



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KAROLINA VICENZI ANDRADE

**ELABORAÇÃO DE MATERIAL INFORMATIVO SOBRE O USO DE CATETER
TOTALMENTE IMPLANTADO PARA A FAMÍLIA DE
CRIANÇAS/ADOLESCENTES COM CÂNCER**

BRASÍLIA
2019

KAROLINA VICENZI ANDRADE

**ELABORAÇÃO DE MATERIAL INFORMATIVO SOBRE O USO DE CATETER
TOTALMENTE IMPLANTADO PARA A FAMÍLIA DE
CRIANÇAS/ADOLESCENTES COM CÂNCER**

Artigo apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, da Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.a. Dr.a. Adriana Maria Duarte.

BRASÍLIA
2019

KAROLINA VICENZI ANDRADE

**Elaboração de material informativo sobre o uso de cateter totalmente implantado para a
família de crianças/adolescentes com câncer**

Presidente da Banca: Profa. Dra. _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra.: _____

Profa. Dra.: _____

Profa. Dra.: _____

Aprovado em: _____/_____/

Agradecimentos

A *Deus*, por me dar forças diariamente para seguir na caminhada sem desistir, mesmo apesar dos obstáculos.

A minha mãe, Neiva Maria Vicenzi, por ser minha inspiração de força, por não medir esforços para o bem-estar de suas filhas, pelo apoio e dedicação em todos os momentos da minha vida. Obrigada por tudo, o que fez e faz, tudo o que sou devo a você.

Ao meu padrasto, Carlos Antônio Santana dos Santos, que guiou o meu caminho para chegar onde eu estou, sempre me incentivando a um futuro melhor e apoiando minha mãe nos momentos difíceis.

As minhas irmãs e pai, Karina Vicenzi Andrade, Kamila Vicenzi Andrade e Marcos Antônio Andrade, que nos momentos de incerteza sempre me apoiaram e acreditaram no meu potencial, fazendo parte dessa conquista.

As minhas amigas da graduação, Mariana de Abreu Rezende, Mariana Nunes Almeida e Leticia Felipe Felix, que fizeram a minha jornada universitária ser mais leve. Obrigada por estarem comigo nos melhores e piores momentos da graduação, compartilhando experiências que levarei para toda vida. Do início ao fim.

Ao meu namorado, Rodrigo Messer, que esteve ao meu lado nos momentos de ansiedade e estresse, com paciência me dando sempre uma palavra de apoio e conforto e dando suporte para encerrar essa etapa da minha vida.

Aos meus professores da graduação, que contribuíram agregando muito conhecimento e experiência na minha trajetória acadêmica e formação profissional, em especial a minha orientadora, professora Dra. Adriana Maria Duarte, por ser um exemplo de profissional a ser seguido, pelo apoio e dedicação em minha orientação. Obrigada por compartilhar seu vasto conhecimento na linda área da oncologia pediátrica.

A Universidade de Brasília, por ter me permitido vivenciar o mundo de ensino, pesquisa e extensão, contribuindo positivamente para o meu crescimento pessoal e profissional.

Resumo

Objetivo: elaborar material informativo sobre o cateter totalmente implantado (port-a-cath) para famílias de crianças/adolescentes com câncer, com base na revisão integrativa da literatura. **Método:** estudo metodológico, descritivo e qualitativo, fundamentado no Modelo Centrado no Paciente e Família como referencial teórico. Foi realizado em três etapas: revisão integrativa da literatura para identificação das necessidades da população-alvo a respeito do port-a-cath; estudo bibliográfico para a identificação de subsídios teóricos para embasar a elaboração do manual; e elaboração do manual informativo. A pergunta norteadora que embasou a revisão foi: “*Quais as necessidades de informação da família das crianças/adolescentes submetidas ou que se submeterão ao procedimento invasivo para implante/punção do cateter totalmente implantado?*”. **Resultados:** as necessidades de informação da família identificadas na literatura basearam a construção do material informativo, sendo: definição do cateter; para que serve; como é sua colocação; como é sua punção; e cuidados de uso. Após a realização do estudo bibliográfico, o material proposto é um manual no formato de perguntas e respostas, contendo as ilustrações em cada tópico: Definição de cateter totalmente implantado; Quando o cateter é necessário; Vantagens desse tipo de cateter, Complicações do implante; Realização da punção pelo enfermeiro; Cuidados necessários e sinais de alerta. **Conclusão:** a comunicação e a informação compartilhada são as bases para um cuidado integral e holístico demandado a uma criança/adolescente, que passará por um procedimento invasivo, e sua família. O material informativo facilita a segurança na tomada de decisão do familiar, frente a um diagnóstico e todo o percurso de tratamento que a criança/adolescente irá passar, ajudando-os a enfrentar a situação vivenciada em um momento difícil.

Descritores: oncologia pediátrica; enfermagem; família; informação; cateter totalmente implantado; manual informativo.

Descriptors: pediatric oncology; nursing; family; information; port-a-cath; informative manual.

Descriptores: oncología pediátrica; enfermeira; familia; información; cateter totalmente implantado; manual de instrucciones.

Sumário

1. Introdução.....	7
2. Objetivos.....	12
2.1 Objetivo Geral.....	12
2.2 Objetivo Específico.....	12
3. Referencial Teórico.....	13
3.1 Cuidado Centrado no Paciente e Família.....	13
4. Método.....	16
5. Resultados.....	19
6. Discussão.....	29
7. Conclusões.....	31
8. Referências.....	32
9. Anexos.....	40
Anexo 1.....	40
Anexo 2.....	41

1. Introdução

As Doenças e Agravos Não transmissíveis (DANT), como o câncer, já constituem as principais causas de adoecimento e mortalidade no mundo. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a estimativa mundial mostra que em 2012, ocorreram 14,1 milhões casos novos de câncer e 8,2 milhões de óbitos. Estima-se, para o biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer a cada ano. O aumento da expectativa de vida e o crescimento populacional acelerado e contínuo contribui para a elevação desses casos⁽¹⁻²⁾.

O câncer infanto-juvenil também cresce em proporções significativas. No Brasil, a estimativa de 2018 mostra que cerca de 12.600 casos novos de câncer em crianças e adolescentes, na faixa etária de zero a 19 anos, ocorreram. Estima-se que para o biênio 2018-2019 ocorrerão 420 mil casos novos, sem considerar o câncer de pele não melanoma, sendo que aproximadamente 3% serão de câncer infantil. Levando em consideração os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), as Regiões Sudeste e Nordeste apresentarão os maiores números de casos novos, 5.300 e 2.900, respectivamente, seguidas pelas Regiões Centro-Oeste (1.800 casos novos), Sul (1.300 casos novos) e Norte (1.200 casos novos)⁽²⁻⁶⁾.

O câncer infantil corresponde a um grupo de várias doenças com características histológicas próprias, que têm em comum a proliferação desordenada e rápida de células anormais e que pode ocorrer invadindo qualquer local do organismo, originando de células embrionárias. Ao contrário do que acomete os adultos, o câncer infanto-juvenil geralmente afeta as células do tecido sanguíneo e os tecidos de sustentação. Corresponde de 1% a 4% de todos os tumores malignos, na maioria das populações⁽⁷⁾.

É uma doença multifatorial, ou seja, não tem somente uma causa. É um grupo de doenças de características clínicas distintas e possui manifestações, tratamento e prognósticos diferenciados, com a carga genética herdada tendo um peso maior na sua etiologia. São mais agressivos, comparado com o câncer em adultos, crescem rapidamente, tem curto período de latência, mas responde melhor ao tratamento⁽⁷⁾.

O tumor mais frequente na infância e na adolescência é a Leucemia, sendo sua maior incidência na faixa etária de 1 a 4 anos, com percentual mediano de 25% a 35%, representando a primeira causa de morte nessa população. Em segundo lugar, ficam os linfomas e, depois, os tumores de sistema nervoso central, representando 8% a 15%. Nos adolescentes, destacam-se os tumores ósseos, com maior frequência sendo o tumor de Ewing e o Osteossarcoma⁽²⁾.

No Brasil, o câncer apresenta-se como a segunda causa de morte por doença entre a população de 1 a 19 anos, atingindo significativamente essa população⁽⁷⁾. O medo da morte e da dor ainda atinge o familiar da criança/adolescente, sendo uma doença estigmatizada pois nas últimas décadas o câncer infanto-juvenil vinha sendo tratado como uma doença de evolução aguda e com pouca possibilidade de cura, já relacionado a ameaça de morte⁽⁸⁾.

Contudo, o avanço científico na área de oncologia pediátrica, os progressos em pesquisas clínicas, o conhecimento aprofundado sobre biologia celular para o desenvolvimento de terapias avançadas, a padronização de protocolos em instituições de saúde das últimas décadas, têm melhorado significativamente a sobrevida e o prognóstico da população infanto-juvenil⁽¹⁻²⁾.

Um dos principais e possíveis tratamentos para a neoplasia infanto-juvenil é a quimioterapia antineoplásica, que consiste no uso de agentes químicos, atuando de forma sistêmica, para combater as células cancerígenas. A via endovenosa é a via de escolha para infusão desses medicamentos, por ser a via mais segura, desde o nível sérico da droga até a sua absorção no organismo⁽⁹⁾.

Geralmente, a quimioterapia antineoplásica consiste em vários ciclos e são necessárias sucessivas punções venosas para a infusão das drogas, o que pode acarretar em complicações sérias ao serem administradas por via periférica, como flebite, dor, descoloração da pele e necrose tecidual devido ao extravasamento dos quimioterápicos. A frequente punção das veias periféricas também pode levar a má visualização da veia por fragilidade do vaso, o que torna mais difícil a punção venosa, requerendo cuidados especiais por parte dos profissionais da equipe de Enfermagem que cuidam⁽⁹⁾. Também, o tratamento quimioterápico é responsável por uma série de transformações para quem recebe, tanto fisicamente, quanto socialmente e emocionalmente⁽¹⁰⁾.

Para evitar todas as complicações possíveis, além de garantir a segurança do paciente em casos de prolongamento do tratamento, faz-se uso de dispositivos de longa duração, como o cateter totalmente implantado, conhecido como Port-a-Cath⁽¹¹⁾. A implantação do port-a-cath traz às crianças diminuição da dor e ansiedade, que ocorre normalmente com as corriqueiras punções periféricas para administração de quimioterápicos, possibilitando uma maior autonomia, segurança e diminuição da ansiedade⁽¹⁰⁾.

O Cateter Totalmente Implantado vem sendo utilizado em pacientes oncológicos desde a década de 80. Pode ser utilizado para a infusão de medicamentos quimioterápicos, hemoderivados, nutrição parenteral total, coleta de exames laboratoriais, entre outros. É um

dispositivo de acesso venoso central, constituído por um tubo flexível radiopaco, possuindo membrana de silicone, que se fixa sob a pele, no tecido subcutâneo, sendo acoplada a um reservatório de titânio, onde são realizadas as punções para acesso ao dispositivo, tendo como principal característica não apresentar nenhuma parte para o exterior do corpo após a sua inserção⁽⁹⁾.

O procedimento para a colocação do cateter é realizado em centro cirúrgico, pelo médico, e geralmente tem boa aceitação e poucas complicações. Mas, requer alguns cuidados que devem ser tomados por pais/cuidadores, durante seu uso, para que complicações mais graves não ocorra, como trombose da veia jugular, obstrução do cateter, infecção, etc. Além disso, requer rotineiramente a punção percutânea, realizada pelo enfermeiro, o que gera insegurança nas crianças/adolescentes e preocupação aos pais e/ou cuidadores⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Após o recebimento da notícia do diagnóstico de câncer, o sofrimento é imediato tanto para a criança, com o medo dos procedimentos dolorosos, quanto para a família, que são envolvidos por sentimentos de medo, ansiedade, angústia e incerteza e mudança, fragilizando todo o seio familiar⁽¹²⁾. Durante o processo de hospitalização e tratamento, na qual há uma fragilização da criança/adolescentes, os pais/cuidadores são extremamente importantes, pois dependendo da idade, a criança ainda não tem autonomia e quem decide por eles e prestam os cuidados básicos são os familiares⁽¹³⁾.

Após todas as mudanças que ocorrem depois do recebimento do diagnóstico e início do tratamento, as crianças/adolescentes e os seus familiares vivenciam algumas fases, até a aceitação da doença e adesão ao tratamento. Denominado de enfrentamento ou *coping*, é um período de aplicação de esforços e estratégias comportamentais, cognitivas e afetivas, que visam lidar com os fatores estressores que causam instabilidade, sobrecarregando o indivíduo⁽¹⁴⁾. Essas estratégias tem como objetivo guiar o conflito, fazendo com que a situação seja administrada da melhor maneira, baseando-se no suporte social e religiosidade, dentre outras estratégias⁽¹⁵⁾.

Uma dessas estratégias de enfrentamento utilizadas pelo familiar da criança/adolescente com câncer é a busca por informação. Em um estudo realizado com cuidadores familiares de crianças com câncer, que realizaram transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) referiu que um dos maiores problemas vivenciados por eles foi a falta de informação e comunicação sobre o processo de adoecer⁽¹⁶⁾.

Diante de uma situação desconhecida e sem informações pertinentes, o familiar se vê sem o apoio necessário a adaptação da doença, não sendo possível participar ativamente do tratamento, enfrentando dificuldades para cuidar da criança/adolescente⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Durante o enfrentamento do câncer, a informação é parte crucial para criança/adolescente e os pais, pois permite que haja participação ativa na tomada de decisão e proporciona maior confiança, reduzindo o estresse. Possibilita o entendimento da gravidade da doença, dos desafios a serem enfrentados dali para frente, o conhecimento das possibilidades de tratamentos disponíveis, para que seja possível vivenciar a situação com o mínimo de sofrimento possível⁽¹⁷⁾.

A busca de informações e conhecimento a respeito da doença, estado de saúde do filho, tratamento, medicamentos, exames e prognóstico permeiam uma das estratégias de enfrentamento adotadas pelos pais, dando-lhes confiança e tranquilidade. O esclarecimento por parte da equipe de saúde, principalmente o enfermeiro, sobre a neoplasia deve ser livres de preconceitos ou estigmas, ser clara e precisa, imparcial, esclarecendo todas as dúvidas e respeitando o tempo do familiar⁽¹⁸⁾.

A enfermagem como precursora do cuidado integral e holístico e que está em contato constante com o paciente e sua família, tem um papel fundamental no processo informativo. O enfermeiro tem em sua qualificação, características que facilitam o papel de educador em saúde e como atribuição a promoção da saúde⁽¹⁹⁾.

A educação em saúde é um conjunto de atividades, ações e estratégias planejadas e orientadas, capacitando as pessoas para estimularem a autonomia, possibilitando através da transmissão de informação e conhecimento, a tomada de decisões e participação ativa no autocuidado. Somente tendo uma comunicação efetiva, o profissional poderá ajudar a família em suas dúvidas, entendimento da doença e seu curso, enfrentar os problemas e participar das alternativas de soluções⁽²⁰⁾.

A utilização de materiais informativos impressos, como manuais, cartilhas ou folders é bem comum e difundido na área da saúde. Se caracterizam por abranger conceitos científicos, que não são amplamente difundidos, ao público leigo, utilizando linguagem acessível a população. Ao utilizar esses materiais, é possível sensibilizar a população para a prevenção de doenças, adesão ao tratamento e promover o autocuidado⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Dentro desse contexto, surge o Modelo do Cuidado Centrado no Paciente e Família (MCCPF). Esse modelo de cuidado possui como um de seus pressupostos o compartilhamento de informações, proporcionado a família subsídios necessários para

execução do cuidado integral, tornando-a participante ativa do cuidado e dando-lhe autonomia⁽¹⁵⁾. Dessa maneira, há uma melhor qualidade de vida para os indivíduos que estão passando pelo tratamento do câncer e a aproximação benéfica com os profissionais de saúde.

Assim, levando em consideração o compartilhamento de informações como uma estratégia de enfrentamento da família e necessária para uma assistência humanizada, integral e eficiente, por parte do enfermeiro, o presente estudo tem como objetivo a elaboração de material informativo direcionado a família de crianças/adolescentes com câncer sobre o cateter totalmente implantado.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

- Elaborar material informativo sobre o cateter totalmente implantado para famílias de crianças/adolescentes com câncer.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar na literatura nacional e internacional as necessidades de informação da família de crianças/adolescentes com câncer sobre o cateter totalmente implantado;
- Buscar fundamentação teórica para subsidiar a elaboração do material informativo.

3. Referencial Teórico

3.1 Cuidado Centrado no Paciente e Família

Levando em consideração que o compartilhamento de informações é uma das estratégias de enfrentamento dos familiares das crianças/adolescentes com câncer, é necessário um olhar mais aprofundado sobre o assunto, uma vez que é um dos pressupostos centrais do modelo do Cuidado Centrado no Paciente e Família (CCPF).

Até a década de 60, o modelo de saúde que existia era o biomédico, totalmente mecanicista e a enfermagem desenvolveu-se a partir desse modelo, direcionando sua prática para o indivíduo e suas necessidades, com enfoque no cuidado para a cura das patologias. Então, após movimentos para a transformação nos cuidados de saúde com a inclusão dos familiares em todo o processo saúde-doença, surgiu em 1960 o Modelo do Cuidado Centrado no Paciente e Família (MCCPF) nos Estados Unidos⁽²¹⁾.

Em 1992, foi fundado o Instituto de Cuidado Centrado no Paciente e Família (ICCPF), uma iniciativa que se iniciou com pais e profissionais da saúde, com o objetivo de promoção da compreensão desse cuidado para incorporação dessa prática em todos os serviços de saúde. No Brasil, somente a partir de 1980, que a enfermagem foi incorporando ao seu cuidado a abordagem com ênfase na família e, atualmente, os princípios do CCPF têm sido preconizados como modelo ideal para os cuidados prestados a criança/adolescente e família no processo saúde-doença, nas instituições de saúde⁽²²⁻²⁷⁾.

Este modelo se baseia na premissa de que a família, definida por aquele indivíduo, é central e constante na vida de todos, a partir de um momento de hospitalização e fragilidade, como força e suporte emocional. Alguns estudos⁽²¹⁻²⁶⁾ mostraram que a criança é um ser dependente, que necessita de vínculo e suporte emocional. Em 1990, o direito da criança em ter um acompanhante em tempo integral só foi garantido com a promulgação e uma lei que regulamenta o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁽²²⁻²⁷⁾.

O Cuidado Centrado no Paciente e Família (CCPF) é um modelo que reconhece a importância do grupo familiar nos cuidados de saúde de seus membros, sendo o compartilhamento de informação como base para um cuidado humanizado e integral⁽²³⁻²⁷⁾.

Esse modelo se fundamenta em quatro pressupostos centrais que trazem consigo a maneira de como os profissionais devem lidar com a família, colocando-a como peça

fundamental no cuidado ao doente, reconhecendo a família como ser constante na vida da criança, onde em hipótese alguma devem ser retirados do seio familiar durante a hospitalização⁽²²⁻²⁷⁾

Os quatro pressupostos centrais do MCCPF são: a dignidade e o respeito; participação; informação compartilhada; e colaboração⁽²¹⁻²⁷⁾ (Figura 1).

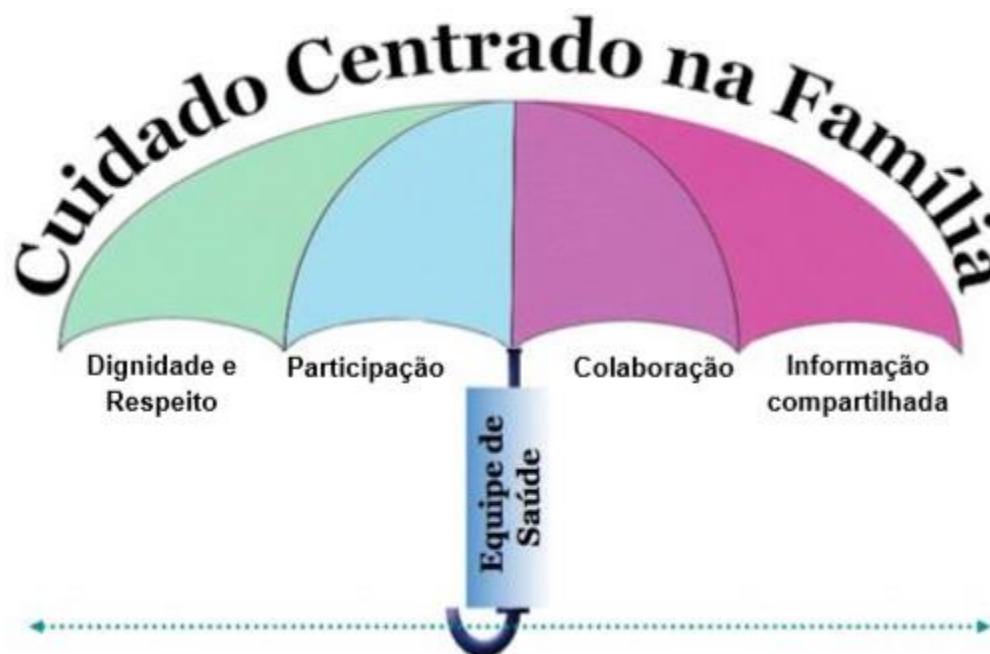


Figura 1. Pressupostos do MCCPF⁽²⁷⁾.

- Dignidade e respeito: os profissionais de saúde devem estar ouvindo e respeitando as escolhas da família e paciente, independente de qual seja, deixando de lado julgamentos, preconceitos e crenças pessoais, tratando os de forma igual⁽²¹⁻²⁷⁾.
- Participação: os profissionais de saúde devem dar todo o suporte, a fim de que o familiar participe ativamente das tomadas de decisões e planejamento do cuidado oferecido ao seu ente querido, estabelecendo uma conexão para que ambas as partes se beneficiem, melhorando a prestação da assistência. É importante o familiar estar envolvido em todo o processo saúde doença⁽²¹⁻²⁷⁾.
- Informação compartilhada: estabelecimento de uma comunicação efetiva entre a equipe de saúde e os membros da família, sendo a informação clara, concisa, completa, útil e imparcial

para que os familiares tomem decisões não baseadas somente na opinião da equipe e entendam em sua totalidade a evolução da doença, seu tratamento, prognóstico e sejam ativamente atuantes em todo o processo. Não deve ter nenhum tipo de ocultamento de informações e a garantia de que seja compreendida. A informação é a base de um cuidado⁽²¹⁻²⁷⁾.

- Colaboração: o relacionamento entre familiar e equipe de saúde deve ser pautada na colaboração mútua, onde os interesses se sobrepõem, a fim de um objetivo em comum, implementando e avaliando conjuntamente as ações de saúde na prestação dos cuidados⁽²¹⁻²⁷⁾.

4. Método

Trata-se de um estudo do tipo metodológico, descritivo e qualitativo que teve como objetivo o desenvolvimento de um material confiável, conciso e de fácil entendimento e utilização, que possa ser empregado em instituições de saúde para informar os familiares de crianças e adolescentes com câncer a respeito dos cuidados com o cateter totalmente implantado (port-a-cath).

A pesquisa metodológica tem como objetivo investigar métodos de coleta de dados, agrupar informações já produzidas por uma determinada metodologia já existente para a elaboração de outra metodologia, intervenção ou dispositivo que seja fácil de ser utilizada e empregada na educação em saúde na área de oncologia pediátrica ⁽²⁸⁾.

O material informativo elaborado teve como população alvo famílias de crianças e adolescentes com câncer que foram ou serão submetidas ao processo de implantação/punção de cateter totalmente implantado.

O conceito de família tem se modificado nos últimos anos, e a mais recente considera “*família são quem seus membros dizem quem são*” ⁽²⁹⁾. Portanto, não é somente o laço de consanguinidade ou por casamentos que estão em constante interação como irmãos, pais, filhos e cônjuges, mas devem estar ligadas também a sentimentos de afetividade ou identificação a um mesmo grupo social, em um contexto mais amplo ⁽³⁰⁾.

O estudo foi realizado em três etapas, sendo: 1) Revisão integrativa da literatura para identificação das necessidades da população-alvo a respeito do port-a-cath; 2) Estudo bibliográfico para a identificação de subsídios teóricos para embasar a elaboração do manual; 3) Elaboração do manual informativo.

1) Revisão integrativa da literatura para identificação das necessidades da população-alvo a respeito do port-a-cath

A revisão integrativa da literatura é um método de pesquisa utilizado na prática baseada em evidências, que inclui análise e sistematização de pesquisas importantes para a tomada de decisão e melhoria da prática assistencial em saúde. Promove a síntese do conhecimento de um determinado assunto por sua ampla abordagem metodológica referente às revisões, para aplicação de resultados de estudos significativos na prática, além de demonstrar falhas que precisam ser preenchidas com novas abordagens metodológicas ⁽³¹⁻³²⁾.

A primeira etapa consistiu na revisão de literatura nacional e internacional, para identificar as necessidades de informação das famílias que vivenciam a situação de doença e dos procedimentos invasivos, com foco no implante/punção do port-a-cath.

A revisão integrativa ocorreu entre março e abril de 2019, após a formulação da pergunta norteadora: “*Quais as necessidades de informação da família das crianças/adolescentes submetidas ou que se submeterão ao procedimento invasivo para implante/punção do cateter totalmente implantado?*”

Para a seleção dos artigos foram consultadas as seguintes bases de dados: PUBMED, MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line*), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde). A escolha dos descritores baseou-se nos Descritores em Ciências da Saúde, utilizando de forma isolada e associados para que houvesse um maior número de artigos encontrados e evitar vieses, e selecionados tanto em português como em inglês: informação (information), familiar ou cuidador (family or caregivers), cateter (cateter), neoplasias (neoplasms).

Os critérios de inclusão dos artigos foram: estudos publicados em periódicos nacionais e internacionais; nos idiomas português, inglês e espanhol; no período de 2013 a 2019; que tratasse da temática das necessidades de informações das famílias de crianças/adolescentes com câncer durante os procedimentos invasivos, especialmente o implante/punção do cateter totalmente implantado (port-a-cath). Os critérios de exclusão foram: estudos que discutissem o tratamento do câncer em adultos; outras patologias; e estudos sobre aspectos científicos e fisiológicos da doença câncer.

Para extração de dados das produções científicas selecionadas foi utilizado um instrumento adaptado de Ursi⁽³³⁾ (Anexo 1). Este instrumento é composto pelas variáveis, destacando-se: identificação do artigo (título, autores, país de origem, ano de publicação, referência completa); instituição sede do estudo; tipo de publicação (publicação médica, de enfermagem ou de outra área); características metodológicas do estudo (pesquisa quantitativa, qualitativa, estudo de caso, outros); objetivo ou questão de investigação; e resultados do estudo⁽³¹⁾.

A apresentação dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, a fim de responder à pergunta norteadora proposta.

2) Estudo bibliográfico para a identificação de subsídios teóricos para embasar a elaboração do manual

Na segunda etapa, frente aos achados da etapa anterior, foi realizado um estudo bibliográfico com o objetivo de responder as principais necessidades identificadas, com base na literatura nacional e internacional, propiciando o embasamento teórico da elaboração do material informativo propriamente dito.

O estudo bibliográfico proporciona a atualização da visão dos conhecimentos sobre a temática a ser estudada, renovando os conceitos e conhecimentos corroborando com a realidade atual, a fim de que a informação passada contemple a realidade⁽²⁸⁾.

Realizou-se um levantamento bibliográfico, entre 2013 e 2019, em periódicos indexados nas bases de dados PUBMED, MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line*), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), com os descritores, em inglês e português: cateter (cateter), neoplasias (neoplasms); juntamente com a pesquisa em livros textos, materiais didáticos, manuais, livros, sites de instituições hospitalares e de pesquisa relacionados a temática. Todos os materiais foram analisados e lidos na íntegra, visando a identificação de elementos comuns que auxiliassem na formulação do conteúdo para elaboração do material informativo. Ilustrações para complementação das informações foram retiradas da *internet* ou do próprio material levantado, buscando associar texto e imagem.

Para a elaboração do conteúdo do manual informativo, foram seguidas as orientações e normas para a construção de materiais informativos de Moreira et al⁽³⁴⁾, que tem como base o cuidado com: linguagem; ilustração; layout; e design.

A partir do conteúdo construído, foi produzido um material impresso, tomando como prerrogativa a clareza e simplicidade, tornando-o mais acessível para a população-alvo.

3) Elaboração do material informativo

A terceira etapa consistiu na elaboração do material informativo propriamente dito. A estrutura do manual foi elaborada no sistema pergunta/resposta, com o objetivo de favorecer a leitura e compreensão das famílias de crianças/adolescentes com câncer. As ilustrações finais foram retiradas de um material previamente elaborado para crianças e adolescentes submetidos a Transplante de Células-tronco Hematopoiéticas⁽²⁷⁾.

5. Resultados

1) Revisão integrativa da literatura para identificação das necessidades da população-alvo a respeito do port-a-cath

Na revisão integrativa de literatura, para identificação das necessidades de informação dos familiares, foram encontrados um total de 4.536 produções. Dessas, 703 artigos na base de dados SCIELO, mas somente três se adequavam aos critérios de inclusão e foram selecionados, os 700 artigos excluídos não respondiam sobre as necessidades de informação dos familiares com foco no cateter totalmente implantado.

Na base de dados LILACS, obteve-se um total de 1.468, 24 respondiam aos critérios de inclusão, mas somente três foram selecionados. Os artigos excluídos foram pelos seguintes fatores: abordaram aspectos fisiológicos do tratamento (4); intervenções realizadas por outros profissionais (5); abordagem sobre procedimentos invasivos que não o implante/uso do cateter (3); abordagem relacionada ao pós tratamento (5); abordagem psicológica (3) e abordagem de lactentes expostos ao sol (1).

Na base de dados PUBMED, o número total de estudos obtidos foi de 1.987, mas quatro respondiam à pergunta norteadora.

Na base de dados MEDLINE, foram encontrados 378 artigos, sendo quatro selecionados e que respondiam à pergunta norteadora.

Ao final da revisão bibliográfica, foram selecionados 14 artigos para análise detalhada, após leitura dos títulos e resumo e que respondiam à pergunta norteadora. O fluxograma de representação do processo de seleção dos artigos incluídos na revisão está representado na figura 2.

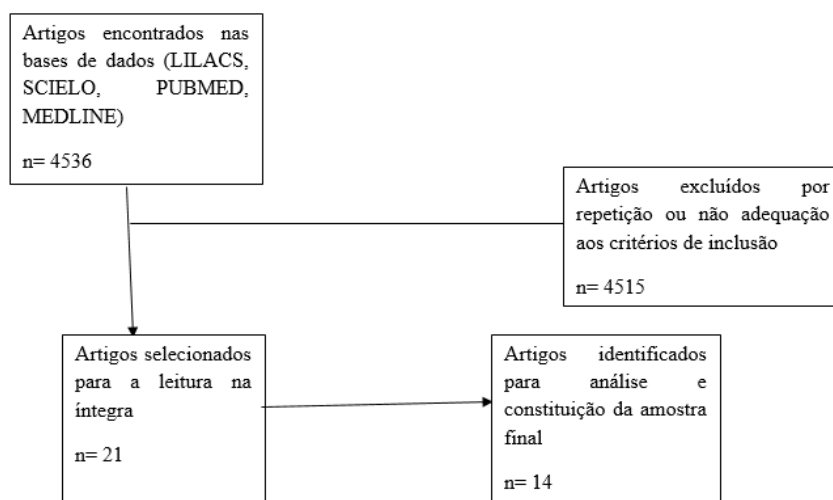


Figura 2. Fluxograma do processo de seleção dos artigos da revisão integrativa.

Dentre os 14 estudos analisados, três são nacionais e 11 internacionais. Segundo o ano de publicação, obteve-se a seguinte distribuição: 4 artigos publicados no ano de 2013; 4 artigos no ano de 2014; 3 no ano de 2015; 2 artigos no ano de 2016 e 1 no ano de 2018. Os estudos são em sua maioria, vinculados a universidades e instituições de pesquisa, publicados em periódicos de enfermagem específicos da área de oncologia e oncologia pediátrica, em revistas médicas e em outras áreas da saúde.

Os resultados da análise dos artigos serão apresentados descritivamente e após foi realizada a categorização dos estudos que representam e predominam as necessidades de informação da família, para basear a elaboração do material informativo propriamente dito. A maioria dos artigos abordou mais de uma necessidade de informação.

Nos estudos analisados, as informações que se relacionam com o diagnóstico e o curso da doença predominam, com a necessidade de compreender as definições da neoplasia, as causas e os sinais e sintomas, visto que até o recebimento do diagnóstico não se sabe muita coisa. A partir de então, será um universo completamente diferente, precisando conhecer tudo o que está acontecendo com o seu filho⁽³⁵⁻⁴⁸⁾.

O tratamento e o prognóstico são mencionados pelas famílias com frequência também. Há protocolos específicos com medicamentos e procedimentos invasivos (implante/punção do cateter), que na maioria das vezes serão necessários para o filho, sendo necessário que conheçam tudo o que será administrado e realizado, visando o futuro, pois muitas vezes os pais temem que a cura não ocorra. Todas as opções de tratamento devem ser explicitadas de forma clara para que os pais se tranquilizem⁽³⁵⁻⁴⁸⁾.

Após a escolha do tratamento, os efeitos colaterais dos quimioterápicos iniciais e os efeitos colaterais tardios, quais serão os sinais e sintomas, são preocupações exacerbadas pelos cuidadores^(38, 41, 43, 45, 47).

Os cuidados necessários também preocupam, pois precisam saber detalhadamente tudo o que deve ou não deve fazer, o que pode ou o que não pode fazer. Quais serão os cuidados no ambiente domiciliar e no ambiente hospitalar para que seu filho tenha uma qualidade de vida boa, sem riscos (quanto ao manuseio dos cateteres e administração de medicamentos). Conhecimentos sobre alimentação, higiene, cuidados com o ambiente, convívio com outras pessoas também surge como necessidade^(38, 41, 43, 45, 47).

Os estudos também mostraram as principais fontes de informação que os familiares acessam, primeiramente com o médico oncologista responsável pela criança/adolescente,

sendo a fonte mais confiável e de referência. Utilizam também a internet para a pesquisa rápida, mas que geram dúvidas, já que muitas informações não tem a veracidade. O uso de panfletos, folders, manuais e materiais escritos são vistos como estratégias importantes para a obtenção e retenção do conhecimento^(35-36, 38-40).

2) Estudo bibliográfico para a identificação de subsídios teóricos para embasar a elaboração do manual




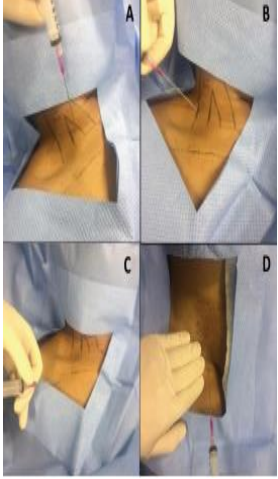
O levantamento bibliográfico realizado para a identificação dos subsídios teóricos para embasar a elaboração do manual informativo resultou em 58 artigos. Destes, 38 foram selecionados e analisados, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão que já haviam sido determinados. Os artigos foram analisados juntamente com livros, textos e materiais didáticos, manuais, teses *sites* de instituições hospitalares e científicos.

Após a análise do material, foram retiradas as definições na íntegra e transformados em uma resposta de linguagem acessível a cada tópico retirado das necessidades de informação dos familiares (quadro 1).



O material proposto é um manual no formato de perguntas e respostas, contendo as ilustrações em cada tópico:

- Definição de cateter totalmente implantado
- Quando o cateter é necessário
- Como o cateter é colocado
- Vantagens desse tipo de cateter
- Complicações do implante
- Realização da punção pelo enfermeiro
- Cuidados necessários (manuseio, curativo, alimentação, higiene)
- Sinais de alerta

Quadro 1. Subsídios teóricos em resposta as necessidades de informações da família. Brasília. 2019.

Tópico/categoria	Levantamento bibliográfico	Conteúdo para o material informativo	Ilustração da literatura ou internet
O que é o Cateter Totalmente Implantado?	“É um dispositivo de acesso venoso central, composto por duas partes: um cateter flexível radiopaco feito de poliuretano ao qual é acoplado, em uma de suas extremidades, uma câmara de titânio(port)”. Essa câmara, possui septo de silicone em sua parte central, onde são realizadas as punções, devendo permanecer apoiado em uma protuberância óssea e alojado no tecido subcutâneo”	É um objeto que tem acesso ao sangue, composto de duas partes: um tubo flexível, feito de silicone ou poliuretano, na qual em sua ponta é colocada uma câmara de metal (parece um tamborzinho), que possui um silicone onde será realizado a punção para a sua utilização.	
Quando o cateter é necessário?	“Indicado para pacientes que serão submetidos a múltiplos ciclos de quimioterapia com duração superior a 6 meses, à infusão de quimioterápicos vesicantes ou que levem à aplasia medular grave, quimioterapia com tempo de infusão superior a 8 horas e que possuem acesso venoso difícil.”	Indicado para pacientes que terão que fazer várias sessões de quimioterapia, tendo duração superior a 6 meses, infusão de quimioterapia muito irritante, que possa causar algum efeito intenso, para sessões de quimioterapia que durem mais que 8 horas e para pacientes que possuem veias de difícil acesso.	 
Como o cateter é colocado?	“É um procedimento cirúrgico, realizado pelo médico, com aplicação de anestésico local e sedação geral. Ocorre a dissecação da veia e o dispositivo é introduzido na rede venosa central e alojado no tecido subcutâneo”	É um procedimento que necessita de ambiente próprio, chamado centro cirúrgico e realizado pelo médico. É preciso de anestesia e sedação. É feito um corte pequeno na região do tórax, o tubo será colocado dentro da veia e o reservatório fica alojado embaixo da pele.	

<p>Quais são as vantagens desse tipo de cateter?</p>		<p>Com a colocação do cateter, o paciente não precisará puncionar as veias todos os dias, podendo utilizar o port-a-cath sempre que necessário. Quando não estiver em uso, não será preciso usar curativo e o intervalo de manutenção é grande, sendo de 30 dias.</p>	
<p>Quais são as complicações do implante?</p>	<p>“As complicações imediatas são: hematomas, alterações do ritmo cardíaco, lesão venosa, embolia gasosa, complicações decorrentes do ato anestésico, tamponamento cardíaco e intolerância ao cateter. Além das complicações tardias estenose ou trombose da veia jugular interna, infecção, obstrução do cateter, desconexão do cateter do receptáculo, com extravasamento de líquidos e migração do cateter, além de sua exteriorização, ruptura ou fratura do sistema, com consequente extravasamento de líquidos”</p>	<p>As complicações são: hematomas (roxos no local), taquicardia (aceleração do coração), lesão da veia, pneumotórax (ar no pulmão), hemotórax (sangue no pulmão), rejeição ao anestésico e rejeição do próprio cateter. Além de complicações que podem ocorrer mais tarde como: obstrução, desconexão com derramamento de líquidos para os tecidos próximos, além da quebra e expulsão do cateter. Mas são complicações mais raras de acontecer.</p>	
<p>Como é realizada a punção pelo enfermeiro?</p>	<p>“O acesso ao cateter deve ser feito por meio de punção da pele, preparada previamente com clorexidina alcóolica à 2%, sobre a câmara puncionável com agulha não cortante do tipo Huber, que deve ser introduzida perpendicularmente à pele até tocar o fundo do reservatório. Esta agulha apresenta bisel lateralizado, resultando assim em menor traumatismo à membrana de silicone do port. Após a punção é necessário confirmar o correto posicionamento da agulha.</p>	<p>Toda vez que seu/sua filho(a) precisar usar o cateter, ele deverá ser puncionado, ou seja, uma agulha vai ser colocada para o acesso. A punção acontece através da introdução da agulha, chamada Huber (não cortante), na pele onde foi colocado o cateter. A agulha então será introduzida em ângulo de 90°, com a ponta lateralizada, resultando em menor impacto na membrana de silicone. Após introduzir a agulha, é necessário puxar com a seringa para o retorno do sangue,</p>	 

	Este procedimento se dá por meio de teste do refluxo sanguíneo, retirando de 2 a 3 mL de sangue do cateter.”	confirmando o posicionamento correto.	
Quais são os cuidados necessários?	Recomenda-se que a agulha seja trocada em 7 dias Sempre que o cateter estiver em uso é recomendado que o local da inserção da agulha seja protegido por um curativo realizado com gaze e micropore ou gaze e esparadrapo ou, ainda, com filme transparente. O curativo tem também a função de estabilizar a agulha. A sua troca deve ser a cada 48 horas quando for realizado com gaze estéril e, a cada sete dias, quando usado filme transparente. Em caso de curativo sujo, úmido ou descolando a troca deve ser imediata, independente da última troca. Os cuidados para a manutenção da permeabilidade do cateter são primordiais para garantir a permanência e bom uso desse dispositivo. O procedimento de heparinização do cateter deve ser realizado a cada 30 dias, caso o dispositivo não esteja sendo utilizado.	A agulha deve ser trocada a cada 7 dias, se estiver internado no hospital. Sempre que estiver em uso, o local deve ser protegido com curativo para fixar a agulha. Se estiver no hospital, trocar a cada 48 horas e 7 dias se for utilizado filme transparente. Se estiver em casa, a criança deve ir ao hospital para ser colocado heparina(medicamento) para manter a integridade do cateter a cada 30 dias. Deve-se tomar cuidado para evitar pancadas diretamente no local .Não é necessário cuidado em tempo integral e não necessita passar nenhum produto no local, ou seja, a criança/adolescente pode ter uma vida normal.	
Quais são os sinais de alerta?	“Presença de sinais flogísticos na inserção do cateter venoso central, como dor, rubor, edema, presença de secreções, além de febre.	Aparecimento de sinais de infecção no local do cateter como: dor, calor, inchaço, vermelhidão e saída de secreção, além de temperatura acima de 37,8°C. Caso isso ocorra, procure imediatamente o serviço médico.	

3) Elaboração do material informativo

A partir das etapas anteriores, foi criado o manual informativo: “Meu filho(a) precisa usar um cateter: e agora?”, abordando as necessidades de informações da família, com a seguinte distribuição das informações:

a) Página de apresentação do manual

Olá família! É evidente que você está com muitas dúvidas nesse momento. Reconhecemos seu sofrimento e sabemos que receber informações escritas e simples, ajudará vocês a enfrentar essa etapa. Este manual tem como objetivo explicar de maneira simples o procedimento que seu/sua filho(a) irá passar. Encorajamos que leia com atenção!



b) Página 1 - O que é o Cateter Totalmente Implantado?

É um objeto que tem acesso ao sangue, composto de duas partes: um tubo flexível, feito de silicone ou poliuretano, na qual em sua ponta é colocada uma câmara de metal (parece um “tamborzinho”), que possui um silicone onde será realizado a punção para a sua utilização.



c) Página 2 - Quando o cateter é necessário?

Indicado para pacientes que terão que fazer várias sessões de quimioterapia, com duração maior que 6 meses; infusão de quimioterapia muito irritante, que possa causar algum efeito intenso; sessões de quimioterapia que durem mais que 8 horas; e para pacientes que possuem veias de difícil acesso.



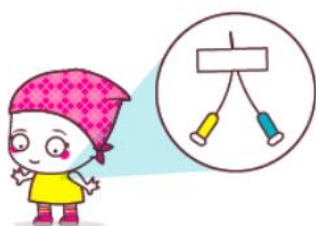
d) Página 3 - Como o cateter é colocado?

É um procedimento que necessita de ambiente próprio, chamado centro cirúrgico, e realizado pelo médico. É preciso de anestesia e sedação. É feito um corte pequeno na região do tórax, o tubo será colocado dentro da veia e o reservatório fica alojado embaixo da pele.



e) Página 4 - Quais são as vantagens desse tipo de cateter?

Com a colocação do cateter, seu filho(a) não precisará puncionar as veias todos os dias, podendo utilizar o port-a-cath, sempre que necessário, para receber medicamentos e coletar exames de sangue. Quando não estiver em uso, não será preciso usar curativo e o intervalo de manutenção é grande, sendo de 30 dias.

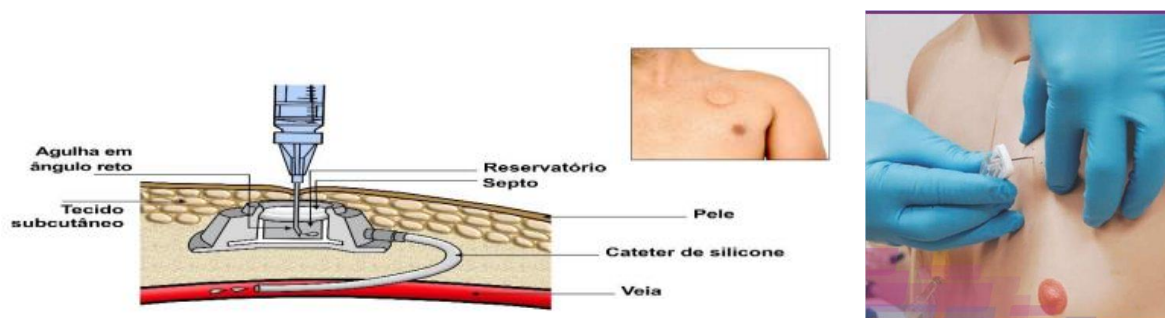


f) Página 5 - Quais são as complicações quando o cateter é colocado?

As complicações podem ser: hematomas (roxos no local); taquicardia (aceleração do coração); lesão da veia; pneumotórax (ar no pulmão); hemotórax (sangue no pulmão); e rejeição do próprio cateter. Além de complicações que podem ocorrer mais tarde, como: obstrução, desconexão com derramamento de líquidos para os tecidos próximos, quebra e expulsão do cateter. Mas, são complicações mais raras de acontecer.

g) Página 6 - Como é realizada a punção do cateter pelo enfermeiro?

Toda vez que seu/sua filho(a) precisar usar o cateter, ele deverá ser puncionado, ou seja, uma agulha vai ser colocada para o acesso, no “tamborzinho” do cateter. A punção acontece através da introdução da agulha, chamada Huber (não cortante), na pele onde foi colocado o cateter. A agulha será colocada em ângulo de 90°. Após introduzir a agulha, é necessário puxar com a seringa para o retorno do sangue, confirmando o posicionamento correto. Pronto! Agora é só realizar o curativo.

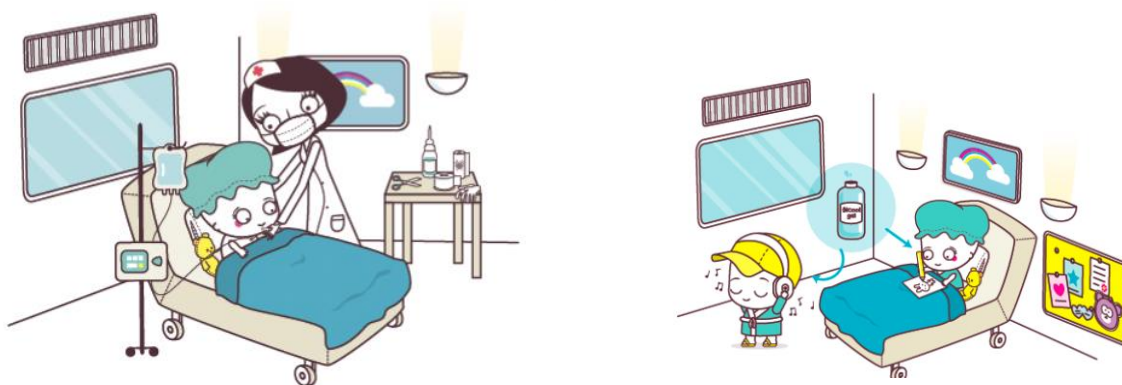


h) Página 7 - Quais são os cuidados necessários?

A agulha deve ser trocada a cada 7 dias, se estiver internado no hospital ou em atendimento no ambulatório. Sempre que estiver em uso, o local deve ser protegido com curativo para fixar a agulha.

- Se estiver no hospital, trocar a cada 48 horas e 7 dias se for utilizado filme transparente.

- Se estiver em casa, a criança/adolescente deve ir ao hospital para ser colocado heparina (medicamento), a cada 30 dias, para manter o cateter funcionando. Deve-se tomar cuidado para evitar pancadas diretamente no local. Não é necessário cuidado em tempo integral e não necessita passar nenhum produto no local, ou seja, a criança/adolescente pode ter uma vida normal.



i) Página 8 - Quais são os sinais de alerta?

Vocês devem ficar atentos ao aparecimento de sinais de infecção no local do cateter como: dor, calor, inchaço, vermelhidão e saída de secreção, além de temperatura acima de 37,8°C. Caso isso ocorra, procure imediatamente o serviço médico.

6. Discussão

A elaboração do material informativo que foi realizada neste estudo, com base nas práticas baseadas em evidências, contribui para a disseminação de conhecimento científico e informação para a população leiga, como a família de uma criança/adolescente que acaba de receber o diagnóstico de câncer e se vê em um mundo que antes era completamente desconhecido.

O Cuidado Centrado no Paciente e Família, utilizado como referencial teórica, tem sido preconizado há alguns anos como sendo o modelo ideal a ser seguido, pois a família passou a ser reconhecida também como parte integrante do cuidado, onde sua voz deve ser levada em consideração e tornando-a ativa na participação do cuidado. Em um contexto da oncologia pediátrica, a família é parte essencial e constante na vida da criança/adolescente. Um de seus pressupostos é o *compartilhamento de informações* como premissa para um cuidado integral ⁽²²⁻²⁷⁾.

A informação clara e objetiva é um direito da família. O estabelecimento de uma comunicação efetiva entre profissionais e família auxilia a tomada de decisões e o bom relacionamento. Uma das estratégias de enfrentamento utilizadas pelo familiar é a busca de informação que vai de encontro ao que é preconizado pelo CCPF.

Os procedimentos dolorosos farão parte do percurso terapêutico da criança/adolescente com câncer e é um momento estressante e de ansiedade para família. A particularidade de alguns procedimentos como a punção de cateter totalmente implantado traz insegurança e medo para a criança/adolescente e família e o uso da informação facilita o processo. A família é responsável pela saúde de seus membros e necessita compreender o processo e todas suas implicações ^(49,51).

As necessidades de informações sobre diagnóstico, prognóstico e tratamento são bem corriqueiras no cotidiano dos pais que acompanham seus filhos. Estudos evidenciam que obter informações para mães de crianças/adolescentes com câncer significa segurança, adquirir conhecimento, aprender a tomar decisões frente à intercorrências, amadurecer e sentir-se mais responsável pelo filho(a) ⁽⁵²⁻⁵³⁾.

Alguns estudos mostram que a construção de um material informativo bem elaborado e de fácil entendimento para a população, melhora o vínculo entre família/paciente/equipe, a segurança aumenta para a tomada de decisões contribuindo para um maior empoderamento

familiar. A partir da obtenção de informação, a família se vê mais preparada para lidar com a situação e se percebem mais seguros nos cuidados aos seus filhos ^(49-50,54).

A enfermagem e o enfermeiro atuam como educador de saúde, a partir do momento em que passa a maior parte do tempo com a criança/adolescente e família, conhecendo todos os anseios, preocupações e dúvidas. O processo educacional se dá por três formas: na promoção da saúde, na manutenção de um estado saudável durante o processo de adoecimento e na reinserção do paciente ao seu cotidiano após um processo de adoecimento e cura ⁽⁵³⁻⁵⁴⁾.

A utilização de manuais educativos em saúde, é uma prática preconizada e muito utilizada na área da saúde nos últimos anos. Proporciona a educação em saúde integrada a prática clínica e facilitam a comunicação entre profissionais de saúde e população. Instrumentos que vem sendo utilizados nos últimos tempos e que proporciona a integração da educação em saúde à prática clínica são os manuais educativos em saúde.

Ter acesso a manuais educativos uniformiza as orientações em saúde que precisam ser dadas aos pacientes e famílias, sendo capaz de reunir em um só lugar as informações relevantes ao público atendido. Desta forma é possível direcionar o conteúdo às necessidades de informação de cada indivíduo ⁽⁵⁵⁾.

7. Conclusões

A partir do presente estudo, que teve como objetivo a elaboração de um material informativo para as famílias sobre o uso de cateter totalmente implantado, pode se inferir que a comunicação e a informação compartilhada são a base para um cuidado integral e holístico demandado a uma criança/adolescente, que passará por um procedimento invasivo.

A informação pode facilitar a segurança na tomada de decisão do familiar frente a um diagnóstico e todo o percurso de tratamento que a criança/adolescente irá passar, ajudando-os a enfrentar a situação vivenciada em um momento difícil.

Os próximos passos é a validação do material informativo elaborado para posterior disseminação de seu conteúdo para utilização pelos profissionais e serviços na prática clínica. A validação realizada por peritos, profissionais de saúde e famílias que já vivenciaram a situação de doença, é importante pois garante a veracidade e adequação das informações contidas no manual para que se torne uma ferramenta útil tanto na prática clínica, quanto para capacitação profissional.

Uma das limitações encontradas foi o fato que há uma vasta gama de materiais, na qual é possível ver ilimitados cuidados de enfermagem com o manuseio do cateter totalmente implantado e o nível de evidência dos artigos ainda não está bem definido. Outra limitação é o fato de os artigos encontrados na literatura sobre as necessidades de informação dos familiares na área de oncologia pediátrica serem em sua maioria de origem internacional, revelando a necessidade do desenvolvimento de outros estudos na área na literatura nacional.

8. Referências

1. Ward E, DeSantis C, Robbins A, Kohler B, Jemal A. Childhood and Adolescent Cancer Statistics. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2014. [Acesso 05 abr. 2019]; 64:83-103. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24488779>
2. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA 2017. [Acesso 05 abr. 2019]; p.25-125. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf>
3. Grabois MF, Oliveira EXG, Carvalho MS. Access to pediatric cancer care in Brazil: mapping origin-destination flows. *Rev Saúde Pública*. 2013. [Acesso 05 abr. 2019];47(2):368-78. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102013000200368&script=sci_abstract
4. Camargo B, Santos MO, Rebelo MS, Reis RS, Ferman S, Noronha CP, et.al. Cancer incidence among children and adolescents in Brazil: first report of 14 population-based câncer registries. *Int. J. Cancer*. 2010. [Acesso 05 abr. 2019];126:715-720. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijc.24799>
5. Rangel MRU, Lima CA, Cipolotti R, Fabro AL, Azevedo AR. Câncer pediátrico: incidência, sobrevida e mortalidade em Sergipe. *Interfaces Científicas – Saúde e Ambiente*. 2013. [Acesso 05 abr 2019];1(3):9-20. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/view/531>
6. Silva JKO, Filho DCM, Mahayri N, Ferraz RO, Friestino FS. Câncer Infantil: Monitoramento da Informação através dos Registros de Base Populacional. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2012. [Acesso 05 abr.2019] ;58(4):681-686. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_58/v04/pdf/14-revisao-literatura-cancer-infantil-monitoramento-informacao-atraves-registros-cancer-base-populacional.pdf
7. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente. Instituto Nacional de Câncer. Instituto Ronald McDonald. Rio de Janeiro. INCA: 2015. [Acesso 07 abr. 2019]. Disponível em: https://institutoronald.org.br/wp-content/uploads/2015/07/diagnostico_precoce_cancer_crianca.pdf

8. Miceli AVP, Zornig SMAJ. Câncer infanto-juvenil: o trauma dos irmãos. *Tempo Analítico*. 2012. [Acesso 07 abr. 2019]; v. 44.i, p. 11-26. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v44n1/v44n1a01.pdf>
9. Vieira, NNP. Validação de manual de condutas para manuseio de cateter totalmente implantado. 2015. [Acesso 07 abr. 2019]; Brasília: Universidade de Brasília. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/18869>
10. de Chico Cicogna, E, Castanheira, NL, Garcia de Lima, RA. Crianças e adolescentes com câncer: experiências com a quimioterapia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2010. [Acesso 07 abr. 2019]; 18(5), p.1-9. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421935005>
11. Ribeiro CA, Coutinho RM, Araújo TF, Souza VS. Vivenciando um mundo de procedimentos e preocupações: experiência da criança com Port-a-Cath. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2009. [Acesso 07 abr. 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002009000700017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
12. Gomes IP, Amador DD, Collet N. A presença de familiares na sala de quimioterapia pediátrica. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2012; 65(5): 803-808. [Acesso 09 abr. 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500013
13. Sabatés AL, de Borba RIH. As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2005; 13(6): 968-973. [Acesso 09 abr. 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692005000600008&script=sci_abstract&tlng=pt
14. Folkman S. Stress: Appraisal and Coping. In: Gellman M.D., Turner J.R. (eds) *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer, New York, NY. 2013. [Acesso 09 abr. 2019]. Disponível em: https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-1-4419-1005-9_215
15. Fernandes AFG, Silva SS, Tacla MTG, Ferrari RAP, Gabani FL. Informações aos pais: um subsídio ao enfrentamento do câncer infantil. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 39, n. 2, p. 145-152, jul./dez. 2018. [Acesso 09 abr. 2019].

- Disponível em:
<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/32356/24762>
16. Gomes IP, Amador DD, Collet N. Repercussões do câncer infantil para o cuidador familiar: revisão integrativa. Bras Enferm, Brasília 2013 mar-abr. [Acesso 10 abr. 2019]. 66(2): 267-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/17.pdf>
17. Angelo M, Cunha MLR, Moreira PL, Gomes, S. Adolescentes com câncer: necessidades de informações. Rev. Soc. Brasileira de Enfermeiros Pediatras. [Acesso 10 abr. 2019]. v.11, n.2, p 93-100. São Paulo. Disponível em: https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol11-n2/v.11_n.2-art4.adolescentes-com-cancer.pdf
18. Mattos, K, Blomer, TH, Campos, ACB, Silverio, MR. Estratégias de enfrentamento do câncer adotadas por familiares de indivíduos em tratamento oncológico. Rev. Psicol. Saúde. [Internet]. 2016. [Acesso 10 abr. 2019];8(1):1-6. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2016000100001
19. Santo MF, Santos EMM, Nascimento LC, Silva GP, Ferreira BR, Miranda DO et al. Atuação do enfermeiro em oncologia na perspectiva da genética e genômica. Texto contexto–enferm on line [Internet]. 2013 June [Acesso 10 abr. 2019];22(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200031
20. Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. Rev Bras enferm on line [Internet]. 2008 Jan/fev. [Acesso 10 abr. 2019];61(1):117-121. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000100019&script=sci_abstract&tlng=pt
21. Cruz AC. Angelo M. Cuidado na Família em Pediatria: redefinindo os relacionamentos. Cienc Cuid Saude. 2011. [Acesso 10 abr.2019];10(4):861-865. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18333>
22. Pinto JP, Ribeiro CA, Mandetta MA, Balieiro MMFG. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. Rev Bras Enferm, Brasília. 2010. [Acesso 10 abr.2019];63(1):132–5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100022

23. Harrison TM. Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. J Pediatr Nurs [Internet]. Elsevier Inc.; 2010. [Acesso 12 abr. 2019]; 25(5):335–43. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20816555>
24. Marques FRB, Duarte AM, Ressureição TL, Silva JR, Mandetta MA. Cuidado Centrado no Paciente e Família em oncologia pediátrica: relato de experiência de um projeto de extensão. Interfaces – Rev. de Extensão, 2014. [Acesso 14 abr. 2019];2(3):95-104. Disponível em: <https://www.ufmg.br/proex/revistainterfaces/index.php/IREXT/article/view/72>
25. Pacheco STA, Rodrigues BMRD, Dionísio MCR, Machado ACC, Coutinho KAA, Gomes APR. Cuidado centrado na família: aplicação pela enfermagem no contexto da criança hospitalizada. Rev. Enferm. UERJ. 2013.[Acesso 15 abr. 2019]; 21(1):106-12. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6443>
26. Jolley J, Shields L. The evolution of Family-centered care. Journal of Pediatric Nursing, 2009. [Acesso 15 abr. 2019];24(2):164-170. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19268238>
27. Duarte, AM. Construção e validação do software TMO-App para uso por família de criança/ adolescente com câncer submetido ao transplante de células-tronco hematopoiéticas / Adriana Maria Duarte. -- São Paulo, 2017. xx, 237p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem.
28. Polit DF, Beck C T, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidência para a prática de enfermagem.7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
29. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 5a ed. São Paulo: Roca; 2012. 327
30. Nishimoto CL, Duarte ED. A organização familiar para o cuidado à criança em condição crônica, egressa da unidade de terapia intensiva neonatal. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2014 Abr-jun. [Acesso 17 abr. 2019]; 23(2): 318-27. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00318.pdf

31. Sousa MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein on line [Internet]. 2010 [Acesso 18 abr. 2019];8(1):102-06. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf.
32. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm on line [Internet]. 2008 Out/Dez [Acesso 18 abr. 2019];17(4):758-764. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018
33. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
34. Moreira MF, Nobrega MML, Silva MIT. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. Rev Bras Enferm. 2003. [Acesso 18 abr. 2019]; 56(2):184-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672003000200015&script=sci_abstract&tlng=pt
35. Borges AA, Lima RAG, Dupas G. Segredos e verdades no processo comunicacional da família com a criança com câncer. Esc Anna Nery 2016. [Acesso 21 março 2019]; 20 (4): 1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452016000400218&script=sci_abstract&tlng=pt
36. C.E. Wakefield et al. ‘What they’re not telling you’: A new scale to measure grandparents’ information needs when their grandchild has cancer . Patient educ. couns. 2014; [Acesso 21 março 2019]; 94:351–355. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24315159>
37. Ringn A, Karlsson S, Graneheim UH. A person-centred intervention for providing information to parents of children with cancer. Experiences and effects . Eur. j. oncol. nurs. 2015. [Acesso 21 março 2019]; (19): 318-324. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25466827>
38. Kessel RM, Roth M, Moody K, Levy A. Day One Talk: parent preferences when learning that their child has cancer. Support. care cancer.; 2013. [Acesso 21 março

- 2019]; (21):2977–2982. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23760458>
39. D. Murphy, et al. Development of a Spanish Language Fertility Educational Brochure for Pediatric Oncology Families . J Pediatr Adolesc Gynecol 2014. [Acesso 21 março 2019]; (27): 202-209. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1083318813003264>
40. Vetsch et al. Information Needs in Parents of Long-Term Childhood Cancer Survivors. Pediatr Blood Cancer 2015. [Acesso 21 março 2019]; 62:859–866. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25663499>
41. Toruner EK, Citak EA. Information-seeking behaviours and decision-making process of parents of children with cancer. Eur. j. oncol. nurs. 2013. [Acesso 21 março 2019]; (17):176-183. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22521446>
42. Kaye E, Mack JW. Parent Perceptions of the Quality of Information Received About a Child's Cancer. Pediatr. Blood Cancer. 2013. [Acesso 21 março 2019]; (60):1896–1901. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23775852>
43. Williams PD, Williams K, Williams AR. Parental caregiving of children with cancer and family impact, economic burden: nursing perspectives. Issues compr. pediatri. nurs. 2014. [Acesso 21 março 2019]; 37(1): 39–60. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24261317>
44. Kamihara J, Nyborn JA, Olcese ME, Nickerson T, Mack JW. Parental Hope for Children With Advanced Cancer. Pediatrics 2015. [Acesso 21 março 2019]; 135 (5): 868-874. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25847801>
45. Stefanus Gunawan et al. Parents' and Health-Care Providers' Perspectives on Side-Effects of Childhood Cancer Treatment in Indonesia. Asian pac. j. cancer prev., 2014. [Acesso 21 março 2019]; 15: 3593-3599. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24870763>
46. Markward MJ, Benner K, Freese R. Perspectives of Parents on Making Decisions About the Care and Treatment of a Child With Cancer: A Review of Literature. Fam. syst. health. 2013. [Acesso 21 março 2019]; (31):4:406–413. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24377769>

47. Flury M, Caflisch U, Breimi-Ullmann A, Spichiger E. Experiences of Parents With Caring for Their Child After a Cancer Diagnosis . J. pediatr. oncol. nurs. 2011. [Acesso 21 março 2019]; 28(3): 143 –153. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21490277>
48. Naidoo D, Gurayah T, Kharva N, Stott T, Trend SJ, Mamane T et al. Having a child with cancer: African mothers' perspective. S. Afr. j. occup. ther. [Internet]. 2016 Dec [Acesso 21 março 2019] ; 46(3): 49-54. Disponível em: http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2310-38332016000300009
49. Cardoso EAO, Santos MA. Luto antecipatório em pacientes com indicação para o Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas. Ciência & Saúde Coletiva, 2013. Acesso 24 março 2019];18(9):2567-2575. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000900011&script=sci_abstract&tlng=pt
50. Knapp SJ, Sole ML, Byers JF. Family Bundle and its effects on stress and coping of families of critically ill trauma patients. Appl Nurs Res. 2013 May. [Acesso 24 abril 2019]; 26(2):51-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23507239>
51. Kohlsdorf M, Costa Junior AL. Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. Estud. psicol. 2008. [Acesso 24 abr. 2019];25(3):417-429. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2008000300010&script=sci_abstract&tlng=pt
52. Malta JDS, Schall VT, Modena CM. O momento do diagnóstico e as dificuldades encontradas pelos oncologistas pediátricos no tratamento do câncer em Belo Horizonte. Rev Bras de Canc 2009. [Acesso 29 abr. 2019]; 55 (1): 33-39. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/15302>
53. Santos, R dos. O significado da ação educativa consulta de enfermagem no ambulatório de quimioterapia infantil: perspectiva dos familiares. Rio de Janeiro 2009: UFRJ/EEAN. x, 110 f. Dissertação.
54. Magalhães CR, Guimarães EC, Aguiar BGC. O papel do enfermeiro educador: ação educativa do enfermeiro no pré e pós-operatório. Rev de pesq.: cuidado é fundamental, 2004. [Acesso 02 junho 2019]; 8(1/2): 115-19. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/242120709>

55. Echer IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. Rev Latino-am Enferm 2005. [Acesso 02 junho 2019]; 13(5): 754-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000500022&script=sci_abstract&tlng=pt

Anexo 2. Normas de submissão da Revista Latino Americana de Enfermagem



ISSN 1518-8345 versão on-line

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

[Política Editorial](#)

[Informações Gerais](#)

Política Editorial

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) tem como missão contribuir para o avanço do conhecimento científico e da prática profissional da Enfermagem e de outras áreas da saúde por meio da publicação de artigos de elevado mérito científico. Publica artigos inéditos nos idiomas inglês, português e espanhol, nas categorias Artigo Original, de Revisão Sistemática e Cartas ao Editor. Adota o sistema de publicação em fluxo contínuo (*rolling pass*). Números especiais são publicados a critério do Conselho de Editores. O processo de avaliação adotado é o de revisão por pares (*peer review*) preservado o anonimato dos autores e revisores.

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

A RLAE segue o código de conduta ética em publicação recomendado pelo *Committee on Publication Ethics* (COPE) (<http://publicationethics.org>) e as condutas de Boas Práticas de Editoração – *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors* (<http://publicationethics.org/resources/codeconduct>).

Todos os artigos devem ser encaminhados a revista com a cópia de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em casos de pesquisas com seres humanos (exceto dados de domínio público). Os estudos tipo ensaio clínico deve ter o número do Registro de Aprovação de Ensaio Clínicos (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>) o qual deve ser enviado a revista. Em casos de pesquisas envolvendo animais, a aprovação da Comissão de Ética no Uso de Animais deve ser encaminhada.

Os artigos devem ser submetidos pelo sistema eletrônico ScholarOne (<https://mc04.manuscriptcentral.com/rlae-scielo>) em português ou inglês ou espanhol e destinados exclusivamente para a RLAE. Não é permitida a apresentação simultânea a qualquer outro veículo de publicação. A RLAE considera como infração ética a publicação duplicada ou fragmentada de uma mesma pesquisa. Ferramentas para localização de similaridade de textos são utilizadas pela revista para detecção de plágio.

Informações Gerais

Autoria

O conceito de autoria adotado pela RLAE está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A quantidade de autores é limitada a seis e, excepcionalmente, para estudos multicêntricos será examinada a possibilidade de inclusão de mais autores, considerando as justificativas apresentadas pelos mesmos. Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios mencionados, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos.

A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração, assinada individualmente pelos autores, para esta finalidade e enviada para RLAE na submissão do manuscrito. Todos os autores devem informar o seu número de registro ORCID (<http://orcid.org>).

Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.

Dados de identificação do autor responsável (cadastro)

Nome e sobrenome. O autor deve seguir o formato pelo qual o seu nome já é indexado nas bases de dados e incluir o número de registro no ORCID.

Correspondência. Deve constar o nome e endereço completo do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição. Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: departamento, faculdade, universidade).

Direitos autorais

Os autores devem ceder os direitos autorais patrimoniais do artigo a Revista Latino-Americana de Enfermagem por meio da Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais assinada por todos os autores ([Download](#)).

Para a utilização do artigo em acesso aberto, a RLAE adota a Licença *Creative Commons* – Licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses>). Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original ao autor e conferindo os devidos créditos de publicação à RLAE. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Categorias de artigos aceitos para publicação

Artigos originais. São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral.

Artigos de revisão. Estudos avaliativos críticos, abrangentes e sistematizados, resultados de pesquisa original e recente. Visam estimular a discussão e introduzir o debate sobre aspectos relevantes e inovadores. Apresentam o método de revisão, o processo minucioso de busca e os critérios utilizados para a seleção e classificação dos estudos primários incluídos. Devem ser sustentados por padrões de excelência científica e responder à pergunta de relevância para a enfermagem e/ou outras áreas da saúde. Dentre os métodos utilizados estão: metanálise, revisão sistemática e revisão integrativa.

Cartas ao Editor. Incluem cartas que visam discutir artigos recentemente publicados pela revista ou relatar pesquisas originais e achados científicos significativos.

Processo de julgamento

Os artigos submetidos e encaminhados de acordo com as normas de publicação são enviados à pré-análise feita pelo Editor Científico Chefe que decidirá pela aprovação ou recusa do artigo caso ele não contemple o escopo do periódico, seja novo, verdadeiro e contribua para o avanço do conhecimento científico. Uma vez aprovado na pré-análise o manuscrito é enviado ao Editor Associado para seleção de consultores. Após a avaliação dos consultores, o Editor Associado realiza uma recomendação para o Editor Científico Chefe o qual com base nas avaliações feitas pelos consultores e pelo Editor Associado decidirá pela aprovação, reformulação ou recusa do artigo.

Custos de publicação

Os custos de publicação para o autor são compostos pelo pagamento da taxa de processamento e dos custos de tradução e revisão gramatical do artigo para a publicação em três idiomas.

Taxa de submissão

A RLAE não cobra taxa de submissão.

Taxa de processamento

Artigos com todos os autores de instituições de fora do Brasil são isentos da taxa de processamento. Essa taxa será solicitada aos autores após a pré-análise do artigo. Os manuscritos aprovados para prosseguir no processo de avaliação por pares deverão pagar a taxa de processamento no valor de R\$ 300,00.

Forma de pagamento: depósito ou transferência bancária

Banco do Brasil

Favorecido: Receita Própria EERP

CNPJ: 63.025.530/0027-43

Agência: 028-0 Conta Corrente: 130.151-9

Autores estrangeiros (fora do Brasil)

Os manuscritos que não possuem nenhum autor ou co-autor de instituições brasileiras são isentos da taxa de processamento.

Traduções

As traduções são solicitadas aos autores após a aprovação do artigo. Nesse momento, o texto original deve ser traduzido para mais dois idiomas, diferentes daquele de origem da submissão. O custo das duas traduções é de responsabilidades dos autores. Para garantir a qualidade das traduções, as mesmas somente serão aceitas acompanhadas do certificado de tradução de umas das empresas credenciadas pela RLAE.

- Guias para apresentação do texto

Os textos dos artigos devem seguir os guias da Rede Equator conforme tipo de estudo realizado:

Para todos os tipos de estudos usar o guia Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence ([SQUIRE 2.0 – checklist](#)). Para ensaio clínico randomizado usar o seguir CONSORT ([checklist](#) e [fluxograma](#)).

Para revisões sistemáticas e metanálises seguir o guia PRISMA ([checklist](#) e [fluxograma](#)).

Para estudos observacionais em epidemiologia seguir o guia STROBE ([checklist](#)).

Para estudos qualitativos seguir o guia COREQ ([checklist](#)).

Melhorar a qualidade e a transparência da pesquisa em investigação em saúde (<http://www.equator-network.org/resource-centre/authors-of-researchreports/authors-of-research-reports/#auwrit>). Pode ser usado para todos os tipos de pesquisas em saúde.

- Preparo do artigo

Estrutura

- . Título somente no idioma do artigo
- . Resumo somente no idioma do artigo
- . Descritores em português
- . Descritores em inglês
- . Descritores em espanhol
- . Introdução
- . Método
- . Resultados
- . Discussão

- . Conclusão
- . Referências

Os Agradecimentos deverão constar apenas na Title Page.

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores a revista sugere o uso das seções convencionais Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão.

Quantidade de palavras

- . Artigos Originais e de Revisão: 5000 palavras.
- . Cartas ao Editor: 500 palavras (na contagem de palavras não incluir: tabelas, figuras e referências)

Formatação

- . Arquivo no formato Word, papel tamanho A4 (21 cm x 29,7 cm ou 8,3” x 11,7”)
- . Margens superiores, inferiores e laterais de 2,5 cm (1”)
- . Fonte Times New Roman 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas), com o arquivo digitado em formato .doc ou .docx, ou .rtf
- . Espaçamento duplo entre linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas que devem ter espaçamento simples
- . Para destaques utilizar itálico. Não são permitidas no texto: palavras em negrito, sublinhado, caixa alta, marcadores do MS Word

Título

- . Conciso e informativo com até 15 palavras.
- Somente no idioma em que o artigo dor submetido
- . Utilizar negrito

. Itens não permitidos: caixa alta, siglas, abreviações e localização geográfica da pesquisa.

Resumo

O resumo deve ser estruturado em: Objetivos, Método, Resultados e Conclusão. Redigido em parágrafo único, em até 200 palavras.

O *Objetivo* deve ser claro, conciso e descrito no tempo verbal infinitivo. O *Método* deve conter o tipo de estudo, amostra, variável(is), instrumento(s) e o tipo de análise. Os *Resultados* devem ser concisos, informativos e apresentar principais resultados descritos e quantificados, inclusive as características dos participantes e análise final dos dados. As *Conclusões* devem responder estritamente aos objetivos, expressar as considerações sobre as implicações teóricas ou práticas dos resultados e conter três elementos: o resultado principal, os resultados adicionais relevantes e a contribuição do estudo para o avanço do conhecimento científico.

Os *Ensaio clínico*s devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo.

Itens não permitidos: siglas, exceto as reconhecidas internacionalmente, citações de autores, local do estudo e ano da coleta de dados.

Descritores

. Descritores em português, inglês e espanhol. Selecionados da lista do *Medical Subject Headings (MeSH)*

. Devem ser incluídos 6 descritores separados entre si por ponto e vírgula. A primeira letra de cada palavra do descritor em caixa alta, exceto artigos e preposições

Nome das Seções Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão

- . Negrito
- . Caixa alta somente na primeira letra
- . Itens não permitidos: subseções,

Introdução - Deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas e de abrangência nacional e internacional. Descrever o(s) objetivo(s) no final desta seção.

Método - Descrever o tipo de estudo, o local, o período, a população, os critérios de inclusão e exclusão, amostra, as variáveis do estudo, o(s) instrumento(s), a forma da coleta de dados, a organização dos dados para análises e aspectos éticos.

Resultados - Limitados a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto contempla e não repete o que está descrito em tabelas e figuras.

Discussão - Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo. Comparar e contrastar os resultados com os de outros estudos atuais e apresentar possíveis mecanismos ou explicações para os resultados obtidos

Apresentar as limitações do estudo e os avanços ao conhecimento científico.

Conclusão - Responder os objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Não citar referências.

Tabelas - Até 5 itens entre tabelas e figuras, contendo título informativo, claro e completo, localizado acima da tabela, indicando o que se pretende representar na tabela.

Conter: participantes do estudo, variáveis, local e período da coleta de dados.

Formatação

- . Elaboradas com a ferramenta de tabelas do MS Word

- . Dados separados por linhas e colunas de forma que cada dado esteja em uma célula

- . Traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior tabela Menção no texto

- . Obrigatória. Ex: conforme a Tabela 1

Cabeçalho

- . Negrito

- . Sem células vazias

Inserção no texto

- . Logo após a primeira menção no texto e não no final do artigo ou em arquivos separados

Fonte da tabela

Descrever a fonte da informação quando se tratar de dados secundários

Notas de rodapé da tabela

- . Restritas ao mínimo necessário

- . Indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, apresentando-os tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé da mesma, e não somente em um dos dois lugares.

Siglas

- . Restritas ao mínimo necessário

- . Descritas por extenso em nota de rodapé da tabela utilizando os símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡

Valores monetários

Apresentados em dólares ou em salários mínimos no país da pesquisa e na época da coleta de dados. Apresentar data e cotação em nota de rodapé .

Formatação não permitida

- . Quebras de linhas utilizando a tecla Enter, Recuos utilizando a tecla Tab,

- Espaços para separar os dados; Caixa alta; Sublinhado; Marcadores do MS

- Word; Cores nas células;

Tabelas com mais de uma página

- . Tabelas de apenas uma ou duas linhas devem ser convertidas em texto

Figuras

São figuras:

Quadros, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas e fotos.

Título

. Localizado abaixo da figura

Resolução

. Em alta resolução (mínimo de 900 dpi)

Figuras: Quadros

- . Contém dados textuais e não numéricos, são fechados nas laterais e contém linhas internas
- . Quando construídos com a ferramenta de tabelas do MS Word poderão ter o tamanho máximo de uma página, e não somente 16x10cm como as demais figuras.
- . Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura

Figuras: Gráficos

- . Plenamente legíveis e nítidos
- . Tamanho máximo de 16x10cm
- . Em tons de cinza e não em cores
- . Vários gráficos em uma só figura só serão aceitos se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura

Figuras: Desenhos, esquemas, fluxogramas

- . Construídos com ferramentas adequadas, de preferência com a intervenção de um profissional de artes gráficas . Lógicos e de fácil compreensão
- . Plenamente legíveis e nítidos
- . Tamanho máximo de 16x10cm
- . Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura

Figuras: Fotos

- . Plenamente legíveis e nítidas
- . Tamanho máximo de 16x10cm
- . Em preto e branco e não em cores
- . Fotos contendo pessoas devem ser tratadas para que as mesmas não sejam identificadas

Citações no texto

Formatação

- . Números arábicos, sobrescritos e entre parênteses. Ex: (12)
- . Ordenadas consecutivamente, sem pular referência
- . Citações de referências sequenciais: separadas por traço e não por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: (1-2), (4-5), (5-9)
- . Citações de referências intercaladas: separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: (8,14), (10,12,15)

Local de inserção

- . quando inseridas ao final do parágrafo ou frase devem estar antes do ponto final e quando inseridas ao lado de uma vírgula devem estar antes da mesma

Citações "ipsis literes"

- . entre aspas, sem itálico, tamanho 12, na seqüência do texto

Itens não permitidos

- . espaço entre a citação numérica e a palavra que a antecede
 - . indicação da página consultada
 - . nomes de autores, exceto os que constituem referencial teórico
- Falhas de participantes

. Itálico, fonte Times New Roman tamanho 10, sem aspas, na sequência do texto .
Identificação da fala: obrigatória, codificada, apresentada ao final de cada fala entre parênteses e sem itálico

Notas de Rodapé

. No texto: indicadas por asterisco, iniciadas a cada página, restritas ao mínimo necessário

. Nas tabelas e figuras: indicadas pelos símbolos sequenciais *,†,‡,§,||,¶,**,††,‡‡ apresentando-os tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé, e não somente em um dos dois lugares

. Nas figuras que são imagens deverão estar em formato de texto e não no interior da imagem

- Referências

. Estilo Vancouver (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html) . Sem limite máximo desde que todas adequadas ao texto e com link de acesso para averiguação de pertinência ao texto. Referências com mais de 6 autores: seis primeiros seguidos de et al. .
Citar a versão do documento em inglês

. Inserir DOI ou link de acesso em todas as referências

. Referências cinzentas não são aceitas por dificultar o acesso da comunidade científica internacional (exceto as imprescindíveis). É considerada literatura cinzenta os livros, teses, dissertações, manuais, normas, legislação, etc.