratamento<sup>(20)</sup>. Assim, percebe-se que a troca de esquema terapêutico motivada pela quimioresistência se soma aos efeitos dos tratamentos prévios e gera toxicidade cumulativa, situação constatada no estudo, principalmente para as com PS2.

A sintomatologia e as complicações oncológicas em vigência de tratamento quimioterápico encontradas apresentam relação comprovada na literatura com a capacidade funcional e com a qualidade de vida do paciente metastático<sup>(2,8,20,21)</sup>. Nesta direção, mapear os sintomas mais comuns auxilia no planejamento de cuidados e em seu manejo adequado, melhorando a funcionalidade e qualidade de sobrevida durante a terapia paliativa<sup>(5,8)</sup>.

Chama a atenção a indicação de cuidados paliativos domiciliares no país, durante o período de 2013 a 2015, 45% da demanda assistencial foi gerada pela atenção básica e cerca de 20% por centros oncológicos<sup>(22)</sup>. Para as mulheres com câncer de mama avançado assistidas no serviço de quimioterapia, a proposição de cuidados paliativos exclusivos alcançou a minoria delas e houve indícios tenha sido feito tardiamente, posto que entre 1 a 30 dias após solicitação ocorreu o óbito. Transpor as ineficiências sinaladas exige supervisão contínua da degradação clínica de forma a antever, atenuar ou impedir que o fato se torne irreversível.

### **Limitações do estudo**

Como limitação para o desenvolvimento do estudo destaca-se o tamanho amostral e a restrição de coleta de dados por informações ausentes nos prontuários, o que minimiza a possibilidade de correlação dos achados com a capacidade funcional do público investigado.

### **Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública**

As evidências adquiridas permitiram compreender as condições sociodemográficas e clínicas de mulheres com câncer avançado em tratamento quimioterápico, destacando os aspectos de vulnerabilidade social e os as fragilidades na assistência prestada, bem como os fatores que mais interferem na capacidade funcional desse público. Diante dos achados, recomenda-se a realização de novos estudos que possam fortalecer o preceito de palição e

favorecer a modificação dos processos de trabalhos a fim de atender a demanda, adequação do fluxo assistencial, monitoramento de indicadores da capacidade funcional das pacientes e suporte social ampliado para os assistidos.

## CONCLUSÃO

A análise do perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com câncer de mama em quimioterapia paliativa revelam a predominância de mulheres acima de 50 anos, com baixos níveis de escolaridade e de renda familiar, com prevalência de carcinoma ductal invasivo, hormônio positivos, grau histológico 1 e 2, com *performance status* variando entre 0 e 2, que, por sua vez, teve associação à ausência de superexpressão de HER 2, número de linhas quimioterápicas paliativas utilizadas e à sintomatologia apresentada.

A análise da capacidade funcional dessas pacientes contribui para compreendermos características e necessidades que são fundamentais ao planejamento e à implementação de uma assistência que promova sua qualidade de sobrevivência. A maioria das mulheres foram politratadas com manifestação de sintomas manejáveis e complicações clínicas moderadas ou graves em vigência de tratamento, contrapondo-se à premissa de palição.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: 2017 [cited 2020 Jan 24]. Available from: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2018-incidencia-de-cancer-no-brasil>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: 2019 [cited 2020 Jan 24]. Available from: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//a\\_situacao\\_ca\\_mama\\_brasil\\_2019.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//a_situacao_ca_mama_brasil_2019.pdf)
3. Couto MAS, Guerra MR, Firme VAC, Bustamante-Teixeira MT. Comportamento da mortalidade por câncer de mama nos municípios brasileiros e fatores associados. Revista Panamericana de Salud Pública, 2018; 41: e168. Doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.168>
4. Höfelmann DA, Anjos JC, Ayala AL. Sobrevida em dez anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Joinville, Santa Catarina, Brasil. Ciênc. saúde coletiva, 2014; 19(6):1813-24. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.03062013>.



- 5- Back AL, Park ER, Greer JA, Jackson VA, Jacobsen JC, Gallagher ER, Temel JS, et al. Clinician roles in early integrated palliative care for patients with advanced cancer: a qualitative study. *Journ palliat med*, 2014; 17(11): 1244-49. Doi: 10.1089/jpm.2014.0146.
- 6- Markus LA, Betioli SE, Souza SJP, Marques FR, Migoto MT. A atuação do enfermeiro na assistência ao paciente em cuidados paliativo. *Rev gestão & saúde [Internet]*. 2017 [cited 2020 Jan 24]; 17(1): 71-81. Available from: <http://www.herrero.com.br/files/revista/file808a997f5fc0c522425922dc99ca39b7.pdf>.
- 7- Cardoso F, Senkus E, Costa A, Aapro M, André F, Bergh J, et al. 4th ESO-ESMO International Consensus Guidelines for Advanced Breast Cancer (ABC 4). *Annals of Oncology*, 2018; 29: 1634–57. Doi: 10.1093/annonc/mdy192.
- 8- Souza RS, Simão DAS, Lima EDRP. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes atendidos em um serviço ambulatorial de quimioterapia paliativa em Belo Horizonte. *Rev mineira enferm [Internet]*. 2012 [cited 2020 Jan 24]; 16(1): 38-47. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/498>.
- 9- Cirilo DJ, Silva MM, Fuly PSC, Moreira MC. A gerência do cuidado de enfermagem à mulher com câncer de mama em quimioterapia paliativa. *Texto contexto-enferm*, 2016; 25(3): e4130015. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004130015>.
- 10- Silva MCN, Machado MH. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, 2020; 25(1): 7-13. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020251.27572019>.
- 11- Galassi A, Challinor J. Strengthening the oncology nursing workforce in low- and middle-income countries to address the growing cancer burden. *Lancet Oncol [Internet]*. 2016 [cited 2020 Jan 24]; 16(8):887-88. Available from: [https://c.ymcdn.com/sites/www.isncc.org/resource/resmgr/publications/White\\_Paper\\_Final\\_Revisions\\_.pdf](https://c.ymcdn.com/sites/www.isncc.org/resource/resmgr/publications/White_Paper_Final_Revisions_.pdf)
- 12- Elias TC, Mendes LC, Soares MBO, Haas VJ, Silva SR. Influência de variáveis clínicas na capacidade funcional de mulheres em tratamento quimioterápico. *Esc. Anna Nery*, 2015; 19(4): 571-77. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150076>.
- 13- Pereira EEB, Santos NB, Sarges ESNF. Avaliação da capacidade funcional do paciente onco geriátrico hospitalizado. *Rev Pan-Amaz Saude*, 2014; 5(4):37-44. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232014000400005>
- 14- Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, Mcfadden ET, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern cooperative oncology group. *Am J Clin Oncol [Internet]*. 1982 [cited 2020 Jan 24]; 5(6): 649-55. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7165009>
- 15- Visentin A, Mantovani MF, Kalinke LP, Boller S, Sarquis LMM. Palliative therapy in adults with cancer: a cross-sectional study. *Rev. Bras. Enferm.* 2018; 71(2): 252-58. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0563>.
- 16- Lopes JV. Impacto do câncer de mama e qualidade de vida de mulheres sobreviventes. *Rev. Bras.*

Enferm. 2018; 71(6): 2916-21. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0081>.

17- Castro FPCR. Comprometimento da qualidade de vida de mulheres com câncer de mama submetidas a quimioterapia no atendimento público e privado. Invest. educ. enferm. 2018; 36(1): e4. Doi: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e04>.

18- Sousa MM, Figueredo SB, Fernandes RM. Perfil clínico-epidemiológico de mulheres com neoplasia de mama atendidas no hospital regional de referência no município de Araguaína-TO no período de 2000 a 2015. Rev Interd Universidade Federal do Tocantins, 2016; 2(2): 283-306. Doi: 10.20873/uft.2359-3652.2016v2n2p283

19- Pinheiro AB, Lauter DS, Medeiros GC, Cardozo IR, Menezes LM, Souza RMB, et al. Câncer de mama em mulheres jovens: Análise de 12.689 casos. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2013 [cited 2020 Jan 24]; 59(3): 351-59. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/46e1/890bf29c7bccb3432ac179e940d5202261f0.pdf>

20- Park IH, Lee KS, Ro J. Effects of Second and Subsequent Lines of Chemotherapy for Metastatic Breast Cancer. Clin Breast Cancer, 2015; 15(1): 55-63. Doi: 10.1016/j.clbc.2014.09.001.

21- Farkkila N, Torvinen S, Roine RP, Sintonen H, Hanninen J, Taari K, Saarto T. Health-related quality of life among breast, prostate, and colorectal cancer patients with end-stage disease. Qual Life Res, 2014; 23:1387–94. Doi: 10.1007/s11136-013-0562-y.

22- Atty ATM, Tomazelli JG. Palliative care in home care for cancer patients in Brazil. Saúde debate, 2018; 42(116): 225-36. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811618>

## APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

### Dados sociodemográficos

- 1) Idade em anos: \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_
- 2) Etnia: 1( ) Branca, 2( ) Preta, 3( ) Parda, 4( ) Indígena, 5( ) Outro RAC \_\_\_\_\_
- 3) Escolaridade em anos: \_\_\_\_\_ (zero se não estudou) ESC \_\_\_\_\_
- 4) Ocupação: 1.( ) Empregado 2.( ) Desempregado 3.( ) Aposentado OCU \_\_\_\_\_
- 5) Procedência: 1( ) Capital 2( ) Interior PRO \_\_\_\_\_
- 6) Renda Familiar: 1. ( ) 1-2 salários mínimos 2. ( ) 3-4 salários mínimos 3.( ) 3-5 salários mínimos 4. ( ) acima de 5 salários mínimos REN \_\_\_\_\_
- 7) Estado civil: 1.( )solteira 2.( )casada/união estável 3.( )divorciada 4.( )viúva EC \_\_\_\_\_
- 8) Número de filhos: \_\_\_\_\_ (0=nenhum) FIL \_\_\_\_\_
- 9) Religião: 1.( ) Católica 2.( ) Evangélica 3.( )Espírita 4. ( ) Outra \_\_\_\_\_ REL \_\_\_\_\_
- 10) Rede de apoio: 1.( )Família, 2.( )Amigos e/ou vizinhos, 3.( ) Grupos sociais RED \_\_\_\_\_

### Dados clínicos:

- 11) Comorbidades: 1.( )HAS, 2.( )DM, 3.( )Dislipidemia, 4.( )Outros \_\_\_\_\_  
COM \_\_\_\_\_
- 12) Tipo histopatológico: 1.( ) CDIS, 2.( )CDI, 3.( ) CLIS, 4.( ) CLI HIST \_\_\_\_\_
- 13) Estádio para tumor primário:1.( )T1 2.( )T2 3.( ) T3 4.( ) T4 TU \_\_\_\_\_
- 14) Estádio para linfonodo: 1.( ) N0 2.( ) N1 3.( ) N2 4.( ) N3 LINF \_\_\_\_\_
- 15) Estádio para metástase: 1.( ) M0 2.( ) M1 META \_\_\_\_\_
- 16) Sítio de metástase: 1.( ) Osso, 2.( ) Fígado, 3.( ) Cérebro, 4.( ) Medula óssea, 5.( ) Pele, 6.( ) Linfonodo, 7.( ) Pulmão, 8.( ) Pleura, 9.( ) Peritônio, 10.( ) Ovário, Outros \_\_\_\_\_  
MTX \_\_\_\_\_
- 17) Tratamento anterior: 1.( ) Sim 2.( ) Não TRAT \_\_\_\_\_
- 18) Se sim, qual o tipo de tratamento: 1.( ) cirurgia 2.( ) radioterapia 3.( ) quimioterapia 4.( ) hormonioterapia TIPO \_\_\_\_\_

### Qualidade de sobrevivida

- 19) PS (*Performance Status*) PS \_\_\_\_\_
- 20) Esquema quimioterápico atual: 1.( ) FAC, 2.( ) CMF, 3.( ) GEMZAR + CDDP, 4.( ) DOCETAXEL, 5.( ) PACLITAXEL, 6.( ) CAPECITABINA, 7.( ) VINOURELBINE EV, 8.( ) VINOURELBINE VO, 9.( ) Outro \_\_\_\_\_ QT \_\_\_\_\_
- 21) Ciclos: \_\_\_\_\_ CICLO \_\_\_\_\_
- 22) Sobre o ciclo:
- Concluído: 1.( ) Sim 2.( ) Não CIC C \_\_\_\_
- Interrompido: 1.( ) Sim 2.( ) Não CIC I \_\_\_\_
- Se sim, motivo da interrupção: \_\_\_\_\_
- Mantido: 1.( ) Sim 2.( ) Não CIC M \_\_\_\_
- 23) Sintomas apresentados durante realização de protocolo atual: 1.( ) perda de peso, 2.( ) astenia, 3.( ) mucosite, 4.( ) náusea/vômito, 5.( ) diarreia, 6.( ) alteração hematológica, 7.( ) neutropenia febril, 8.( ) neuropatias, 9.( ) nefropatias, 10.( ) hepatopatias, 11.( ) extravasamentos, 12.( ) reações infusionais SINT \_\_\_\_\_
- 24) Emergências oncológicas: 1.( ) Sim 2.( ) Não EMERG \_\_\_\_
- Se sim, quais: 1.( ) Neutropenia febril, 2.( ) SVCS, 3.( ) SCM, 4.( ) SLT, 5.( ) Hipercalcemia maligna EMERG ONC \_\_\_\_
- 25) Encaminhamento ao HC IV: 1.( ) Sim 2.( ) Não
- 26) Óbito: 1.( ) Sim 2.( ) Não
- 27) Tempo entre encaminhamento e óbito: \_\_\_\_\_

**ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA**



**INSTITUTO NACIONAL DE  
CÂNCER JOSÉ ALENCAR  
GOMES DA SILVA - INCA**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM QUIMIOTERAPIA PALIATIVA

**Pesquisador:** Suzy Ramos Rocha

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 11284219.8.0000.5274

**Instituição Proponente:** Instituto Nacional de Câncer/ INCA/ RJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.347.732

**Apresentação do Projeto:**

Conforme Parecer Consubstanciado do CEP-INCA de número 3.320.053, 11/05/2019.

**Objetivo da Pesquisa:**

Conforme Parecer Consubstanciado do CEP-INCA de número 3.320.053, 11/05/2019.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme Parecer Consubstanciado do CEP-INCA de número 3.320.053, 11/05/2019.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Conforme Parecer Consubstanciado do CEP-INCA de número 3.320.053, 11/05/2019.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Conforme Parecer Consubstanciado do CEP-INCA de número 3.320.053, 11/05/2019.

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Trata-se da análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado do CEP-INCA de número 3.320.053, 11/05/2019:

**PENDÊNCIA 1.** no arquivo "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1322589.pdf" é citada a

**Endereço:** RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 20.231-002

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)3207-4550

**Fax:** (21)3207-4558

**E-mail:** cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 3.347.732

avaliação da qualidade de vida, sem apresentar qual ferramenta será utilizada. Solicita-se adequação.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

PENDÊNCIA 2. neste mesmo arquivo o item RISCOS necessita de adequação. A Pesquisadora registra: "Não há riscos à população estudada, uma vez que não serão realizadas intervenções diretas aos pacientes". Conforme a Resolução 466/12, Item II.22, risco da pesquisa significa "a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente" e V, "toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados". Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes. Solicita-se adequação.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

PENDÊNCIA 3. Os currículos dos colaboradores devem ser apresentados como equipe de pesquisa na primeira página.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS no. 466/2012 e na Norma Operacional CNS no. 001/2013, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Ressalto que o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1322589.pdf	24/05/2019 18:01:25		Acelto
Outros	curriculo_lattes_carla_andrea.pdf	24/05/2019 18:01:04	Suzy Ramos Rocha	Acelto
Outros	Curriculo_lattes_suzy_ramos.pdf	24/05/2019	Suzy Ramos Rocha	Acelto

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204  
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-002  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4558 E-mail: cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 3.347.732

Outros	Curriculo_lattes_suzy_ramos.pdf	18:00:38	Suzy Ramos Rocha	Aceito
Outros	Lista_de_inadequacoes.docx	24/05/2019 17:58:47	Suzy Ramos Rocha	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	07/04/2019 19:15:58	Suzy Ramos Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TCR_SUZY.doc	07/04/2019 19:15:43	Suzy Ramos Rocha	Aceito
Outros	ficha_de_cadastro_HC3.pdf	29/03/2019 00:10:57	Suzy Ramos Rocha	Aceito
Outros	fomulario_para_submissao_de_estudos no_INCA.pdf	29/03/2019 00:10:22	Suzy Ramos Rocha	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	29/03/2019 00:09:49	Suzy Ramos Rocha	Aceito
Outros	declaracao_sobre_suspensao_ou_encer ramento_do_estudo.pdf	26/03/2019 21:07:46	Suzy Ramos Rocha	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_do_pesquisad or.pdf	26/03/2019 21:07:22	Suzy Ramos Rocha	Aceito
Outros	Declaracao_sobre_despesas_referentes _a_tratamentos_ou_procedimentos.pdf	26/03/2019 21:07:01	Suzy Ramos Rocha	Aceito
Outros	declaracao_de_privacidade_e_confidenc ialidade.pdf	26/03/2019 21:06:44	Suzy Ramos Rocha	Aceito
Outros	declaracao_de_publicacao_dos_resultad os.pdf	26/03/2019 21:06:25	Suzy Ramos Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_justificativa_ausencia_TCLE.pdf	26/03/2019 21:02:59	Suzy Ramos Rocha	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	26/03/2019 21:02:33	Suzy Ramos Rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 25 de Maio de 2019

Assinado por:

Carlos Henrique DeBenedito Silva  
(Coordenador(a))

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204  
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-062  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br

## **ANEXO B – INSTRUÇÕES PARA PREPARO DE MANUSCRITO DA REVISTA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP (REEUSP)**

### Orientações Básicas

A REEUSP aceita artigos inéditos e originais. Utiliza o sistema CrossRef para localização de textos similares e identificação de plágio e autoplágio. Textos que apresentarem semelhanças com outros já publicados serão excluídos do processo de avaliação e os autores suspensos, a depender da gravidade e extensão da má conduta científica. Nesses casos, a Revista adota as orientações do Committee on Publication Ethics (COPE) (<http://publicationethics.org/>).

Os manuscritos podem ser submetidos nos idiomas português, inglês e espanhol e destinados exclusivamente à REEUSP. Não é permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, parcial ou integralmente.

A revista utiliza a normalização dos “Requisitos Uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos” (Estilo Vancouver) (<http://www.icmje.org/recommendations/>).

Nas pesquisas envolvendo seres humanos é necessário o envio de cópia da aprovação por um Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde – CNS ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa. . Nas pesquisas envolvendo animais, exige-se a aprovação do Comitê de Ética no Uso de Animais.

Parecer do Comitê de Ética e a coleta de dados: máximo 5 anos.

O artigo deve ser submetido online no sistema ScholarOne (<http://mc04.manuscriptcentral.com/reeusp-scielo>), acompanhado de carta à Editora-chefe informando os motivos pelos quais a REEUSP foi selecionada para a submissão. Adicionalmente, devem ser destacados os avanços e as contribuições do texto frente às publicações recentes já veiculadas sobre a temática.

As pessoas designadas como autores devem ter participado substancialmente da elaboração do manuscrito para assumir a responsabilidade pelo seu conteúdo. O International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) recomenda que a autoria se baseie nos seguintes critérios: a) contribuições substanciais na concepção ou desenho do trabalho; b) na coleta, análise e interpretação dos dados; c) na redação do artigo ou na sua revisão crítica; d) na aprovação final da versão a ser publicada.

Todos aqueles designados como autores devem atender aos quatro critérios de autoria. O número máximo de autores é seis.

Os autores devem colocar o nome por extenso, a contribuição detalhada de cada um dos autores, assinar e enviar a Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais, na submissão do manuscrito (modelo anexo).

Todos os autores devem associar o número de registro no ORCID ao seu perfil no ScholarOne e informá-lo na submissão (<https://orcid.org/>).

Para a utilização do artigo em acesso aberto, a REEUSP adota a Licença Creative Commons Licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses>).

### **Estrutura e Preparo dos Manuscritos**

Formato do arquivo: doc ou docx (MS Word).

Texto: ortografia oficial em folhas A4; espaço entrelinhas de 1,5; fonte Times New Roman, tamanho 12, inclusive nas tabelas. As margens superiores, inferiores e



laterais devem ter 2,5 cm.

Página de título (deve conter):

Título: máximo de 16 palavras, somente no idioma do artigo, em negrito, utilizando caixa alta somente no início do título e substantivos próprios. Não devem ser usadas abreviaturas, siglas ou a localização geográfica da pesquisa.

O título é a parte mais lida e divulgada de um texto e tem como objetivo informar o conteúdo do artigo. Deve ser claro, exato e atraente.

Nomes dos autores: completos e sem abreviações, numerados em algarismos arábicos, com as instituições às quais pertencem, o local, o estado e o país. O autor deve seguir a forma como seu nome é indexado nas bases de dados e inserir o número de registro ORCID no cadastro do ScholarOne.

Instituições: até três hierarquias institucionais de afiliação (Universidade, Faculdade, Departamento).

Autor correspondente: : indicação do nome, endereço para correspondência, telefone para contato e e-mail.

Manuscrito extraído de dissertação ou tese: indicar por asterisco, em nota de rodapé o título, o ano e a instituição onde foi apresentada.

Resumo: somente no idioma do artigo, até 1290 caracteres com espaço. Deve ser estruturado em: objetivo, método, resultados e conclusão. Exceção para os estudos teóricos. Os ensaios clínicos devem apresentar o número do registro no final do resumo.

Descritores: três a seis descritores que identifiquem a temática, acompanhando o idioma do resumo português (descritores), inglês (descriptors) ou espanhol (descriptores); separados entre si por ponto e vírgula; extraídos do vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME, ou MeSH (Medical Subject Headings), elaborado pela NLM (National Library of Medicine).

Documento principal (Main Document):

Deve conter o título, o resumo, os descritores e o corpo do manuscrito. Não coloque a identificação dos autores.

Conteúdo do texto: Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências, apresentados em tópicos distintos. Os Objetivos devem ser inseridos no final da Introdução.

Introdução: Breve definição do problema estudado, justificando sua importância e as lacunas do conhecimento, com base em referências nacionais e internacionais atualizadas.

Objetivo: Estabelecer a questão principal e as hipóteses a serem testadas.

Método: Subdividir a seção nos tópicos: Tipo ou Desenho do estudo; População ou Cenário; Critérios de seleção; Definição da amostra (se for o caso); Coleta de dados; Análise e tratamento dos dados; Aspectos éticos.

Resultados: Apresentação e descrição somente dos dados encontrados, sem interpretações ou comentários. Para facilitar a compreensão, podem ser acompanhados por tabelas, quadros e figuras. O texto deve complementar ou destacar o que é mais importante, sem repetir os dados das tabelas ou das figuras. O número de participantes da pesquisa faz parte dos Resultados.

Discussão: Deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo as concordâncias e as divergências com outras pesquisas já publicadas, nacionais e internacionais. Deve apontar as limitações do estudo e os avanços para a área da enfermagem/saúde.

Conclusão: Deve ser direta, clara e objetiva, em resposta às hipóteses ou aos objetivos, fundamentada nos resultados e na discussão. Não citar referências.

Referências: máximo de 30 (exceto em estudos de revisão, a depender da busca e da seleção de inclusão dos estudos). Seguir a proporcionalidade de 80% de artigos de periódicos, no mínimo metade deles indexados em bases de dados internacionais. Permite-se 15% de autocitação dentre os citáveis.

Citações de referências no texto: enumeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o

último número, separados por hífen. Ex.: (1-4); quando intercaladas, deverão ser separados por vírgula, ex.: (1-2,4).

Citações de referências no final do texto: estilo "Vancouver", disponível no endereço eletrônico ([https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)). A lista apresentada no final do artigo deve ser numerada de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto. Os títulos dos periódicos abreviados de acordo com: List of Journals Indexed for MEDLINE (<https://www.nlm.nih.gov/bsd/journals/online.html>).

Incluir as referências estritamente pertinentes ao assunto abordado, atualizadas (dos últimos 5 anos), de abrangência nacional e internacional. Evitar a inclusão de número excessivo de referências na mesma citação e a concentração de citações de um mesmo periódico.

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Referências de artigos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP e de outros periódicos brasileiros bilíngues devem ser citadas no idioma inglês.

Depoimentos: Frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem ser citados em itálico. Sua identificação deve ser codificada a critério do autor e entre parênteses.

Citações textuais: devem ser descritas entre aspas, sem itálico e na sequência do texto.

Ilustrações: no máximo cinco entre Tabelas, Quadros e Figuras, devem estar inseridas obrigatoriamente no corpo do texto, com informações não repetidas e com títulos informativos e claros. Nas Tabelas, os títulos devem conter o local, a sigla do estado, o país e o ano da coleta de dados.

Gráficos, fluxogramas ou similares, devem ser preferencialmente editáveis, em formato vetorial. Fotos, imagens, ou similares devem ter resolução final de 300 DPI. Ambos podem ser coloridos e devem ser legíveis.

Quando não elaboradas pelos autores, todas as ilustrações devem indicar a fonte de onde foram extraídas.

Apoio financeiro: Informar o nome das instituições públicas ou privadas que deram apoio financeiro, assistência técnica e outros auxílios. A informação deve constar na página de título e no sistema de submissão.

Siglas: Restrita ao mínimo possível. Devem ser citadas por extenso na primeira vez que aparecerem no texto; não usar em título e resumo.