

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE –
MESTRADO E DOUTORADO ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM PROMOÇÃO
DA SAÚDE**

Denisi Schuch

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA E ESTILO DE VIDA DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO
RIO GRANDE DO SUL**

Santa Cruz do Sul

2019

Denisi Schuch

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA E ESTILO DE VIDA DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO
RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde-Mestrado, Área de Concentração em Promoção da Saúde, Linha de Pesquisa em Biodinâmica Humana, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

Orientadora: Dr^a Lia Gonçalves Possuelo

Colaborador: Dr^o Daniel Prá

Santa Cruz do Sul

2019

Denisi Schuch

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA E ESTILO DE VIDA DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO
RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Promoção da Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Lia Gonçalves Possuelo
Professor orientador – UNISC

Dr^a Cézane Priscila Reuter
Examinadora interna – UNISC

Dr^a Ivy Bastos Ramis
Examinadora externa – FURG

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a Deus, por Ele sempre estar me guiando e iluminando durante todo o período do mestrado e nos demais dias da minha vida. Por Ele me dar saúde para concluir o curso e principalmente pelos momentos que passei ao lado dos pacientes entrevistados e pela paciência em escutá-los. Por ter concedido a mim coragem, dedicação, força, paciência e a proteção divina. Sou grata!

Quero agradecer o Professor Daniel Prá, que inicialmente acompanhou o meu trabalho, pela confiança no desenvolvimento desta pesquisa; pelas sugestões e palavras de apoio, pelas sábias expressões que muitas vezes serviram de conforto nos momentos de apreensão. Obrigada pelos ensinamentos!

Obrigada em especial a orientadora Dr^a Lia, que no decorrer da caminhada, aceitou prontamente seguir com a orientação do trabalho. Grata pela confiança, pela disponibilidade, pelo carinho demonstrado a mim e ao Felipe. Obrigada pela compreensão no final da minha caminhada como mestranda. Que Deus sempre lhe ilumine e esteja sempre ao seu lado em sua jornada. Obrigada pelas sábias palavras.

Ao meu querido companheiro, de quase duas décadas, pai do Felipe que chegou para alegrar os nossos dias, ao final do estudo. Por dividir comigo os momentos de aflições, e por confiar em mim em mais uma etapa da minha vida e carreira profissional. Pela paciência e por me auxiliar em diversas atividades paralelas. Sem palavras Charles. Agradeço todos os dias ao Pai por eu ter você ao meu lado, por estar mais tempo com você do que comigo mesmo.

Não posso deixar de agradecer as minhas colegas do HBS, que muitas vezes trocaram o plantão comigo, para ir nas aulas, que me motivaram em seguir em frente, e auxiliaram na pesquisa. Alguns contratempos, mas agradeço porque é com os erros que se aprende e são lições na vida. Afinal, nada acontece por acaso. Também agradecer aos técnicos de enfermagem, que prontamente me avisavam quando tinha um paciente internado. Obrigada equipe do HBS!

Agradeço aos pacientes e familiares que prontamente aceitaram participar da pesquisa, e a direção do HBS que autorizou realizar a pesquisa na instituição.

Obrigada família e amigos por compreenderem a minha ausência em confraternizações e por vezes me motivando para não desistir. Que tudo um dia iria terminar ou ser o começo de algo maior.

Grata também por Deus ter colocado, no meu caminho, os mestres e colegas do PPGPS. Alguns com presença mais marcante outros nem tanto assim, cada um do seu jeito, porém cada um, terá para sempre o lugar reservado em minha memória e em meu coração. Novos círculos de amizade feitos, novas oportunidades surgiram, amigos que levarei comigo em meu coração.

Aos mestres da vida, que me ensinaram muitas lições, pela admiração, pela confiança e por acreditarem que a mocinha tímida, certo dia teria grau de mestre. Que mais um degrau da escada da vida fosse vencido.

GRATIDÃO pelos dois anos de PPGPS!

DEDICATÓRIA

A alguém que me guia lá de cima - minha mãezinha.

*É preciso força para sonhar e perceber que a estrada vai além do que se vê”
(Além do que se vê – Los Hermanos)*

RESUMO

Introdução: O diagnóstico de câncer (CA) é recebido pelos pacientes e seus familiares com muita tristeza, causando sofrimento e estresse, diminuindo a qualidade de vida (QV) de todos os envolvidos no processo. A doença precisa ser entendida como um evento traumático e arrasador, com efeitos emocionais, físicos, interpessoais e sociais que podem ser controlados quando ocorrer o processo de adoecimento e sobrevida. **Objetivo:** Analisar a QV e o estilo de vida de pacientes oncológicos internados em um hospital de um município do interior do Rio Grande do Sul. **Artigo:** Teve como objetivo avaliar o estilo de vida e a QV de pacientes oncológicos que necessitaram de hospitalização no município de Sinimbu/RS. Estudo do tipo transversal, com aplicação de questionário com perguntas semiestruturadas sobre estilo de vida, hábitos alimentares, consumo de álcool e tabagismo, dados sócio-demográficos e econômicos, bem como histórico da doença. Para avaliar a QV foi aplicado o questionário *WHOQOL-bref*, versão abreviada do WHOQOL. A versão abreviada é composta por duas questões gerais sobre a QV e 4 domínios e cada um desses domínios é subdividido em facetas. O domínio 1 (físico) possui 7 facetas/questões, abordando o grau de dor ou desconforto, energia e fadiga, locomoção, uso de medicação e a capacidade de realizar atividades do cotidiano. O domínio 2 (psicológico) possui 6 facetas/questões onde são elencadas questões sobre espiritualidade, sentimentos negativos, grau de concentração e aceitação da aparência física. O domínio 3 (relações sociais) é composto por 3 facetas/questões relacionados ao contexto social e familiar da onde o paciente reside. O último domínio 4 (meio ambiente) é composto por 8 facetas/questões, abordando a segurança do local de residência, transporte, recursos financeiros, cuidados de saúde e social. As perguntas de cada faceta seguem a escala de Likert (pontuação de 1 a 5, sendo que a média maior é 5 e melhor é a QV). As médias de cada domínio são calculadas: somando o valor das facetas e dividindo pelo número de questões em cada domínio. A pesquisa foi realizada no período novembro de 2017 a outubro de 2018, no Hospital Beneficente Sinimbu (HBS), sendo este de pequeno porte, com capacidade operacional de 50 leitos e com atendimento de diferentes patologias. Participaram 15 pacientes, com diagnóstico de CA, de ambos os sexos, com idade entre 19-84 anos. O primeiro atendimento desses pacientes ocorre no HBS e caso tenha a necessidade de transferência para o hospital de referência, este é encaminhado ao Hospital Ana Nery (HAN) no município vizinho Santa Cruz do Sul (SCS), que fica localizado a cerca de 29km. O transporte do paciente é realizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Os resultados obtidos no estilo de vida, a baixa escolaridade pode ser considerada como fator importante por não haver informações básicas sobre os fatores de risco e seus agravantes para o câncer. Ainda como fatores de risco foram: alimentação não saudável, com consumo de embutidos e alimentos ricos em gorduras e o maior número de entrevistados têm ou tinha como profissão a agricultura, com larga escala de uso de agrotóxicos. Na QV o domínio 1 - físico teve a menor média, estando este relacionado a dor, aparência física, locomoção, fadiga e a realização de atividades diárias. Já o domínio meio ambiente é que teve maior média, estando relacionado ao ambiente em que os pacientes residem.

PALAVRAS CHAVES: estilo de vida, qualidade de vida, câncer, hospitalização.

ABSTRACT:

Introduction: The diagnosis of cancer (AC) is received by patients and their families with great sadness, causing suffering and stress, decreasing the quality of life (QOL) of everyone involved in the process. The disease needs to be understood as a traumatic and devastating event, with emotional, physical, interpersonal and social effects that can be controlled when the illness and survival process occurs. **Objective:** To analyze the QOL and lifestyle of cancer patients admitted to a hospital in a city in the interior of Rio Grande do Sul. **Article:** It aimed to assess the lifestyle and QOL of cancer patients who needed hospitalization in the city of Sinimbu / RS. Cross-sectional study, using a questionnaire with semi-structured questions about lifestyle, eating habits, alcohol consumption and smoking, socio-demographic and economic data, as well as history of the disease. To assess QOL, the WHOQOL-bref questionnaire, short version of WHOQOL, was applied. The abbreviated version is composed of two general questions about QOL and 4 domains and each of these domains is subdivided into facets. Domain 1 (physical) has 7 facets / questions, addressing the degree of pain or discomfort, energy and fatigue, locomotion, use of medication and the ability to perform daily activities. Domain 2 (psychological) has 6 facets / questions where questions about spirituality, negative feelings, degree of concentration and acceptance of physical appearance are listed. Domain 3 (social relations) is composed of 3 facets / questions related to the social and family context of where the patient resides. The last domain 4 (environment) is composed of 8 facets / issues, addressing the safety of the place of residence, transportation, financial resources, health and social care. The questions for each facet follow the Likert scale (score from 1 to 5, with the highest average being 5 and the best is the QOL). The averages for each

domain are calculated: adding the value of the facets and dividing by the number of questions in each domain. The research was carried out from November 2017 to October 2018, at the Hospital Beneficente Sinimbu (HBS), which is small, with an operational capacity of 50 beds and with care for different pathologies. Fifteen patients, diagnosed with AC, of both sexes, aged between 19-84 years participated. The first care of these patients occurs at the HBS and if you need to transfer to the referral hospital, this is referred to the Ana Nery Hospital (HAN) in the neighboring Santa Cruz do Sul (SCS), which is located about 29km away. Patient transportation is performed by the Municipal Health Secretariat (SMS). The results obtained in the lifestyle, low education can be considered as an important factor because there is no basic information about risk factors and their aggravating factors for cancer. Still as risk factors were: unhealthy food, with consumption of sausages and foods rich in fats and the greatest number of interviewees has or had as a profession agriculture with large scale use of pesticides. In QOL, domain 1 - physical had the lowest average, which was related to pain, physical appearance, locomotion, fatigue and daily activities. The environment domain had the highest average, being related to the environment in which patients reside.

KEY WORDS: lifestyle, quality of life, cancer, hospitalization

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CA: Câncer

EPI: Equipamento de Proteção Individual

ESF: Estratégia Saúde da Família

HAN: Hospital Ana Nery

HBS: Hospital Beneficente de Sinimbu

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA: Instituto Nacional do Câncer

OMS: Organização Mundial da Saúde

QV: Qualidade de Vida

RS: Rio Grande do Sul

SCS: Santa Cruz do Sul

SMS: Secretaria Municipal da Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre Esclarecido

WHOQOL: World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	5
RESUMO.....	6
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	9
APRESENTAÇÃO	12
INTRODUÇÃO	14
2. O CÂNCER E SEUS REFLEXOS NA QUALIDADE DE VIDA E ESTILO DE VIDA.....	16
2.1 Câncer	16
2.2 Fatores de risco e o estilo de vida	17
2.3 Qualidade de vida e instrumentos de avaliação	19
2.4 Hospitalização e cuidados paliativos	21
2.5 Promoções em Saúde: a oncologia no contexto interdisciplinar.....	22
3. OBJETIVOS.....	23
3.1 Objetivo Geral.....	23
3.2 Objetivos específicos:.....	24
CAPÍTULO II.....	25
ARTIGO I	26
QUALIDADE E ESTILO DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL.	28
CONCLUSÕES GERAIS.....	30
CAPÍTULO IV.....	32
NOTA À IMPRENSA.....	32
COMO ESTÁ A QUALIDADE DE VIDA DO SINIBUENSE COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER?.....	33
CAPÍTULO V	35
RELATÓRIO DE CAMPO	35
DIÁRIO DE CAMPO.....	36
Amostra do estudo	36

Recursos físicos	36
Análise de dados e elaboração do artigo	36
Adversidades do estudo	37
REFERÊNCIAS	39
ANEXOS	45
ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	45
ANEXO B - CARTA DE ACEITE.....	47
ANEXO C - QUESTIONÁRIO DADOS SOCIO-ECONÔMICO E ESTILO DE VIDA	48
ANEXO D -INSTRUMENTO DE COLETA APLICADO NO ESTUDO 2 – WHOQOL-BREF	50
ANEXO E - NORMAS DA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA – B1	58
ANEXO F – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO.....	64

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação seguiu o regimento do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul e foi composta pelas seguintes partes: referencial teórico, relatório do trabalho de campo, artigos, nota para divulgação da pesquisa na imprensa e anexos.

Consta nesta dissertação um artigo:

ARTIGO: Qualidade e estilo de vida de pacientes oncológicos hospitalizados em um município do interior do Rio Grande do Sul, Brasil.

CAPÍTULO I
REFERENCIAL TEÓRICO

INTRODUÇÃO

O câncer (CA) caracteriza-se por uma proliferação descontrolada de células anormais, que invadem tecidos e órgãos, se espalham para diversas partes do corpo, invadindo outros órgãos causando as metástases (GUIMARÃES et al., 2017). É uma doença genética, sendo que seu processo inicial ocorre quando há um dano a um gene (INCA, 2008; SCHUCH, 2013).

No Brasil, o CA representa a segunda causa de morte por doença, apenas ultrapassada pelas doenças cardiovasculares (SOUZA; FORTES, 2012; VARELA, 2016). Entre os diferentes tipos de CA, o de pulmão é a principal causa de morte no mundo entre os homens e a segunda maior causa de mortes em mulheres, perdendo apenas para o CA de mama. Apesar dos avanços tecnológicos para diagnóstico e tratamento, pouco progresso tem se observado quando se trata da sobrevida dos pacientes (SOUZA, 2016).

Anualmente os casos de CA vem aumentando mundialmente, para o ano de 2030, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima a incidência em 27 milhões de casos para a população mundial, sendo mais perceptível em países com menor renda. No Brasil, a estimativa é para o surgimento de 580 mil novos casos, apontando desta maneira a dimensão do problema para a saúde do país, comprovando que é um problema de saúde pública alarmante (FREIRE et al., 2018; INCA, 2014).

A hospitalização do indivíduo com algum tipo de neoplasia gera sentimento de estresse pelo próprio paciente, bem como aos seus familiares que acompanham o sofrimento do mesmo em sua árdua jornada de luta contra o câncer. A internação em um hospital gera alterações no humor e transtornos para as famílias, com aumento significativo quando ligada ao diagnóstico de câncer (RIBEIRO et al., 2016). Neste processo de internação o profissional da equipe de enfermagem deve compreender o autocuidado e o autoconceito apontando a promoção da saúde com o enfoque de responsabilidade no processo saúde – doença – cuidado (OLIVEIRA; MORAES; MOURA, 2016).

Durante o processo de internação hospitalar, pressupõe-se que o adoecido quer ficar o mais próximo possível de sua residência, familiares e amigos, e ser acolhido pela equipe de profissionais responsáveis pelos seus cuidados. O enfermo deve ser motivado a manter ou até aumentar o bem-estar, para não desistir do tratamento, e a necessidade da equipe que prestadora de serviço, intervir no estado psicológico tanto do adoecido quanto

dos familiares, auxiliando a superar a dor que o diagnóstico de CA causa. (MATOS; PULSCHEN, 2015).

Entre a população do município de Sinimbu, sabe-se pouco sobre os fatores que possam desencadear o CA. Em estudo anterior realizado, percebeu-se que pacientes de diferentes raças, idades, profissões, tipos de CA e localidade de residência foram acometidos pela doença (SCHUCH, 2013).

Neste contexto, tendo conhecimento da história natural da doença e dos fatores agravantes, estabelecem-se os seguintes **problemas da pesquisa**: 1) a qualidade de vida dos pacientes com CA está relacionada com dificuldade de acesso ao atendimento médico? 2) qual o estilo de vida da população acometida pelo CA?

2. O CÂNCER E SEUS REFLEXOS NA QUALIDADE DE VIDA E ESTILO DE VIDA

Com grande crescimento de casos, o CA, é um problema de saúde pública, com números assustadores mesmo em países desenvolvidos. O diagnóstico da doença causa grande impacto emocional na vida do paciente e seus familiares, quando em estágio avançado e com prognóstico não favorável. Os desconfortos gerados pela doença ao paciente afetam a qualidade de vida (QV) no contexto da espiritualidade, psicossociais e físicos, além de outros fatores relevantes para a baixa QV (FREIRE et al., 2018).

2.1 Câncer

O CA é conhecido e estudado há várias décadas, sendo definido como um conjunto de mais de 100 patologias, e tem como característica o crescimento rápido e descontrolado de células que sofrem alguma mutação genética. Essas se espalham em diferentes tecidos e órgãos do corpo, de forma agressiva, formando assim os tumores, que são classificados em benignos ou malignos – este com menor chance de cura (INCA, 2018).

Nascimento et al. (2011) descrevem que o CA é a doença mais temida devido ao tratamento agressivo e mutilante. Para algumas pessoas, quando acometidas ou nas situações que um familiar tem a doença, a patologia é considerada como castigo ou uma punição, sendo repleto de sentimentos negativos. Como causa para a evolução do CA, Leite et al. (2016) afirmam que os fatores podem ser multifatoriais, sendo alguns: estilo de vida, exposição excessiva à radiação, fatores hormonais, fatores hereditários, mutações genéticas e fatores psicológicos, como o estresse.

Para Oliveira, Moraes e Moura (2016), o CA é a 3ª causa de morte no Brasil, sendo que a alta taxa de incidência pode estar relacionada ao aumento da expectativa de vida. Entre os países desenvolvidos, estima-se para o ano de 2025 cerca de 20 milhões de novos casos (CAETANO et al., 2016; LEITE et al., 2016, INCA, 2018;). Mota e Pimenta (2002) defendem que com o aumento da sobrevida da população, o CA se transformou em uma doença crônica, aumentando o sofrimento dos adoentados; porém para Ribeiro e Souza (2010), é tratável e em muitos casos possível a cura, se o diagnóstico ocorrer precocemente. Quando se aborda o tratamento, a quimioterapia é a opção de maior escolha para apostar na cura, controle e cuidados paliativos. Este tratamento envolve a utilização de fármacos na forma endovenosa. Geralmente os quimioterápicos são bem tolerados pelos pacientes e ocorrem poucos efeitos colaterais (SAWADA et al., 2009).

Para Guerra et al. (2017), o aumento da mortalidade entre os casos de CA tem ligação à organização e estrutura dos sistemas de saúde, sobretudo em países subdesenvolvidos/desenvolvidos. Estes precisam de uma nova reestruturação do sistema, para conseguir arcar com altos custos relacionados ao diagnóstico e terapias essenciais para o tratamento da doença. A incidência de CA é maior em países mais desenvolvidos, ainda, estima-se que as principais causas de mortalidade nas próximas décadas serão por tumores malignos, superando até mesmo as doenças cardiovasculares, indiferente do nível de desenvolvimento dos países. Para Miller et al. (2016), a taxa de sobreviventes cresce devido aos avanços na detecção precoce e tratamentos iniciados tão logo quando a doença é descoberta.

Para Freire et al. (2017), o paciente oncológico busca diferentes formas para enfrentar a doença, entre elas está a religiosidade e a espiritualidade. A primeira é entendida como a relação do indivíduo com alguma instituição religiosa e a segunda é definida como forma da pessoa expressar a sua crença ou não em Deus. Tanto a religiosidade quanto a espiritualidade são formas de enfrentamento para a doença durante o tratamento.

2.2 Fatores de risco e o estilo de vida

As razões de desenvolver CA são várias, podendo ser desencadeados por fatores externos ou internos ao organismo. Portanto, o surgimento da doença depende da magnitude e tempo de exposição das células aos agentes que causam a doença. Os fatores externos estão relacionados ao ambiente ou hábitos; já os internos estão, em sua maioria das vezes, ligados à genética (INCA, 2017).

No Brasil, evidências epidemiológicas concluem que o CA de pele não melanoma é mais frequente em pessoas idosas, sendo dificilmente vista na faixa etária anterior aos 40 anos (IMANICHI et al., 2017). Silva et al. (2017) citam que o CA de pele é o tipo mais incidente no país, tendo como principal fator causador a exposição excessiva ao sol sem proteção e ainda devido a localização tropical e na zona de alta incidência de raios ultravioletas.

Malta et al. (2016), Liss et al. (2017) e Kippen et al. (2017) constataram em seus estudos que para o CA de pulmão, cavidade oral, laringe, faringe, esôfago e bexiga, o fator tabagismo é o principal indicador. Ainda afirmam que a taxa de mortalidade por CA de pulmão está aumentando quando feita a comparação entre masculino e feminino, sendo

a taxa de mortalidade entre os homens maior. No estudo realizado por Schuch (2013), os mesmos resultados foram obtidos, confirmando que os fatores associados ao CA de pulmão é o tabagismo. Esse fator também pode estar associado a outros tipos de CA, como o de bexiga.

A população brasileira, em sua maioria, é composta por indivíduos que se autodeclararam brancos, outro fator externo importante a ser considerado quando se fala em CA de pele do tipo não melanoma (IMANICHI et al., 2017). Conforme Schuch (2013), a população do município de Sinimbu é de origem europeia e a principal fonte de renda é a fumicultura. O uso de agrotóxicos ocorre em uma larga escala e sua aplicação nas lavouras é realizada no cultivo de fumo, que coincide com as altas temperaturas do verão.

O uso de equipamento de proteção individual (EPI) disponibilizado pelas empresas aos fumicultores, em sua maioria das vezes não é utilizado, pelo fato de oferecer desconforto e dificuldade na execução das tarefas (ASCARI; SCHEID; KESSLER, 2012). Silva et al. (2013) descrevem que o kit de EPI's destinados aos agricultores é composto por: botas, chapéu, macacão, luvas, avental e máscara, materiais essenciais para minimizar a exposição aos produtos químicos e como forma de prevenir adoecimento.

O estilo de vida que o indivíduo possui tem grande contribuição para o surgimento de alguma neoplasia. No estado do Rio Grande do Sul, uma das culturas entre os gaúchos é o consumo da bebida quente, conhecida como chimarrão/mate, passada de geração para geração, tendo como simbologia a amizade e família (FREITAS et al., 2016). Por muito tempo, a bebida foi crucificada como sendo o principal motivo pelo diagnóstico de CA de estômago e esôfago, mas fatores como o consumo de alimentos gordurosos, excesso de carne vermelha, idade, etilismo, tabagismo, sedentarismo são fatores de risco mais comuns para o origem de CA (BAÚ; HUTH, 2011). Rangel et al. (2016) citam que o consumo de bebida quente é prejudicial e carcinogênico se consumido em temperatura acima de 65°C, como por exemplo, o café, bebida consumida em diferentes regiões e preparada de várias formas, geralmente com temperatura abaixo de 65°C.

Almeida et al. (2017) e Bardau, Barkun e Martel (2013) apontam que a alimentação desequilibrada, associada ao sedentarismo, são fatores de alto risco para o surgimento de CA no sistema digestório. Cerca de 35% dos tipos de CA surgem em consequência de dietas inadequadas, com baixo consumo de frutas, legumes, verduras e cereais. O último grupo citado são alimentos ricos em compostos fenólicos, que atuam ao combate do estresse oxidativo, diabetes, inflamações e CA. Alimentos como embutidos, condimentos,

carne vermelha e produtos industrializados que contém açúcar refinado, sal e conservantes possuem forte influência no desenvolvimento da patologia.

2.3 Qualidade de vida e instrumentos de avaliação

Haas (2012) afirma que qualidade de vida (QV) é a satisfação geral do indivíduo com a vida e sua percepção pessoal de bem-estar. Entende-se que o conceito de QV é relativo e influenciado por fatores socioculturais. Nobre (1995), Panzini et al. (2011) e Miranda et al. (2013) citam que a QV deveria ser algo essencial ao indivíduo, relacionado com possibilidades de ter uma vida normal, sendo ainda considerada uma sensação de conforto, felicidade ao desempenhar funções físicas, intelectuais ou psíquicas no cotidiano familiar.

Os estudos sobre QV, especialmente na área da oncologia, estão em ascensão nas últimas décadas, pois não tem como se pensar em aumento de sobrevida, sem antes pensar no mínimo de QV. A avaliação se torna complexa pelas características de subjetividade e multidimensionamento e não existe método padrão ouro para tal (SAWADA et al., 2009).

O instrumento *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* foi criado a partir do princípio de que a QV é ampla e pode ser aplicado para várias patologias e situações não médicas, porém em alguns casos pode não avaliar de forma completa ou suficiente. Em situações onde faltam informações, deve ser feito o complemento com outro instrumento de coleta. O primeiro módulo desenvolvido do *WHOQOL* foi o de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em função das peculiaridades da doença, do impacto na QV e da importância médica da doença (FLECK, 2000).

Para o conceito de QV e para o desenvolvimento do instrumento *WHOQOL*, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reuniu vários especialistas de diferentes países que definiram como:

A percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. (The WHOQOL Group, 1995, p. 34).

Estudos sobre a QV na oncologia estão se tornando mais frequentes nas últimas décadas, pois são indicadores positivos no tratamento. A sua mensuração frequentemente é utilizada para avaliar ensaios clínicos com quimioterápicos (SAWADA et al., 2009).

Quando o paciente está acometido pelo CA, não se pensa somente no aumento da sobrevida, mas em todos os fatores associados para a melhora da QV (MIRANDA et al., 2013; SANTOS, 2015; CAETANO et al., 2016). Pacientes que sofrem com estresse podem ser prejudicados e tolerar dificuldades para se adaptar à realidade turbulenta que o diagnóstico de CA e o seu tratamento podem demandar e ser lesivo para a QV do paciente (OLIVEIRA; MORAES; MOURA, 2016).

Conforme Nobre (1995), para a avaliação da QV existem os instrumentos, com os quais é possível mensurar diversos aspectos e condições de vida dos indivíduos. Esses instrumentos proporcionam uma avaliação mais completa do impacto da doença e do tratamento dos pacientes. Matos e Pulschen (2015) concluem que os instrumentos para a avaliação da QV são utilizados somente para fins de pesquisa e se utilizados na avaliação clínica geral, podem contribuir para melhora da QV e tratamentos terminais. Grande parte dos estudos que utilizam ferramentas de avaliação de QV avaliam geralmente desfechos nos tratamentos (MATOS; PULSCHEN, 2015). A identificação precedente dos fatores que influenciam na QV é fundamental para o sucesso de intervenções e a construção de ações (FLECK et al., 2000). Nobre (1995) menciona que a QV é algo que somente o paciente pode informar ao pesquisador e em sua maioria os instrumentos de avaliação são extensos. O autor ainda cita que deve ser utilizado questionário com questões abertas, permitindo o livre relato do paciente.

Fleck et al. (2000) ainda descrevem que o instrumento WHOQOL é muito utilizado nos Estados Unidos, de fácil interpretação, porém, precisa ser traduzido para todos os idiomas. O instrumento mais utilizado para mensurar a QV é o módulo *WHOQOL-bref*, uma versão abreviada do modelo *WHOQOL*. A versão do modelo *WHOQOL-bref* em português é composta por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, sendo que a pontuação varia de um a cinco e quanto maior os escores, melhor é a QV (GOMES; SILVA, 2016; FLECK et al., 2000).

A QV dos pacientes oncológicos é extremamente baixa, tendo como relatos os sintomas de fadiga, náuseas, vômitos e a dor (TORRE-LUQUE, 2016). Souza e Fortes (2012) salientam que o diagnóstico de depressão está relacionado com sintomas como desânimo, insônia, sentimento de inferioridade, culpa, morte, desesperança, omissão de prazer, falta de dedicação para a vida, necessitando ser reconhecido o mais precoce possível. Hintz (2001) descreve que os sistemas de saúde estão cada vez mais dependentes da tecnologia, deixando de lado o cuidado humanizado, holístico, a assistência integral ao paciente e familiar. A falta de informação por parte dos pacientes quanto ao cuidado e

o direito à assistência gera deficiência na qualidade de vida, uma vez que o atendimento prestado deixa de lado as necessidades físicas e emocionais dos indivíduos (SCHUCH, 2013).

Conforme assinalado por Fornazari e Ferreira (2010), a QV pode se tornar um mediador entre a área da saúde e questões espirituais e religiosas. Para os profissionais de saúde deve estar claro que são formas de as pessoas enfermas lidar com a doença e entender a relação existente entre o processo da QV e a influência da fé. O enfermeiro tem como tarefa o envolvimento pleno com cuidado do enfermo, devendo atentar para as necessidades psicoespirituais e psicossociais (RIBEIRO et al., 2016). Cada vez mais os profissionais de saúde, incluindo os da enfermagem, vêm desenvolvendo novas técnicas, criando protocolos clínicos ou adaptando os a realidade dos pacientes oncológicos e seus familiares, visando o cuidado personalizado (LOPES-JUNIOR; LIMA, 2018).

2.4 Hospitalização e cuidados paliativos

A hospitalização de pacientes com CA em estágio avançado é largamente utilizada para controlar os sintomas e intercorrências. Isso provoca, frequentes e não programadas, admissões dos pacientes em hospitais, as quais podem ser longas e resultantes na absolvição de casos de óbito ou cuidados paliativos em alta escala dos casos. Com esse cenário, cada vez mais alarmante, é imprescindível uma reflexão sobre as condutas estabelecidas pelos médicos oncologistas e organização de cuidados aos pacientes com CA (NUMICO et al., 2015).

A internação hospitalar prolongada associada aos altos custos requerem uma otimização das vagas nas instituições; isso só é possível quando o paciente tiver uma referência adequada e estruturada para seu atendimento. Equipes bem preparadas garantem alta qualidade no atendimento ao paciente, mesmo sendo em casa, quando assim o enfermo preferir (CRUZ; NUNES, 2016).

A percepção de alguns profissionais de saúde, na necessidade de cuidar dos pacientes em estágio terminal do CA, fez com que os cuidados paliativos surgissem, sendo uma alternativa para garantir o bem-estar, ou melhor, para controlar os sintomas e englobar também os fatores psicológicos, social e espiritual por uma equipe multiprofissional. Apesar de ser um assunto pouco compreendido pelos familiares do adoecido, precisa ser disseminado em hospitais que atendem pacientes oncológicos em sua fase terminal da vida (FURTADO; LEITE, 2016).

Mendes e Vascellos (2015) descrevem que os cuidados paliativos são interferências para oferecer conforto e gestão no fim da vida, que deverão iniciar tão logo quando o diagnóstico é informado e conforme necessidade intensificar. É direito do ser humano ser assistido e apoiado até a fase final da sua vida e não significa adiar ou apressar a morte.

2.5 Promoções em Saúde: a oncologia no contexto interdisciplinar

Costa et al. (2015) alegam que a promoção à saúde tem como objetivo proporcionar o crescimento de uma sociedade saudável, na qual todos os indivíduos possuem ingresso igualitário aos recursos que fundamentam a QV. Como sendo uma estratégia promissora, a promoção da saúde vem sendo uma solução para o enfrentamento de múltiplos problemas de saúde. As práticas de promoção da saúde são compreendidas como educação permanente, preferencialmente por equipe interdisciplinar.

Os pesquisadores e profissionais da área da saúde encontram desafios no campo epistemológico como também no campo metodológico, quando se refere ao crescimento dos fenômenos sociais (CARPES et al., 2012; OLIVEIRA, 2012). Minayo (2010) cita que a interdisciplinaridade se organiza através do conjunto de diversas disciplinas, em que não há uma única resposta para um objetivo, tema ou problema.

A interdisciplinaridade tem por objetivo a ampliação das pesquisas em diferentes campos, incluindo a saúde coletiva e a busca ativa de mecanismos de diferentes campos do saber e o desejo pelo trabalho em comum. A prática da interdisciplinaridade surgiu com a finalidade de compreender e divulgar a complexidade das ocorrências clínicas, com o propósito de desenvolver a ciência como um todo e da construção do conhecimento e avanços nas pesquisas (OLIVEIRA, 2012; VELOSO et al., 2016).

Como característica, a interdisciplinaridade traz consigo a troca e integração de diferentes setores em um projeto comum, pois no mundo globalizado a circulação de informações é complexa, necessitando de interpretação distinta, sendo que cada especialista precisa conhecer o caráter de sua disciplina (OLIVEIRA, 2012; VELOSO et al., 2016). Para Carpes et al. (2012), os cursos na área da saúde não deveriam conduzir para os conhecimentos relacionados aos números e sim do estudante praticar uma autorreflexão. Esse gesto seria capaz de compreender o todo e auxiliar na formação de um profissional que possa atuar de forma interdisciplinar.

Tendo em vista a complexidade que é a área da oncologia, a educação permanente é de fundamental importância, sendo um campo que exige ampla gestão e priorização nos cuidados integrais. Os profissionais de enfermagem são os de maior número atuantes nos hospitais; os demais especialistas da área da saúde contribuem arduamente na evolução da interdisciplinaridade no cuidado ao CA, buscando qualidade aos cuidados. Com o prognóstico positivo, indiferente do número de internações ou complexidade dos casos oncológicos, pensa-se que todos os profissionais atuantes numa instituição hospitalar contribuem para a promoção em saúde (LOPES-JUNIOR; LIMA, 2018).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a QV e o estilo de vida dos pacientes oncológicos hospitalizados em um município do interior do Rio Grande do Sul.

3.2 Objetivos específicos:

- Avaliar as condições sociodemográficos e clínicas dos pacientes oncológicos internados na instituição;
- Analisar o estilo de vida dos pacientes oncológicos aos tipos de CA diagnosticados.
- Mensurar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos em cada internação;
- Avaliar quais os medos e inseguranças dos pacientes e familiares em estágio avançado da doença.

CAPÍTULO II
MANUSCRITO

ARTIGO I
ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA E ESTILO DE VIDA DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO
RIO GRANDE DO SUL

*Elaborado conforme as normas da revista *Ciência & Saúde Coletiva*, ISSN 1678-4561
Qualis capes: B1
Área: Interdisciplinar
Situação: A ser submetido

ARTIGO

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA E ESTILO DE VIDA DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO
RIO GRANDE DO SUL**

Denisi Schuch. Graduada em Enfermagem. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

Daniel Prá. Doutor em Genética e Biologia Molecular pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

Lia Gonçalves Possuelo. Doutora em Ciências Biológicas (Bioquímica) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil (2008). Professora adjunta da Universidade de Santa Cruz do Sul, Brasil.

Autor Correspondente: Lia Gonçalves Possuelo

Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde

Endereço: Av. Independência, 2293 – S. 4203, Bloco 42 - Bairro Universitário.

Zip Code: 96.815-900 - Santa Cruz do Sul – RS, Brazil

E-mail: liapossuelo@unisc.br / Phone number: +55 (51) 3717-7603

Instituição: Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

Conflitos de interesse: Nada a declarar.

Financiador: recursos próprios

Declaração de originalidade: os autores declaram que este artigo é original e não se encontra submetido em nenhum outro periódico.

Contribuição dos autores: Denisi Schuch: coleta de dados, análises de dados e escrita do artigo. Daniel Prá e Lia G. Possuelo contribuíram no desenho, escrita e revisão do estudo.

Palavras-chaves: neoplasias, perfil de saúde, hospitalização, fatores de risco, estilo de vida.

Número de palavras no texto: 3579

Número de palavras no resumo: 372

**QUALIDADE E ESTILO DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS
HOSPITALIZADOS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO
SUL, BRASIL.**

**QUALITY AND LIFESTYLE OF ONCOLOGICAL PATIENTS
HOSPITALIZED IN A MUNICIPALITY IN THE INTERIOR OF RIO GRANDE
DO SUL, BRAZIL.**

Resumo: A mortalidade por neoplasias entre a população mundial ocupa o segundo lugar, sendo antecedida apenas pelas doenças cardiovasculares. Mundialmente o aumento da incidência de neoplasias malignas pode ser associado ao aumento da expectativa de vida bem como o crescimento da população. A elevação da incidência de casos vem ocorrendo devido a grande exposição aos fatores de risco, e com a expectativa de vida prolongada.

Objetivo: Avaliar o estilo de vida, dos pacientes hospitalizados por neoplasia em um hospital de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul. **Método:** O estudo é do tipo transversal, as entrevistas com os pacientes com CA hospitalizados no período de 01 de novembro de 2017 a 31 de outubro de 2018, na ala de internação do Hospital Beneficente de Sinimbu (HBS) – RS. Os dados foram transcritos e analisados utilizando o software Excel[®]. **Resultados:** Ao total foram entrevistados 15 pacientes com média de 70 anos, maior parte agricultores ou aposentados pela agricultura. As neoplasias do sistema digestivo, de pulmão, leucemia, pescoço e garganta são as mais comuns, o estilo de vida com hábitos alimentares não saudáveis, tabagismo bem como a atividade laboral associada a agricultura com uso de pesticidas são características comuns entre os sujeitos. A hospitalização periódica dos pacientes, principalmente ocasionada pela dor e o estado clínico debilitado desses, são fatores para a diminuição da qualidade de vida (QV) e maior parte dos sujeitos indo a óbito. **Conclusão:** Os sujeitos entrevistados, em sua maioria na fase terminal da doença, apontaram consumo de alimentos saudáveis, porém na produção, para o consumo próprio, de verduras e frutas o uso de agrotóxicos é largamente usado. O consumo de álcool e o tabagismo estão fortemente presentes na vida dos pacientes com diagnóstico de CA. A pouca escolaridade pode ser considerada como fator importante, pois com o pouco grau de instrução escolar, as informações sobre prevenção e estilo de vida saudável dificultam a compreensão e ainda podem justificar o desconhecimento sobre fatores de riscos relacionados ao CA. A QV avaliada tem diminuição no domínio físico, que está relacionado a dor e melhor média no domínio meio ambiente, fator este que motiva o paciente no enfrentamento da doença.

DESCRITORES: neoplasias, perfil de saúde, hospitalização, fatores de risco, qualidade de vida, câncer.

Abstract: Mortality from cancer among the world population ranks second, preceded only by cardiovascular disease. Worldwide, the increased incidence of malignant neoplasms may be associated with increased life expectancy as well as population growth and falling child mortality rates. The increased incidence of cases has been due to high exposure to risk factors, and prolonged life expectancy to long-term exposure to aggressors. **Objective:** To evaluate the lifestyle of patients hospitalized for cancer in a small hospital in the interior of Rio Grande do Sul. **Method:** This is a cross-sectional study, interviews with patients with CA hospitalized from November 1, 2017 to October 31, 2018, in the ward of the Hospital Beneficente de Sinimbu (HBS) - RS. Data were transcribed and analyzed using Excel® software. Results: A total of 15 patients who had an average of 70 years and 4 years of study were interviewed. The neoplasms of the digestive system, lung, leukemia, neck and throat are the most common, unhealthy eating habits, smoking as well as labor activity associated with pesticide agriculture are common characteristics among the subjects. The periodic hospitalization of patients, mainly caused by pain and their poor clinical condition, causing the death of most patients. **Conclusion:** The interviewed subjects, mostly in the terminal phase of the disease, indicated the consumption of healthy foods, but in the production, for their own consumption of vegetables and fruits, the use of pesticides is widely used. Alcohol consumption and smoking are strongly present in the lives of patients diagnosed with CA. Poor education can be considered as an important factor, because with the poor educational level, information on prevention and healthy lifestyle make understanding difficult and may also justify the lack of knowledge about risk factors related to CA. The assessed QoL has a decrease in the physical domain, which is related to pain and a better average in the environmental domain, a factor that motivates the patient in coping with the disease

DESCRIPTORS: neoplasms, health profile, hospitalization, risk factors, lifest

CAPÍTULO III
CONCLUSÕES GERAIS

Com base nos resultados obtidos, todos os objetivos traçados inicialmente para o estudo foram atingidos. Foi possível analisar o estilo de vida dos pacientes com CA que necessitaram de hospitalização. Além disso, foi possível fazer um levantamento de dados socioeconômicas e demográficos, a fim de perceber o contexto familiar daquele paciente.

Pode-se afirmar que a qualidade de vida dos pacientes oncológicos do município de Sinimbu é considerada mediana, sendo o domínio de maior escore o relacionado ao meio ambiente, um dos motivos pela grande abrangência de recursos naturais disponíveis no município. Outro domínio de maior pontuação foi o de relação sociais, em que os entrevistados relatam ter um convívio pleno em meio a comunidade onde estão inseridos, sendo fatores importantes para a melhora do prognóstico desses pacientes.

As maiores adversidades relatadas pelos pacientes, considerados inconvenientes para a QV, estão relacionados a dor, fadiga e a demora para conseguir o encaminhamento aos centros de referência para iniciar o tratamento, por vezes não sendo possível o acesso a esses serviços de saúde. Quanto a distância de ser percorrida da residência até o serviço de saúde mais próximo, uma das hipóteses de diminuição da QV, não teve interferência, sendo o serviço de transporte prestado pela SMS avaliado como bom.

O estudo teve como limitação o n, somente 15 pacientes oncológicos necessitaram de hospitalização, ao longo de 1 ano, ficando a pesquisa limitada com poucos sujeitos. Ainda como limitação, houve troca de orientador, durante a conclusão do estudo, mudando a dinâmica do estudo.

CAPÍTULO IV
NOTA À IMPRENSA

COMO ESTÁ A QUALIDADE DE VIDA DO SINIBUENSE COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER?

Os pacientes com diagnóstico de câncer sofrem junto com os seus familiares, abalando toda a estrutura familiar e mais ainda quando a doença, já está em estágio avançado, necessitando de tratamento e internações frequentes, o que aumenta o estresse e preocupação, decaindo a qualidade de vida.

Com o intuito de saber como está a qualidade de vida dos pacientes com câncer no município de Sinimbu e que necessitam de internações, foi realizado um estudo pela Enfermeira e mestranda do Programa de Pós-graduação – Mestrado e Doutorado em Promoção da saúde da UNISC, Denisi Schuch, no hospital do município.

O estudo intitulado “ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL”, aponta informações relevantes sobre a saúde do município de Sinimbu – RS, bem como sobre a qualidade de vida dos pacientes oncológicos que necessitam de assistência hospitalar. Os pacientes que necessitaram de hospitalização foram entrevistados durante um ano, sendo feito uma nova entrevista em cada internação recorrente sobre a qualidade de vida dos mesmos. Na primeira abordagem foi aplicado um questionário sobre dados socioeconômicos e demográficos.

Os relatos feitos pelos pacientes foram satisfatórios em relação a assistência à saúde que recebem através da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), tendo como um dos pontos mais relevantes o amparo do transporte para os centros de referência e quando a necessidade de hospitalização e a família não tem nenhum meio de transporte, sendo este feito pela SMS. Outro ponto positivo assinalado é sobre o atendimento recebido no hospital do município, pela equipe de profissionais empenhada em oferecer maior conforto possível aos pacientes em fase terminal de suas vidas.

Como fator negativo foi relatada a demora para o ingresso nos centros de referência, tendo a necessidade de espera de um mês ou até mais tempo para conseguir a vaga para iniciar o tratamento, sendo fatores relevantes para a baixa qualidade de vida. Nos casos em que os pacientes não conseguiram ingressar imediatamente nos centros de referência, a hospitalização foi necessária para o controle da dor e pela queda geral do estado clínico.

A qualidade de vida pode ser afetada por diferentes fatores sendo eles: relação social, meio ambiente (local onde o paciente mora), fatores psicológicos e físicos (relacionados a aparência física, sono, cansaço...). Os domínios físicos e psicológicos tiveram a menor média. Entende-se com esses resultados, que os pacientes oncológicos sofrem com a aparência como

a perda de cabelo devido ao tratamento, uso de sondas e drenos, edema provocado pelo uso de medicamentos, alteração nos hábitos alimentares e sono. Essas mudanças provocam, também, alterações no sistema emocional do paciente, alguns tendo o diagnóstico de depressão associado ao câncer.

É de suma importância o apoio da família e da sociedade ao paciente com câncer, pois o diagnóstico da doença por si já causa sofrimento.



CAPÍTULO V
RELATÓRIO DE CAMPO

DIÁRIO DE CAMPO

Os dados apresentados nesta dissertação são partes integrantes da pesquisa “ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL-RS” coordenado pela orientadora desta dissertação, Prof. Dr^a Lia Gonçalves Possuelo e colaborador Daniel Prá.

Amostra do estudo

A amostra inicial do estudo foi deliberada através de uma prévia estatística por meio de relatórios que a instituição forneceu para a pesquisadora, onde a pesquisa ocorreu, com média de 4 a 5 internações/mês de pacientes oncológicos, totalizando em média de 50 sujeitos. No entanto este número foi menor do que calculado, finalizando em 15 pacientes que necessitaram de hospitalização. A amostra teve número final de 28 momentos devido as internações recorrentes.

A queda de internações pode ter sido ocasionada pela logística de internação nos centros de referências, onde os pacientes em tratamento também são recebidos para internações em caso de alguma intercorrência no tratamento. As atividades foram desenvolvidas com o auxílio de 04 colegas enfermeiras, que realizaram o contato com a pesquisadora quando um paciente oncológico estava internado.

Recursos físicos

Para o desenvolvimento deste estudo não foi necessário o uso de equipamentos, sendo que o espaço para as entrevistas foi cedido pelo hospital no qual o estudo foi desenvolvido. O ambiente sempre foi escolhido conforme a necessidade de cada paciente, respeitando as limitações e oferecendo o melhor conforto a cada entrevistado, mantendo a ética e sigilo com os resultados.

Análise de dados e elaboração do artigo

A análise dos dados foi o processo que necessitou de maior dedicação para a elaboração das tabelas no Excel, bem como também a apreciação detalhada dos dados para a elaboração do artigo. O estudo foi produtivo, onde a pesquisadora teve a oportunidade de apreciar a situação que os moradores do município trouxeram, vários aspectos sobre a saúde do município.

Após 2 meses de iniciar a coleta dos dados, a pesquisadora optou em seguir novo caminho profissional, pedindo a sua demissão da instituição onde atuava como enfermeira, iniciando a docência em uma faculdade, as demais colegas do hospital ficaram como responsáveis de avisar quando algum paciente oncológico estava internado. Foi possível emitir um relatório do total de internações, com o qual foi possível fazer o comparativo com o total de entrevistados, sendo estes dados compatíveis. A contribuição das enfermeiras e a dedicação delas em sempre avisar sobre as internações, foi um dos pontos positivos para a conclusão do estudo.

Adversidades do estudo

Ao longo da pesquisa alguns fatores inibiram o desenvolvimento do cronograma conforme o planejado. O principal foi o pouco número de sujeitos para as entrevistas, tendo-se cogitado a possibilidade de realizar o estudo em outro hospital, mas devido a longa distância não se concretizou esta hipótese.

Devido a troca de emprego houve a falta de recursos, ocasionando a dificuldade para manter as mensalidades em dia, tendo inclusive a hipótese de desistência do curso.

Ao final de 2018, uma surpresa não esperada, porém muito bem-vinda, a chegada do Felipe, que ocasionou um pouco de aflição e ansiedade, alguns contratemplos durante a gestação, como as crises de colecistite, o que ocasionou atraso na entrega e defesa da dissertação no prazo estipulado, devido ao tratamento e repouso necessário.

Em meados de agosto de 2019, a notícia de que o orientador não estava mais ligado ao curso, sendo que em 2018 o co-orientador também já havia saído da grade de professores, logo tive que escolher outro professor que fizesse a orientação final. Com êxito, logo a professora Lia aceitou o desafio de seguir a minha orientação, sendo que havíamos trabalhado juntas em outro projeto.

Mudanças no artigo 2, a partir de novas orientações e escolhas de outra revista para publicação e ainda novas orientações a serem mudadas na estrutura da dissertação, causaram um pouco de aflição. A dedicação não foi exclusiva, pois o papel de maternidade exige muito e os horários reduzidos para a produção e revisão do material já elaborado. Após defesa da dissertação, a banca sugeriu unir os dois manuscritos, tendo mais um desafio. Sempre com pensamento positivo de que no final tudo dá certo, venci a maratona com várias adversidades.

Além das adversidades, já citadas, ao concluir a dissertação recebo a notícia de que minha irmã foi diagnosticada com CA de mama. Realizou cirurgia como primeira

escolha para o tratamento, deixei as correções dos artigos para auxiliar ela e sua família nas tarefas diárias, em breve irá iniciar a radioterapia e quimioterapia. Toda a família fica apreensiva, sem saber muito o que fazer, mas acredito muito na força Divina de que tudo vai dar certo.

Às vezes fico a pensar por que tudo comigo? Pois bem, passado a tormenta com minha irmã, o retorno ao trabalho após a licença maternidade é interrompido. Felipe ficou doente e teve que ficar hospitalizado por 10 dias, devido a uma linfadenopatia. Ainda teve a adaptação na escolinha, processo esse que transcorreu tranquilamente, sem intercorrência, possibilitando assim a maior dedicação na conclusão do trabalho.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. et al. Alimentação como fator de risco para câncer de intestino em universitários. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Ceará, v. 30, n.1, p. 72-78, jan/mar 2017.
- ASCARI, R.A.; SCHEID, M.;KESSLER M. Fumicultura e a utilização de agrotóxicos: riscos e proteção da saúde. *Revista Contexto e Saúde*, Ijuí, v. 12, n. 23, p. 41-50, jul/dez 2012
- Bardou M, Barkun AN, Martel M. Obesity and colorectal câncer. *Postgraduate Medical Journal*, v. 89, p. 519-533, 2013.
- BAÚ, F.C., HUTH, A. Fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento do câncer gástrico e de esôfago. *Revista contexto e saúde*. Ijuí, v.11, n.21, p. 16-24, jul/dez 2011.
- BRASIL. Tribunal de Contas da União. Política Nacional de Atenção Oncológica / Tribunal de Contas da União; Relator Ministro José Jorge. – Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011. p.132.
- CAETANO, J. A. et al. Quality of life of patients during antineoplastic therapy: a descriptive study . *Online brazilian journal of nursing*. v.15 n.2, p.167-176, 2016.
- CARPES, A.D. et al. A construção do conhecimento interdisciplinar em saúde. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde*, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 145-151, 2012.
- CENSO demográfico 2010: Banco de dados agregados do IBGE. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/rs/sinimbu/panorama>>. Acesso em: 21 de abril 2017.
- CORREIA, D. S. A importância da religiosidade/espiritualidade na perspectiva dos pacientes oncológicos. *Revista de Enfermagem*, Recife, v. 10, n. 8, p. 2895-28905, Ago/ 2016.
- COSTA, M. S. et al. Práticas interdisciplinares na promoção da saúde da pessoa idosa. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 773-779, nov/dez 2015.
- CRUZ, M. B.; NUNES, R. Palliative care and the Portuguese health system. *Porto Biomedical Journal*, v.2, n.1, p 72-76, 2016.
- DeSANTIS, C. E. et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2014. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, v. 64, n. 4, p. 252-271, jul/ago 2014.
- FARIA N.C. et al. Ajustamento psicossocial após mastectomia – um olhar sobre a qualidade de vida. *Psicologia, Saúde e Doenças*, Lisboa, v. 17, n. 2, p. 201-213, 2016.
- FETSCH, C. F. M. et al. Estratégias de Coping entre Familiares de Pacientes Oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 62 n. 1, p. 17-25, 2016.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL- 100). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.33, n.2, p.198-205, 2000.

FORNAZARI, S. A.; FERREIRA, R. E. R. Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 26, n. 2, p. 265-272, abr/jun 2010.

FREIRE, M. E. M. et al, Assistência espiritual e religiosa a pacientes com câncer no contexto hospitalar. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, Rio de Janeiro, v.9, n. 1, p. 356-362, abr/jun2017.

FREIRE, M. E. M. et al. Qualidade e vida relacionada à saúde e pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 27, n. 2, p.1-13, 2018.

FREITAS, R. A. et al. O consumo de chimarrão e o câncer de esôfago. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, v. 14, p. 118-123, 2016

FURTADO, M. E. M. F; LEITE, D. M. C. Cuidados paliativos sob a ótica de familiares de pacientes com neoplasia de pulmão. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Fev. 2016.

GLAUS, A.; SCHLAG, P. M. Onkologische Pflegeim interdisziplinären Team. *Der Onkologe*, Berlin, v. 22, p. 618-621, 2016.

GOMES, N. S.; SILVA, S. R. Qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p. 1-6, 2016.

GUERRA, M. R. et al, Magnitude and variation of the burden of cancer mortality in Brazil and Federation Units, 1990 and 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.20, n.1, p. 102-115, maio 2017.

GUIMARÃES A. G. C.; ANJOS, A. C. Y. caracterização sociodemográfica e avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico adjuvante. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 58, n. 4, p. 581-92, 2012.

GUIMARAES T. M. et al. Cuidado paliativo em oncologia pediátrica na formação do enfermeiro, *Revista Gaúcha de Enfermagem*. v.38, n.1, P. 1-9, mar. 2017.

HAAS, Ana Cristina. Câncer de mama: aspectos clínicos, laboratoriais, epidemiológicos e avaliação da qualidade de vida. 2012. 79 f. Dissertação (Programa de pós graduação Stricto Sensu Promoção da Saúde) - Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2012.

HINTZ, Keli A. Indicadores de qualidade de vida dos pacientes oncológicos. Monografia (Graduação de Enfermagem), Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, 2001.

IMANICHI, D. et al, Fatores de risco do câncer de pele não melanoma em idosos no Brasil. *Diagnóstico e tratamento*. Brasília, v.22, n.1, p. 3-7, 2017.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. 3 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 2016. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>. Acesso em: 21/04/2017.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: Incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2018.

KIMBERLY, D. et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. v.66, n.4, p 271-289, Julho/Agosto, 2016.

KIMURA, A. C. et al. Perceptions of ostomized persons due to colorectal cancer on their quality of life. *Journal of Coloproctology*. Rio de Janeiro, v.37, n. 1. p. 1-7, 2017.

KIPPEN, R. et al. Identification of cancer risk and associated behaviour: implications for social marketing campaigns for cancer prevention. *BMC Cancer*, v.17, n. 55, p. 1-16, 2017.

LAU, Irma. *Arquivo Histórico do Hospital Beneficente de Sinimbu: Festejos dos 75 anos de existência*. Junho de 2008.

LAUTER, D. S. et al. Câncer de mama: estudo caso controle no Sul do Brasil. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 19-26, jan./abr. 2014

LEITE, F. P. et al. Análise cienciométrica sobre a relação da vivência de eventos de vida produtores de estresse e desenvolvimento de câncer. *Cinergis*, Santa Cruz do Sul, v.17, n. 3, p. 257-262, jul./set. 2016.

LISS, M. A. et al. Exercise Decreases and smoking increases bladder cancer mortality. *Clinical Genitourinary Cancer*. v.15, n. 3, p. 391-395, jun/2017.

LOPES –JUNIOR, L.C; LIMA, R.A.G. Cuidado ao câncer e a prática interdisciplinar. *Caderno de Saúde Pública*, v.35, n.1, 2019.

MALTA, D. C. et al. Tendência das taxas de mortalidade de câncer de pulmão corrigidas no Brasil e regiões. *Revista de Saúde Pública*, v. 5, n.33, p. 1-10. 2016.

MATOS, G. D. R.; PULSCHEN, A.C. Qualidade de Vida de Pacientes Internados em uma Unidade de Cuidados Paliativos: um Estudo Transversal. *Revista Brasileira de Cancerologia*; v. 61, n. 2, p. 123-129, 2015.

MENDES, E. C., VASCONCELLOS L. C. F. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v.39, n. 106 p.881-892, Jul/Set, 2015.

MILLER, K. D. et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*. v. 64, n. 4, p. 271- 289, jul/ago 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. *Emancipação*, v. 10, n. 2, p. 435-442, 2010.

MIRANDA, T. V. et al. Estado nutricional e qualidade de vida de pacientes em tratamento quimioterápico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, n. 59 v. 1, p. 57-64, 2013.

MORENO-SMITH, M; LUTGENDORF, S. K; SOOD, A. K. Impact of stress on câncer metastasis. *Future Oncology*, v. 6, n. 12, p.1863-1881, 2010.

MOTA, D. D. C. F., PIMENTA, C. A.M. Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. *Revista brasileira de cancerologia*, v. 48, n. 4, p. 577-583, 2002.

NASCIMENTO, A. N. et al. Estratégias de enfrentamento de familiares de mulheres acometidas por câncer de mama. *Ciência, cuidado e Saúde*, v. 10, n. 4, p.789-794, 2011.

NOBRE, Moacyr Roberto Cucê. Qualidade de vida. *Arquivos Brasileiros Cardiologia*, v.64, n 4, p. 299-300, 1995.

NUMICO, G. et al. Hospital admission of cancer patients: avoidable practice or necessary care?, *PLOS ONE Journal*. v.10, n.3, p. 1-10, March, 2015.

OLIVEIRA, M. A. C. A interdisciplinaridade no ensino e na pesquisa em Enfermagem. *Revista da escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.46, n.2, p.01-02, 2012.

OLIVEIRA, C. P.; MORAES, M. A.; MOURA, T. C. Intervenções cognitivo comportamentais para gerenciamento de estresse em pacientes oncológicos: uma revisão sistemática. *Universitas: Ciências da Saúde, Brasília*, v. 14, n. 2, p. 125-132, jul/dez, 2016.

PANZINI, R. G. et al. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. *Revista Saúde Pública*, São Paulo v.45, n.1, p. 153-165, Fevereiro 2011.

RANGEL, O. TELLES, C. Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v.11, n.2, p. 32-37, abr/jun 2012.

RANGEL, C.N. et al; Considerações sobre a relação entre o consumo de bebidas muito quentes e câncer: café e chá-mate em foco. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 62, n. 2, p. 155- 158, 2016.

RIBEIRO, A. F.; SOUZA, C. A. O cuidador familiar de doentes com câncer. *Arquivos de Ciências da Saúde*, v.17, n.1, p.22-27, 2010.

RIBEIRO, J. L. et al. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnósticos e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psicoespirituais. *Revista Fundamental Care Online*. v.8, n.4, p. 5136-5142, out/nov/dez 2016.

SANTANA P. X. S.; BORGES J. N.; BARROS, Â. M. S. M. Qualidade de vida do paciente portador de câncer de próstata em hormonioterapia. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit*, Aracaju, v. 2, n. 3, p. 111-128, mar/2015.

SALES C. A. et al. Cuidar de um familiar com câncer: o impacto no cotidiano de vida do cuidador. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.12, n.4, p.616-621, out/dez, 2010.

SANTOS, Priscila Mari dos. Principais instrumentos da avaliação da qualidade de vida de idosos no Brasil: Vantagens e desvantagens na utilização. *Corpoconsciência*, Cuiabá, v. 19, n.02, p. 25-36, mai/ago 2015.

SAWADA, N. O. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. *Revista Escola de Enfermagem*. São Paulo, v.43, n. 3, p. 584-584, 2009.

SCHUCH, Denisi. *Análise do perfil dos pacientes com diagnóstico de câncer em Sinimbu – RS.2013*. 43f. Monografia (Graduação de Enfermagem) - Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul, 2013.

SIEGEL, R. et al. Cancer statistics, 2017. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. v.67, n.1, p7-30, jan/fev, 2017.

SILVA C. S. et al. Psicologia e câncer: um olhar multidisciplinar. *GEP NEWS*. v.1, n.2, p.64-68, abr. /jun. 2017

SILVA, J. B. et al. Fumicultores da zona rural de Pelotas (RS), no Brasil: exposição ocupacional e a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI). *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v37, n. 97, p. 347-353, abr/jun/2013.

SILVA, V. P. et al. Câncer de pele: usos de medidas preventivas e perfil demográfico de um grupo de risco na cidade de Mossoró/RN. *Revista extendere*. v. 4, n. 1, p. 1-9, jan/jun 2016.

SOUZA, Cristiano de Pádua. *Perfil de expressão de micro RNAs e seus alvos moleculares em carcinoma pulmonar*.2016.48f. Tese (doutorado em Bases gerais de cirurgia, área: Biologia Molecular e Genética aplicadas à cirurgia) - Faculdade de medicina da Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho. Botucatu, 2016.

SOUZA, J. A.; FORTES, R. C. Qualidade de vida de pacientes oncológicos: Um estudo baseado em evidências. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*; v2. p.183-192, jul-dez 2012.

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* v. 10, p1403-1409, 1995.

TORRE-LUQUE, A. et al. Psychological treatments to improve quality of life in cancer contexts: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, v.16, n2 p 211-219, 2016.

VARGAS, E. T. Estudo da distribuição da mortalidade por neoplasias no município de Carazinho/ RS – 2001/2004. *Revista de Iniciação Científica da ULBRA*. v.1 , n1. p. 104-113, 2005.

VARELA, Ana Inês Severo. *Cuidados paliativos em oncologia: cartilha educativa*. 2016. 130f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2016.

VELLOSO, M. P. et al. Interdisciplinaridade e formação na área de saúde coletiva. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.257-271, janeiro/abril, 2016.

ANEXOS

ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

O presente estudo tem por objetivo principal analisar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos internados no Hospital Beneficente de Sinimbu (HBS), durante o período de outubro de 2017 a outubro de 2018. Relacionar a qualidade de vida com aspectos de acesso ao atendimento médico e outros fatores, como internações repetitivas, deslocamento para outro município e a relação afetiva familiar. Esse estudo tem importância para conseguir auxiliar os pacientes e seus familiares em questões psicológicas, contribuir com as estatísticas de casos de câncer no município de Sinimbu, prestar atendimento interdisciplinar de forma integral aos pacientes e ainda disseminar a política de promoção da saúde.

A análise será possível após a aplicação do questionário *WHOQOL-bref*, específico para a qualidade de vida. Os entrevistados serão pacientes internados no HBS, de ambos os gêneros, idade, raça, internados pelo Sistema Único de Saúde, planos de saúde ou particular.

O estudo não provocará risco ou danos aos pacientes, possivelmente poderá gerar desconforto devido à locomoção do leito até a sala onde será realizada a entrevista. Caso o paciente opte em permanecer no leito, será mantida a sua decisão.

Após a análise dos dados, será possível auxiliar o paciente e seus familiares para encaminhamento ao serviço de referência em tratamento oncológico, e possivelmente alterar aspectos e procedimentos durante o processo de internação. O estudo será financiado pela própria pesquisadora e será factível.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desse instrumento.

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é o professor Doutor Daniel Prá, telefone 51 99945-4655 e Denisi Schuch, telefone 51 98433-8203

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data __ / __ / ____

Nome e assinatura do paciente/
representante legal

Nome e assinatura do responsável pela
obtenção do presente consentimento

ANEXO B - CARTA DE ACEITE

Santa Cruz do Sul, 03 de agosto de 2017.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, CEP-UNISC.

Prezados Senhores,

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa intitulado: “ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL”, desenvolvido pela mestrandia Denisi Schuch do Curso programa de Pós graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC, sob a orientação do professor doutor Daniel Prá bem como os objetivos e a metodologia da pesquisa e autorizamos o desenvolvimento no Hospital Beneficente de Sinimbu.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP-UNISC, conhecer e cumprir as Resoluções do CNS 466/12 e 510/2016 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para tanto.

Atenciosamente,

Direção da Instituição
(carimbo e assinatura)

Representante legal da Instituição
(carimbo e assinatura)

ANEXO C - QUESTIONÁRIO DADOS SOCIO-ECONÔMICO E ESTILO DE VIDA

Número do Inscrição _____ Tipo de CA: _____

Nome completo: _____
 CPF: _____ RG: _____
 Data de nascimento ____ / ____ / _____
 Endereço: _____ Bair
 ro: _____ Cidade _____ UF: _____
 CEP: _____ Telefone: _____
 Estado civil: _____ Nº de filhos: _____

01) Quantos membros da sua família moram com você?

1 2 3 4 5 mais de 5

02) Quadro Familiar

Abaixo deverão ser lançados dados sobre sua família de origem. VOCÊ INCLUSIVE.

Membro da família	Idade	Escolaridade	Parentesco	Profissão	Renda Mensal (Valor Bruto)
Renda Bruta Total da Família: R\$			Renda per capita R\$		

03) Você ou algum membro de sua família são beneficiários de Programas Sociais (Bolsa Família, Benefício de Assistência Social, etc.)?

Sim. Qual? _____ Valor R\$: _____

Não.

04) Você e sua família residem? Zona Urbana Zona Rural

05) Você e sua família residem? Imóvel próprio Imóvel Alugado

06) Marque as características que melhor descrevem a sua casa . Pode marcar mais de uma opção.

Residência com acabamento.

Residência sem acabamento (sem reboco, pintura, piso, banheiros inacabados, etc.)

Possui: Rede de Esgoto Fossa Banheiro Chuveiro Água Luz

Cobertura: Laje Telha Outros.

Piso: Cimento Taco Cerâmica Outros.

Número de Cômodos: _____

07) Qual seu grau de escolaridade?

não alfabetizado

ensino fundamental incompleto.

- ensino fundamental completo.
 ensino médio incompleto.
 ensino médio completo.
 ensino superior incompleto.
 ensino superior completo.

08) Você trabalha atualmente?

Sim Onde? _____

Não

09) Qual atividade você desenvolve em seu dia a dia?

10) Quais suas habilidades e quais as atividades que você gosta de desenvolver?

QUESTIONÁRIO SOBRE ESTILO DE VIDA

11) Quais são seus hábitos alimentares?

- alimentação saudável alimentos com gordura alimentos com embutidos
 consumo diário de frutas e verduras

12) Você faz uso de bebida alcoólica?

- sim. Quantas vezes por semana: _____ não

13) você é ou foi tabagista?

- sim. Quantos cigarros por dia (média) _____ Quantos anos fuma? _____ não

14) Você faz alguma atividade física regularmente?

- sim. Quantas vezes por semana: _____ não

Quais atividades você realiza:

ANEXO D -Instrumento de coleta aplicado no estudo 2 – WHOQOL-bref

Tabela 1 - Domínios e facetas do WHOQOL-bref.

Domínio 1 - Domínio físico

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso
9. Mobilidade
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho

Domínio 2 - Domínio psicológico

4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração.
6. Auto-estima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos
24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Domínio 3 - Relações sociais

13. Relações pessoais
14. Suporte (Apoio) social
15. Atividade sexual

Domínio 4 - Meio ambiente

16. Segurança física e proteção
17. Ambiente no lar
18. Recursos financeiros
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
21. Participação em, e oportunidades de recreação/ lazer
22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
23. Transporte

Fleck, (2000); Fleck et al.; (1999).

ANÁLISE DO WHOQOL-BREF

O módulo WHOQOL-BREF é constituído de 26 perguntas (sendo a pergunta numero 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral), as respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Fora essas duas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas as quais compõem 4 domínios que são: FÍSICO, PSICOLÓGICO, RELAÇÕES SOCIAIS e MEIO AMBIENTE.

É UM POUCO DIFERENTE DO WHOQOL-OLD. NESTE INSTRUMENTO TERÁ QUE APARECER O RESULTADO SOMENTE EM MÉDIA (1 A 5) POR DOMÍNIO E POR FACETA.

ATENÇÃO!!!

NESTE INSTRUMENTO É NECESSÁRIO TAMBÉM RECODIFICAR O VALOR DAS QUESTÕES 3, 4, 26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)

AS PERGUNTAS 1 E 2 DEVERÃO APARECER DA SEGUINTE FORMA.

1 – PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (RESULTADO EM MÉDIA 1 A 5);

2 – SATISFAÇÃO COM A SAÚDE (RESULTADO EM MÉDIA 1 A 5)

CADA FACETA É SÓ SOMAR OS VALORES DA ENTREVISTA (DE 1 A 5) E DIVIDIR PELO NUMERO DE PARTICIPANTES. FAZER UMA MÉDIA ONDE O RESULTADO VAI SER DE 1 ATÉ 5.

ABAIXO ESTÃO OS DOMÍNIOS E SUAS FACETAS CORRESPONDENTES CADA FACETA COM UM NUMERO IDENTIFICADOR CONFORME O QUESTIONARIO JÁ ENVIADO.

Domínios e facetas do WHOQOL-bref.

Domínio 1 - Domínio físico

- 3. Dor e desconforto
- 4. Energia e fadiga
- 10. Sono e repouso
- 15. Mobilidade
- 16. Atividades da vida cotidiana
- 17. Dependência de medicação ou de tratamentos
- 18. Capacidade de trabalho

PARA CALCULAR O DOMÍNIO FÍSICO É SÓ SOMAR OS VALORES DAS FACETAS E DIVIDIR POR 7. (Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)/7.

MESMO FORMATO DEVE SER FEITO NOS DEMAIS DOMÍNIOS.

Domínio 2 - Domínio psicológico

- 5. Sentimentos positivos
- 6. Pensar, aprender, memória e concentração
- 7. Auto-estima
- 11. Imagem corporal e aparência
- 19. Sentimentos negativos
- 26. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

PARA CALCULAR O DOMÍNIO PSICOLÓGICO É SÓ SOMAR OS VALORES DAS FACETAS E DIVIDIR POR 6. (Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)/6

Domínio 3 - Relações sociais

- 20. Relações pessoais
- 21. Suporte (Apoio) social
- 22. Atividade sexual

PARA CALCULAR O DOMÍNIO RELAÇÕES SOCIAIS É SÓ SOMAR OS VALORES DAS FACETAS E DIVIDIR POR 3. (Q20,Q21,Q22)/3

Domínio 4 - Meio ambiente

- 8. Segurança física e proteção
- 9. Ambiente no lar
- 12. Recursos financeiros
- 13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
- 14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
- 23. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
- 24. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
- 25. Transporte

PARA CALCULAR O DOMINIO MEIO AMBIENTE É SÓ SOMAR OS VALORES DAS FACETAS E DIVIDIR POR 8. (Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)/8

TODOS OS RESULTADOS VÃO SER EM MÉDIA TANTO NO DOMINIO QUANTO NAS FACETAS. QUANTO AOS RELATORIOS MESMO FORMATO DO WHOQOL-OLD. OPÇÃO PARA IMPRIMIR PARA ALUNOS O RELATORIO COMPLETO (COM DOMINIO, AS FACETAS, AS PERGUNTAS UM E DOIS E A CLASSIFICAÇÃO **necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5)**) E RESUMIDO COM OS RESULTADOS DAS QUESTOES UM E DOIS **necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5)**. OS DADOS TABULADOS DEVEM SER COMPATÍVEIS PARA IMPORTAÇÃO PARA O EXCEL, CASO SEJA NECESSÁRIO.

WHOQOL – ABREVIADO (FLECK et al, 2000) - Versão em Português

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	-	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer

certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Referencias

The Whoqol Group: The word Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. Soc. Sci. Med, 1995, 41(10):1403-1409.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Revista de saúde pública, 2000, 34(2):178-183

ANEXO E - NORMAS DA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA – B1

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.

Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.

Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.

Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos. 2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. Palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE

(<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser

enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). 4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.*)

Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, OliveiraFilho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

ANEXO F – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

Ciência & Saúde Coletiva**QUALIDADE E ESTILO DE VIDA DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EM UM MUNICÍPIO DO
INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL.**

Journal:	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>
Manuscript ID	CSC-2020-0289
Manuscript Type:	Free Theme Article
Keywords:	neoplasia, perfil de saúde, hospitalização, fatores de risco, qualidade de vida

SCHOLARONE™
Manuscripts