



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

LUCIANA MARYA GUSMÃO TARTUCE

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES OPERADOS POR
CÂNCER DO APARELHO GASTROINTESTINAL**

**Goiânia
2016**

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ **Dissertação** ☐ **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Nome completo do autor: **Luciana Marya Gusmão Tartuce**

Título do trabalho: **Qualidade de Vida de Pacientes Operados por Câncer do Aparelho Gastrointestinal**

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ **SIM** ☐ **NÃO**¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

2016.

Assinatura do (a) autor (a) ²

Data: 23 /11 /

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

²A assinatura deve ser escaneada.

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ **Dissertação** ☐ **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

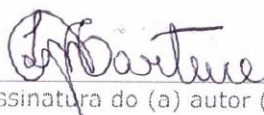
Nome completo do autor: **Luciana Marya Gusmão Tartuce**

Título do trabalho: **Qualidade de Vida de Pacientes Operados por Câncer do Aparelho Gastrointestinal**

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ **SIM** ☐ **NÃO¹**

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.



Assinatura do (a) autor (a) ²

Data: 23 /11 / 2016.

Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

1 - a assinatura deve ser acompanhada

LUCIANA MARYA GUSMÃO TARTUCE

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES OPERADOS POR
CÂNCER DO APARELHO GASTROINTESTINAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde da Universidade Federal de Goiás
para obtenção do Título de Mestre em
Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Valeriana de Castro
Guimarães
Co-orientador: Prof. Dr. Sebastião Benício da
Costa Neto

**Goiânia
2016**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG

Gusmão Tartuce, Luciana Marya

Qualidade de Vida de Pacientes Operados por Câncer do Aparelho
Gastrointestinal [manuscrito] / Luciana Marya Gusmão Tartuce. -
2016.

9, 182 f.: il.

Orientador: Profa. Valeriana de Castro Guimarães; co-orientador
Dr. Sebastião Benício da Costa Neto.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás,
Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação em Ciências
da Saúde, Goiânia, 2016.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de figuras, lista
de tabelas.

1. qualidade de vida. 2. pacientes operados. 3. câncer do aparelho
gastrointestinal . I. de Castro Guimarães, Valeriana , orient. II. Título

CDU 159.9

Ata de Defesa de Dissertação de Mestrado realizada por **Luciana Marya Gusmão Tartuce**. Aos **inte sete dias do mês de outubro de 2016**, às 09:00 horas, reuniu-se na **Faculdade de Medicina/UFG**, a Comissão Julgadora infra nomeada para proceder ao julgamento da Defesa de Dissertação de Mestrado intitulada "**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES OPERADOS POR CÂNCER DO APARELHO GASTROINTESTINAL**", como parte de requisitos necessários à obtenção do **título de Mestre**, área de concentração **Dinâmica do Processo Saúde-Doença**. A Presidente da Comissão julgadora, **Profª. Drª. Valeriana de Castro Guimarães**, iniciando os trabalhos concedeu à palavra a candidata, para exposição em até **50** minutos do seu trabalho. A seguir, a senhora presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos Examinadores os quais passaram a arguir a candidata durante o prazo máximo de 30 minutos, assegurando-se ao mesmo igual prazo para responder aos Senhores Examinadores. Ultimada a arguição que se desenvolveu nos termos regimentais, a Comissão, em sessão secreta, expressou seu Julgamento considerando a candidata aprovada ou reprovada.

Banca Examinadora

Aprovado(a)/Reprovado(a)

Profª. Drª. Valeriana de Castro Guimarães - Presidente
Profª. Drª. Maria Alves Barbosa – Membro
Profª. Drª. Telma Noleto Rosa Franco – Membro
Profª. Drª. Neuma Chaveiro – Suplente
Profª. Drª. Maria Alice Coelho – Suplente

APROVADA
Aprovada
APROVADA

Em face do resultado obtido, a Comissão Julgadora considerou a candidata **Luciana Marya Gusmão Tartuce** () Habilitada () Não habilitada. Nada mais havendo a tratar, eu, **Profª. Drª. Valeriana de Castro Guimarães**, lavrei a presente ata que, após lida e achada conforme foi por todos assinada.

Assinatura:

Profª. Drª. Valeriana de Castro Guimarães - Presidente
Profª. Drª. Maria Alves Barbosa – Membro
Profª. Drª. Telma Noleto Rosa Franco – Membro
Profª. Drª. Neuma Chaveiro – Suplente
Profª. Drª. Maria Alice Coelho – Suplente

Valeriana
Maria Alves Barbosa
Telma Noleto Rosa Franco
Neuma Chaveiro
Maria Alice Coelho

A banca examinadora aprovou a seguinte alteração no título da Dissertação:

Luciana Marya Gusmão Tartuce
Luciana Marya Gusmão Tartuce

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
da Universidade Federal de Goiás**

**BANCA EXAMINADORA DA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

Aluno(a): LUCIANA MARYA GUSMÃO TARTUCE

Orientador(a): Prof^a. Dra. Valeriana de Castro Guimarães

Co-Orientador(a): Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto

Membros:

1. Prof^a. Dra. Valeriana de Castro Guimarães

2. Prof^a. Dra. Maria Alves Barbosa

3. Prof^a. Dra. Telma Noletto Rosa Franco

Suplentes:

4. Prof^a. Dra. Maria Alice Coelho

5. Prof^a. Dra. Neuma Chaveiro

Data: 27/10/2016

Dedico esta dissertação

À minha família, colegas de trabalho e orientadores
pelo apoio, força, incentivo e companheirismo. Sem
eles nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado saúde, força interior e coragem para superar as dificuldades, iluminando meu caminho durante esta jornada.

A minha orientadora Prof^a Dra. Valeriana de Castro Guimarães, por ter recebido meu trabalho de forma profissional, pela liberdade e confiança, além do suporte e correções fomentando em minha o apreço pela pesquisa.

Ao meu co-orientador Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto, por sua ajuda nos momentos mais críticos, por acreditar no futuro deste projeto e contribuir para o meu crescimento profissional, e por ser também um exemplo a ser seguido. Sua participação foi fundamental para a realização deste trabalho.

À Prof^a Dra. Maria Alves Barbosa, a Prof^a Dra. Telma Noleto Rosa e Prof^a Dra. Maria Alice Coelho, obrigada por terem compartilhado seu conhecimento, seu precioso tempo e experiência profissional, a contribuição de vocês é inestimável.

À Prof^a Dra. Neuma Chaveiro pela disponibilidade em contribuir com meu trabalho e dispor de sua atenção.

A todos os colegas da seção de Psicologia do HC/UFG, aos presentes e aos que já encerraram sua contribuição, obrigado pelo apoio, pelo convívio diário e o enfrentamento conjunto de sofrimentos tão intensos.

Aos estagiários e residentes que exigiram de mim a necessidade de me aperfeiçoar e ser cada dia uma preceptora mais qualificada me motivando para a realização deste mestrado.

Aos pacientes que assisti em minha vida profissional, que dividiram comigo seu sofrimento e me ensinaram a ser melhor como pessoa e profissional. Embora não tivessem conhecimento disto, iluminaram de maneira especial os meus pensamentos me levando a buscar mais conhecimentos. Em especial aos pacientes que participaram espontaneamente deste trabalho. Por causa deles é que esta dissertação se concretizou. Vocês merecem meu eterno agradecimento.

Aos amigos agradeço pelo estímulo e pelos momentos de descontração que tornaram essa tarefa menos estressante.

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena. O meu agradecimento.

Por fim agradeço a minha família. Deixei vocês por último, porque sempre deixo o melhor para o final, e vocês são o melhor da minha vida.

Aos meus amores de quatro patas: Hanna e Amora, vocês estão presentes nessa dissertação, pois estavam “literalmente” aos meus pés durante sua escrita, sempre demonstrando seu amor incondicional.

A minha cunhada Daniela pela motivação e brincadeiras descontraídas dizendo ser “chique” ter uma cunhada mestre.

Papai, obrigada você foi um referencial de realidade e me ensinou a ser justa.

Mamãe, não tenho palavras para agradecer seu cuidado, dedicação, apoio e amor incondicional a longo desta jornada de dissertação e de muitas outras em minha vida. Você é minha fortaleza.

Obrigada irmãs, Lisandra e Lianna, pelo apoio, carinho, amizade e exemplo de profissionais qualificadas e bem sucedidas. Agradeço por estarem ao meu lado, sempre.

Ao meu esposo, Rodrigo, companheiro de tantos anos e de tantas lutas, obrigada por me impulsionar, por acreditar na minha competência, nos meus sonhos e ajudar a concretizá-los.

As minhas lindas filhas pelo amor, carinho, encorajamento e compreensão, aceitando meus momentos de ausência sem cobranças. Ana Laura e Marya Luísa vocês são minha razão de viver.

Amo muito todos vocês!!!

SUMÁRIO

RESUMO	06
ABSTRACT	07
APRESENTAÇÃO	08
1. INTRODUÇÃO	11
1.1. Câncer	12
1.2. Cirurgia como tratamento	17
1.3. Qualidade de Vida	19
1.4. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida	22
2. OBJETIVOS	27
2.1. Objetivo geral	27
2.2. Objetivos específicos	27
3. MÉTODO	28
3.1. Tipo de estudo	28
3.2. Participantes do estudo	28
3.3. Critérios de inclusão	28
3.4. Critérios de exclusão	28
3.5. Instrumentos	28
3.6. Análise de dados	29
3.7. Procedimentos	34
3.8. Aspectos éticos	34
4. PUBLICAÇÕES	35
4.1. Artigo 1 - Qualidade de Vida de pacientes cirúrgicos com câncer gastrointestinal: Revisão da Literatura	36
4.2. Artigo 2 - Qualidade de vida de pacientes operados por câncer gastrointestinal: estudo comparativo das fases 30 e 60 dias pós cirurgia	61

4.3. Artigo 3 - Saúde Geral e Qualidade de vida de pacientes operados por câncer gastrointestinal	83
CONCLUSÃO	101
CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
REFERÊNCIAS	106
APÊNDICE E ANEXOS	115

TABELAS, QUADROS, FIGURAS, GRÁFICO E ANEXOS

Quadro 1	Estimativa de cânceres mais incidentes no Brasil/2016	13
Quadro 2	Estimativa de cânceres mais incidentes em Goiás/2016	14
Figura 1	Aparelho gastrointestinal	15
Figura 1 (artigo 1)	Fluxograma do processo de seleção dos artigos articulando qualidade de vida, câncer gastrointestinal e paciente cirúrgico	45
Quadro 1 (artigo 1)	Frequência de artigos sobre qualidade de vida, câncer gastrointestinal e paciente cirúrgico, segundo critérios de exclusão estabelecidos	46
Quadro 2 (artigo 1)	Instrumentos mais utilizados para avaliar QV do paciente cirúrgico com câncer do aparelho gastrointestinal e número de artigos em que se relata sua utilização	49
Gráfico 1 (artigo 1)	Número de publicações articulando qualidade de vida, câncer gastrointestinal e paciente cirúrgico, por ano	47
Tabela 1 (artigo 2)	Perfil sociodemográfico de pacientes dos pacientes cirúrgicos com câncer gastrointestinal (N=31)	70
Tabela 2 (artigo 2)	Prevalência de diagnóstico de pacientes operados por câncer gastrointestinal	70
Tabela 3 (artigo 2)	Avaliação e comparação da QV – WHOQOL-bref, 30 e 60 dias após a cirurgia de pacientes operados por câncer gastrointestinal	71
Tabela 4 (artigo 2)	Avaliação e comparação da QV – EORTC QLQ C-30, 30 e 60 dias após a cirurgia de pacientes operados por câncer gastrointestinal	72
Tabela 5 (artigo 2)	Correlação fatores sociodemográficos e QV de pacientes operados por câncer gastrointestinal	73
Tabela 2 (artigo 3)	Avaliação e comparação da Saúde Geral de pacientes operados por câncer gastrointestinal, 30 e 60 dias após a cirurgia	91
Tabela 3 (artigo 3)	Correlação Saúde Geral e escores de QV - WHOQOL-bref de pacientes operados por câncer gastrointestinal	92
Tabela 4 (artigo 3)	Correlação Saúde Geral e escores de QV - EORTC QLQ C-30 de pacientes operados por câncer gastrointestinal	92
Apêndice I	Questionário Sociodemográfico	116
Anexo I	Parecer do Comitê de Ética	117
Anexo II	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	120
Anexo III	Roteiro de Avaliação Psicológica e de Exame Psíquico	124
Anexo IV	Questionário de Saúde Geral	131

Anexo V	Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS – WHOQOL-bref	137
Anexo VI	Questionário de Qualidade de Vida da European Organization for Research and Treatment of Cancer - EORTC QLQ-C30	141
Anexo VII	Normas de publicação das respectivas revistas	143

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

APA	American Psychological Association
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EORTC QLQ C-30	European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire
HC	Hospital das Clínicas
HRQL	Health Related Quality of Life
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LILACS	Literatura Latino Americana de Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PEPsic	Periódicos Eletrônicos em Psicologia
PET/CT	Tomografia Computadorizada por Emissão de Pósitrons
PSA	Prova de Antígeno Prostático
PUBMED	Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos
QSG	Questionário de Saúde Geral
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SEED	Schlumberger Excellence in Education Development
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THE WHOQOL GROUP	The World Health Organization Quality of Life Group
TNM	Tumor, Linfonodo e Metástase
UFG	Universidade Federal de Goiás
WHOQOL 100	World Health Organization Quality of Life instrument
WHOQOL-bref	World Health Organization Quality of Life abbreviated instrument

RESUMO

TARTUCE, L. M. G. **Qualidade de Vida de Pacientes Operados por Câncer do Aparelho Gastrointestinal** (Dissertação). Goiânia: Faculdade de Medicina/UFG. 2016.

A mudança do perfil de morbi-mortalidade aponta aumento da expectativa de vida do ser humano e crescimento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, tais como o câncer. Considerando o impacto que este diagnóstico e seu tratamento, principalmente o cirúrgico, exercem sobre o enfermo e seu meio social e familiar, há de se preocupar com a Saúde Geral (SG) e a Qualidade de Vida (QV) percebida pelo indivíduo. O objetivo geral do estudo foi avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes operados por câncer do aparelho gastrointestinal assistidos na clínica cirúrgica de um hospital universitário. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e quantitativo, realizado com 31 pacientes, em sua maioria mulheres, provenientes da capital de Goiás, com faixa etária entre 60 e 69 anos, casados, aposentados, católicos, nível de escolaridade fundamental, com diagnóstico predominante de câncer colorretal, atendidos na clínica cirúrgica do HC/UFG. Os instrumentos utilizados foram: Questionário Sociodemográfico, QSG, WHOQOL-*bref* e EORTC QLQ-C30. Os dados sociodemográficos e o diagnóstico foram computados em sua frequência e média. O WHOQOL-*bref*, o EORTC QLQ-C30 e QSG foram avaliados de acordo com seus manuais de recomendação. Os dados coletados foram sistematizados no programa estatístico SPSS, versão 18.0. A qualidade de vida foi considerada regular nos dois momentos avaliados (30 e 60 dias pós-cirúrgico), sendo o domínio Físico o mais afetado. Quanto à saúde geral, o QSG apontou comprometimento no fator distúrbio do sono na avaliação de 30 dias, sendo que na avaliação de 60 dias todos os fatores já estavam dentro da normalidade. A correlação entre os fatores de SG e escores de QV da EORTC C-30 mostrou haver impacto positivo e significativo em todas as dimensões: quanto melhor avaliada a saúde geral, melhor foi avaliada a QV. Contudo, na correlação da SG e a QV avaliada por meio do WHOQOL-Bref, apenas houve correlação significativa e positiva entre SG e as Dimensões Física e Meio Ambiente. Concluiu-se que avaliar a QV de enfermos é um processo complexo pelas características de subjetividade e multidimensionalidade envolvidas, fazendo-se necessário o uso de instrumentos válidos e confiáveis. O procedimento cirúrgico trouxe benefícios aos participantes deste estudo sendo que metodologias qualitativas poderiam ser acrescidas para a compreensão dos sentidos atribuídos pelos enfermos, com vivências similares de tratamento do câncer, aos diversos fatores de sua QV e de sua SG, ao longo do *follow-up*. A avaliação da percepção da QV e da SG pode ser inserida na prática clínica e nos cuidados regulares dos enfermos.

Palavras-chave: qualidade de vida, pacientes operados, câncer do aparelho gastrointestinal

ABSTRACT

TARTUCE, L. M. G. **Quality of Life among Patients Who Underwent Surgical Intervention for Gastrointestinal Cancer** (Dissertation). Goiânia: Faculdade de Medicina/UFG. 2016.

The changing profile of morbidity and mortality points to an increase in both life expectancy of human beings and the growing prevalence of chronic degenerative diseases, such as cancer. Regarding the impact that both diagnosis and treatment, especially, surgical one, have on patients, their families, and social environment, it is worth caring about the overall health (OH) and Quality of Life (QOL) as perceived by the individual. The main objective of this study was to assess health-related QOL among patients undergoing surgeries for gastrointestinal cancer who were treated in a surgery clinic of a school hospital. It is a descriptive exploratory quantitative study, carried out with 31 patients, mostly women, from the capital of Goiás, aged between 60 and 69 years old, catholic, married, retired, with elementary level of education, predominantly diagnosed with colorectal cancer, all of them treated at the Surgery Clinic of the HC/UFG. The instruments used were: Socio-demographic Questionnaire, QSG, WHOQOL-bref and EORTC QLQ-C30. The socio-demographic data and diagnosis were assessed regarding its frequency and average. The WHOQOL-bref, EORTC QLQ-C30 and QSG were assessed according to their manuals and guidelines. The data collected was organized in the SPSS 18.0 statistical program. The quality of life was considered to be regular in two moments (30 and 60 postoperative days), being the Physical domain the most affected. As for the overall health, the QSG showed some effect in the sleep disturbance factor in the 30-day assessment, and in the 60-day assessment all factors were considered normal. The correlation between the factors of OH and the EORTC QOL scores C-30 showed positive and significant impact in all dimensions: the better overall health, the better QOL. However, in the correlation of the OH and the QOL assessed through the WHOQOL-Bref, there was only significant and positive correlation between OH and the Physical Dimensions and the environment. It is concluded that assessing the QOL of sick people is a complex process due to the characteristics of subjectivity and multidimensionality involved, making it necessary the use of valid and reliable instruments. The surgical procedure has brought benefits to the participants of this study, however qualitative methodologies could be added to the understanding of the meanings as assigned by the sick people, with similar experiences of cancer treatment, to several factors of their QOL and their OH, throughout the follow-up. Thus, the evaluation of the perception of QOL and the OH can be inserted in clinical practice and regular care of sick people.

Keywords: quality of life, surgical patients, gastrointestinal tract cancer

APRESENTAÇÃO

Desde o curso de graduação, fascinei-me pela Psicologia Hospitalar e com o intuito de ampliar meus conhecimentos nesta área, especializei-me em Psicologia da Saúde e Hospitalar.

Quando passei a ser responsável pelo serviço de Psicologia da Clínica Cirúrgica do HC/UFG percebi além das queixas relacionadas ao adoecimento, que os pacientes assistidos apresentavam algumas queixas relacionadas às dificuldades em diversas áreas de suas vidas, como conflitos familiares, fatores psicológicos, inacessibilidade aos serviços de saúde, dificuldades financeiras, entre outras.

Nestes 10 anos de vivência com pacientes operados, percebi a complexidade não só do comprometimento físico, mas também dos aspectos psico-sociais destes indivíduos. Daí surgiu o meu interesse sobre o tema *qualidade de vida*, que, aliado à minha formação, fortaleceu o meu desejo de investigar o referido tema neste grupo específico.

A escolha do tema dessa dissertação ocorreu em função de minha área de atuação como psicóloga da saúde. Ciente de que um dos objetivos da Psicologia é a redução do impacto emocional da doença e/ou tratamento sobre o funcionamento integral do ser humano, compreendo que o paciente necessita de uma intervenção que atenda a múltiplas demandas. Para tanto, torna-se necessária uma reflexão profunda sobre as representações existentes no processo saúde/doença que, muitas vezes, estão na base dos comportamentos, atitudes e valores das pessoas. Desse modo, baseando-me em Calvetti *et al.* (2006), considero que a Psicologia da Saúde, por meio de uma visão interdisciplinar e na busca da promoção, prevenção e tratamento da saúde, também, tem por finalidade a melhoria da Qualidade de Vida (QV) dos indivíduos e da população.

A Psicologia da Saúde, desde 1978, é conceituada pela *American Psychological Association* (APA) como a disciplina ou o campo de especialização da Psicologia que aplica seus princípios, técnicas e conhecimentos científicos para avaliar, diagnosticar, tratar, modificar e prevenir os problemas relativos ao binômio saúde-doença – aqui entendido em sua ampla acepção, bem como para contribuir com os avanços nas políticas públicas de saúde. Vale ressaltar que a atenção ao usuário está entrelaçada de forma importante com uma formação profissional

adequada, com um exercício ético contínuo e com o desenvolvimento de pesquisas na área que possam tanto subsidiar o arcabouço teórico, quanto sustentar práticas baseadas em evidência (ANGERAMI-CAMON, 2009; ALMEIDA; MALAGRIS, 2011).

De acordo com Alves e Eulálio (2011), à medida que as pessoas adquirem maior consciência de sua saúde, conscientizam-se, também, que a responsabilidade do seu bem-estar não está apenas a cargo dos profissionais da saúde, mas, principalmente, sob sua própria custódia. Trata-se então de uma mudança de perspectiva onde o sujeito é intra-ativo em relação aos seus resultados de saúde e de doença: ele percebe, colhe informações, pensa, toma decisões e expressa os mais variados comportamentos.

Sob essa perspectiva, as orientações e intervenções implementadas pelo psicólogo da saúde junto aos pacientes, familiares e profissionais, especificamente, em instituições hospitalares, envolvem o preparo para procedimentos invasivos e visam a auxiliar no manejo e prevenção dos efeitos colaterais do tratamento. Estas ações objetivam o desenvolvimento de um repertório comportamental que auxilie paciente e família a enfrentarem de forma positiva o tratamento a exemplo, da participação ativa nos processos cirúrgicos, da mudança de crenças prejudiciais ou que levam à vulnerabilidades e da construção de estratégias adequadas de enfrentamento e manejo da dor (ALMEIDA; MALAGRIS, 2011). No seu limite, este conjunto de ações do psicólogo da saúde pode interferir de forma positiva na percepção da qualidade de vida do sujeito-enfermo.

Particularmente, essa dissertação, que abordou o tema da qualidade de vida de pessoas com câncer do aparelho gastrointestinal submetidas a processo cirúrgico está inserida na linha de pesquisa “Aspectos Clínicos e Laboratoriais das Doenças Transmissíveis e Não-Transmissíveis”, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, e seguiu o formato de artigo científico e possui a seguinte estrutura: introdução, método, resultados, considerações finais, referências bibliográficas e anexos/apêndices.

Na introdução apresentada-se a construção do objeto de investigação e o referencial teórico pesquisado. A metodologia, por sua vez, é composta de duas partes: planejamento da revisão da literatura (baseada nos critérios de revisão sistemática da literatura, excetuando-se a composição do *corpus* por escolha cega de pares) e planejamento do estudo empírico. Segue-se a exposição dos artigos

científicos, sendo o primeiro denominado “Qualidade de Vida de pacientes cirúrgicos com câncer gastrointestinal: Revisão da Literatura”.

O segundo produto denominado “Qualidade de vida de pacientes operados por câncer gastrointestinal: estudo comparativo das fases 30 e 60 dias pós-cirurgia”, baseia-se no método do estudo empírico quantitativo, e disserta sobre a qualidade de vida de pacientes operados de um hospital universitário de Goiás.

O terceiro produto também se baseia no método do estudo empírico quantitativo, denominando “Saúde Geral e Qualidade de vida de pacientes operados por câncer gastrointestinal” e discorre sobre saúde geral e qualidade de vida de pacientes operados de um hospital de referência da região metropolitana de Goiânia.

Na sequência apresentam-se as considerações finais, ressaltando os principais dados obtidos, as limitações do trabalho, as implicações clínicas do estudo e as sugestões para futuras investigações.

Ao final desta dissertação são apresentadas as referências bibliográficas e os anexos.

1 INTRODUÇÃO

A modificação do perfil de morbi-mortalidade, tendência mundial, aponta o crescimento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, tais como o câncer. O aumento da expectativa e/ou sobrevida das pessoas com tais afecções é consequência dos avanços nos tratamentos e nas possibilidades efetivas de controle dessas enfermidades, sendo que a qualidade do tempo vivido pelos enfermos crônicos tem sido de interesse crescente das ciências da saúde (SEIDL; ZANNON, 2004; ZANDONI *et al.*, 2010).

O significativo desenvolvimento da Medicina nas últimas décadas do século XX, somado à melhoria das condições de vida, possibilita que a expectativa de sobrevivência do ser humano venha a aumentar continuamente. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2003), no começo do século XX, a expectativa de vida era em torno de 33,4 anos e, na atualidade, já passa dos 70 anos em países desenvolvidos.

A medicina vive um período de constantes mudanças e evoluções. Doenças que eram consideradas irremediáveis já podem ser tratadas, como resultado dos avanços tecnológicos que a área médica tem implantado. A medicina moderna e a tecnologia parecem inseparáveis; esta última acompanha o mundo da saúde, gerando exames e tratamentos altamente eficientes para a maioria das enfermidades.

Dentre as ferramentas que possibilitaram o avanço da medicina podem-se citar os exames diagnósticos, os exames preventivos e as distintas modalidades de tratamentos (SEED, 2009).

Supõe-se que a cirurgia como área da medicina tem sido significativamente incrementada pela tecnologia. São exemplos de técnicas e tecnologias cirúrgicas: cirurgia laparoscópica, máquina cárdio-pulmonar, hemodiálise renal, órgãos artificiais, marcapasso e próteses de membros (SEED, 2009).

Complementando esse avanço exponencial, outro componente importante da tecnologia de varredura são os computadores que têm desempenhado um papel fundamental nos avanços da medicina moderna. Eles operam os aparelhos em salas de cirurgia e em unidades de terapia intensiva. Além disso, ciência por trás das modernas práticas médicas baseia-se em pesquisas que se valem de computadores.

Esta tecnologia propicia a utilização de outra ferramenta integrada à rotina dos profissionais da saúde, a videoconferência, agente facilitador na resolução de casos e cirurgias, que amplia os recursos de comunicação entre médicos e especialistas na discussão de diagnósticos e, intervenções cirúrgicas (WISOSKY, 2015), tornando factível a colaboração entre profissionais em distintas localidades, em tempo real.

1.1. Câncer

Apesar de toda evolução tecnológica no contexto da saúde, muitas doenças permanecem sem medidas preventivas acessíveis ou com desfecho curativo alcançável, tal como em muitos casos de câncer.

O câncer é considerado um importante problema de saúde pública, devido ao aumento da incidência em todo o mundo. Representa no Brasil, a segunda causa de morte por doenças e sendo, superado apenas por doenças cardiovasculares, o impacto global da enfermidade mais que dobrou em 30 anos (INCA, 2014). Vários aspectos, tais como o diagnóstico precoce e os meios de reabilitação, física, social e psicológica, são importantes no incentivo à luta contra essa doença.

É consenso, entre profissionais da área da saúde, que câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, geralmente muito agressivas e incontroláveis, que invadem tecidos e órgãos. Uma de suas características é a capacidade de multiplicar-se rapidamente, determinando a formação de tumores malignos, que podem invadir tecidos e órgãos próximos ou outras regiões do corpo, por meio de um processo conhecido como metástase (OMS, 2015; INCA, 2016a).

Do ponto de vista genético, os tumores podem ter início em diferentes tipos de células. Quando atacam os tecidos epiteliais, são denominados carcinomas; quando os tecidos conjuntivos são o foco inicial, recebem o nome de sarcomas. Apesar dos avanços da medicina e de inúmeras pesquisas sobre o tema, esse complexo grupo de tumores, ainda carece de diagnóstico precoce e tratamento inicial adequado, o que pode causar prejuízos ao paciente (STRAUB, 2005; INCA, 2016a).

As causas de câncer são variadas, podendo ser externas, internas ou inter-relacionadas. As causas externas referem-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de uma população. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender dos agentes agressores externos (OMS, 2015; INCA, 2016a). Existem,

ainda, estudos que associam a etiologia do câncer aos fatores psicossociais (SCHÁVELZON, 2010). Em tais estudos, as características de personalidade combinadas com as da rede de suporte social, do estilo de vida e dos eventos vitais podem levar os indivíduos a uma situação de vulnerabilidade que proporcionaria o desenvolvimento do câncer.

Segundo Tavares e Trad (2005), o indivíduo predisposto ao desenvolvimento da doença oncológica apresenta uma personalidade sublinhada pela passividade, pouca emotividade, constância de hábitos, baixa agressividade ou negação da hostilidade, depressão e dificuldade na construção de vínculos afetivos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, no ano 2030, haverá a incidência de 21,4 milhões de novos casos de câncer, 13,2 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas enfrentando o diagnóstico desta enfermidade. Tal projeção se faz em decorrência do crescimento e envelhecimento da população, e da redução da mortalidade infantil e das mortes por doenças infectocontagiosas nos países em desenvolvimento. O maior reflexo desse aumento será constatado em países com baixo e médio desenvolvimento onde predominam cânceres de estômago, fígado e colo do útero, com impacto expressivo na percepção da qualidade de vida dos indivíduos enfermos e comunidades (INCA, 2014).

No Brasil, as projeções para o ano de 2016, incluindo os casos de pele não melanoma, a ocorrência será de aproximadamente, 596.000 casos novos de câncer, reforçando a gravidade da problemática do câncer no país (Quadro 1).

Quadro 1 - Estimativa de cânceres mais incidentes no Brasil/2016

TIPO DE CÂNCER	ESTIMATIVA	PORCENTAGEM %
Pele não melanoma	175.760	29
Próstata	61.200	10,3
Mama feminina	57.960	9,7
Cólon e reto	34.280	5,8
Pulmão/Traqueia/Brônquio	28.200	4,7
Estômago	20.520	3,4
Colo do útero	16.340	2,7
Cavidade oral	15.490	2,6
Outros	186.250	31,8
Total (2016)	596.000	100

Fonte: INCA 2015

Particularmente, no Brasil, o câncer de fígado não entra na lista dos dez mais frequentes; sua taxa pode variar entre um e quase cinco casos em 100 mil habitantes, sendo mais comum em homens (três vezes mais frequente) do que em mulheres. O tratamento cirúrgico (ressecção) é o mais indicado nos tumores hepáticos (INCA, 2016b).

O câncer de pâncreas, no Brasil, é responsável por cerca de 2% de todos os tipos de câncer diagnosticados e por 4% do total de mortes por essa doença. É incomum antes dos 30 anos de idade, mas torna-se, relativamente comum a partir dos 60 anos de idade (INCA, 2016c).

No Estado de Goiás, as estimativas demonstram que no ano de 2016, incluindo os casos de pele não melanoma, a ocorrência será de aproximadamente 17.810 casos novos de câncer, acentuando a magnitude da problemática da doença oncológica no estado (Quadro 2).

Quadro 2 - Estimativa de cânceres mais incidentes em Goiás/2016

TIPO DE CANCÊR	ESTIMATIVA	PORCENTAGEM %
Pele não melanoma	6.200	34,8
Próstata	2.070	11,6
Mama feminina	1.680	9,4
Cólon e reto	940	5,3
Pulmão/Traqueia/Brônquio	800	4,5
Colo do útero	600	3,4
Estômago	510	2,9
Cavidade oral	380	2,1
Outros	4.630	26
Total (2016):	17.810	100

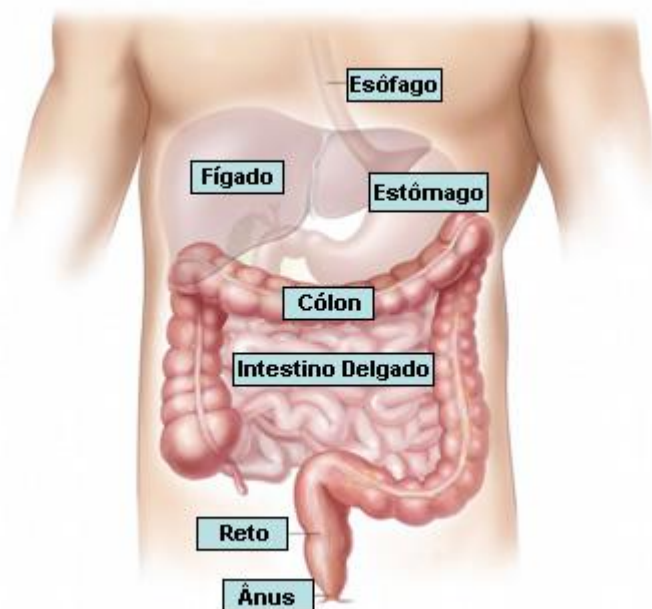
Fonte: INCA 2015

O câncer de esôfago, no estado de Goiás (INCA, 2015), é responsável por cerca de 280 casos novos de câncer (1,6%) de todos os tipos de câncer diagnosticados, acometendo três vezes mais os homens do que as mulheres (210 - homens e 70 - mulheres).

Ainda, em relação ao sexo, na região Centro-Oeste, exceto o câncer de pele não melanoma, o câncer de cólon e reto é o terceiro mais incidente entre homens e mulheres; o de estômago, para os homens, é o quarto mais incidente e para as mulheres o sexto; o de esôfago é o sexto mais incidente entre os homens e o décimo quarto ente as mulheres (INCA, 2014).

O câncer do aparelho gastrointestinal reúne os seguintes tipos: câncer do esôfago, do estômago, do intestino delgado, do pâncreas, do fígado e o colorretal (Evangelista, 2008).

Figura 1. Aparelho gastrointestinal



FONTE: Ayurveda, 2011.

A estimativa para 2015, relacionada ao câncer do aparelho gastrointestinal, foi de 257.870 casos no sexo masculino e de 260.640 casos para o sexo feminino (INCA, 2014).

Para o ano de 2015, no Brasil, esperava-se 10.780 casos novos de câncer de esôfago, 8.010 casos em homens e 2.770 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 8,18 casos novos a cada 100 mil homens e 2,70 a cada 100 mil mulheres (INCA, 2014).

Projetou-se, ainda, para o Brasil, no ano de 2015, 20.390 casos novos de câncer de estômago, sendo 12.870 casos em homens e 7.520 em mulheres. Esses valores correspondiam a um risco estimado de 13,19 casos novos a cada 100 mil homens, e 7,41 a cada 100 mil mulheres (INCA, 2014).

A previsão para o câncer colorretal, no ano de 2015 foi de 32.600 novos casos sendo 15.070 em homens e 17.530 em mulheres, esses valores correspondiam a um risco estimado de 15,44 casos novos a cada 100 mil homens e 17,24 a cada 100 mil mulheres (INCA, 2014).

As projeções feitas para o ano de 2015 ainda não se encontram disponíveis, pois as estimativas de determinado ano serão consolidadas de dois a três anos

depois de lançadas, visto que não é possível uma concretização em tempo real, provavelmente devido às condições técnicas e de recursos humanos dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), aproximadamente 30% das mortes por câncer é consequência de cinco fatores de risco, comportamentais e dietéticos: alto índice de massa corporal, reduzida ingestão de frutas e legumes, sedentarismo, consumo de tabaco e de álcool (OMS, 2015).

O diagnóstico de doença oncológica corrobora a premissa de que para vários pacientes o câncer deixou de ser uma enfermidade letal, transmutando-se em uma enfermidade crônica de longa duração, com tratamentos intrincados e por vezes tóxicos.

Em geral, a prática clínica deve levar em consideração aspectos integrais do paciente, indo para além do fazer médico e incluindo as demandas psicossociais e espirituais do enfermo e da família. Segundo Ballone (2005), a medicina, por meio de seu saber técnico e científico, conhece sobre o curso, evolução e prognóstico da doença. Entretanto podem elevar sua atenção quanto aos aspectos biográficos do paciente e dos sentidos construídos pelo mesmo quanto a sua condição de saúde-doença. Assim, poderia conhecer melhor suas inquietações, angústias, medos, sonhos, projetos, padrões, prioridades e, principalmente, desejos.

O diagnóstico de câncer, quase sempre, provoca um efeito avassalador na existência da pessoa que o recebe – e de sua família, seja pelo medo da morte ou do tratamento que pode acarretar mutilações e desfigurações, seja pelas inúmeras perdas, nas esferas emocional, social e material, que advém com o adoecimento. Calcado nesta premissa, o cuidado com o impacto emocional acarretado pela doença e/ou tratamento é fundamental na assistência ao paciente oncológico (SILVA, 2008). É pertinente salientar a necessidade de uma equipe multidisciplinar capacitada no tratamento oncológico objetivando o cuidado integral ao paciente e sua família, levando em consideração as expectativas e as escolhas do paciente.

A Psicologia postula a relevância de disponibilizar um cuidado integral, tanto ao paciente oncológico, quanto a seus familiares, cuidadores e equipe de saúde, que implica favorecer o atendimento de cinco dimensões principais – física, psicológica, social, espiritual e ética – com o propósito de manter ou favorecer a QV de todos os atores envolvidos neste cenário (AMARAL, 2010). Para alcançar este objetivo é necessário, além do controle de sintomas, o apoio à preservação da estrutura

familiar e, à comunicação adequada entre os membros da equipe multiprofissional, como também suporte emocional, espiritual e social.

A doença sempre atinge um sujeito particularizado e, por isso, o mesmo deve ser abordado dentro da sua individualidade e singularidades de personalidade, de família e de relações sociais (BALLONE, 2005).

Vale ressaltar que a vivência de adoecer com câncer é uma ocorrência depositária de distintas particularidades e que somente o Ser que experencia essa condição é capaz de outorgar o significado de ser uma pessoa com câncer, revelar este significado e avaliar sua QV (SIQUEIRA *et al.*, 2007). Para Ballone (2005), será este Ser individualizado e adoecido quem, de direito, terá autoridade sobre seu adoecimento, suas dores e suas queixas.

A tomada de consciência do Ser quando processa essa nova realidade de existir com uma doença grave, promove ações em que podem acarretar a supressão de certos projetos existenciais ou modificação destes pela situação experienciada. “Pode-se compreender que o Ser doente com câncer, a partir de nova perspectiva, passa a promover novo redirecionamento para seu viver, entretanto, as mudanças não se mostram fáceis ou desejáveis ao Ser” (SIQUEIRA *et al.*, 2007, p. 7).

Segundo Siqueira *et al.* (2007) a doença oncológica compromete a vida do enfermo, de modo global, influencia seu comportamento, suas relações sociais e afetivas, alterando até a percepção que tem de si próprio. Somado a esse cenário coexiste o estigma que o câncer trás consigo, promovendo preconceitos que contribuem para o aumento do padecimento do ser adoecido e de sua família.

Nesse sentido Ramos e Lustosa (2009, p.86) escrevem:

O câncer é uma doença extremamente temida pelo ser humano, dado que repercute intensamente em sua condição física, social e emocional. O diagnóstico é vivenciado tanto pelo paciente quanto pela família como um momento de intensa angústia, onde a possibilidade de morte se faz presente de modo impactante. Os sentimentos mais comuns apresentados são: raiva, tristeza, inquietação, ansiedade, angústia, medo e luto. Cada paciente vivencia de forma individual essa experiência, acerca de seu diagnóstico e dos aspectos psicossociais envolvidos nesse processo...

1.2. Cirurgia como tratamento

Dentre os procedimentos oncológicos destaca-se a cirurgia, utilizada como parte ou como todo do tratamento (curativa ou paliativa), definida como recurso utilizado para eliminação da patologia identificada. A cirurgia é a mais antiga forma

de tratamento dos tumores e a principal modalidade de tratamento dos tumores sólidos (INCA, 2015). O tratamento cirúrgico do câncer pode ser aplicado com finalidade curativa ou paliativa. É considerado curativo quando compreende a remoção do tumor canceroso que não tem metástase para outras partes do corpo. A cirurgia paliativa tem por objetivo reduzir a população de células tumorais ou de controlar sintomas que põem em risco a vida do paciente ou comprometem a QV da sua sobrevivência (INCA, 1993).

No procedimento cirúrgico devem ser incluídos todos os cuidados relacionados aos princípios gerais da cirurgia, além do preparo do paciente e de seus familiares acerca das modificações fisiológicas e/ou mutilações que poderão ocorrer com o tratamento proposto (INCA, 2015).

A cirurgia é um procedimento invasivo. Há uma intrusão do eu físico, ou seja, o corpo propriamente dito, e/ou do eu psíquico, isto é das emoções, dos sentimentos, das sensações e, do afeto em si (COSTA JUNIOR *et al.*, 2012). Sendo assim, o paciente cirúrgico apresenta aspectos psicológicos significativos principalmente com relação ao medo: de mostrar medo, da dor, da anestesia e de morrer. Segundo Sebastiani (1994), o medo da cirurgia tem ao menos em parte, uma base concreta. O autor pontua que embora a realidade seja sempre enriquecida pela imaginação, o medo da cirurgia nunca é imaginário em sua totalidade.

Analisando o contexto e trabalhando para um bom prognóstico emocional da relação do indivíduo com a cirurgia e o processo de pós-operatório e reabilitação, é importante o desenvolvimento de dois sentimentos indispensáveis que são a confiança e a autorização.

A questão da confiança está associada a um dos aspectos mais relevantes da relação, da equipe de saúde com o paciente, que Sebastiani (1994) denomina “entrega participativa”, ou seja, simultaneamente o paciente confia na equipe e a “autoriza” a cuidar dele e manipulá-lo, mesmo num momento em que está inconsciente, portanto sem nenhum controle. Por outro lado assume uma postura ativa, mostrando-se interessado pelo seu estado, sua evolução e esforçando-se para ajudar-se no tratamento e recuperação. Promove sua QV, mesmo diante de uma doença crônica. Assim, não ocorrendo por parte do paciente uma autorização afetiva explícita ou implícita, que estabeleça uma confiança para que se intervenha sob seu corpo e, num âmbito mais íntimo, em sua própria vida, a possibilidade de intercorrências e dificuldades ao longo do tratamento aumentam consideravelmente.

1.3. Qualidade de Vida

Uma preocupação das ciências da saúde é possibilitar uma compreensão de temas complexos e multideterminados, tais como o da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) no transcorrer do tempo. Tal situação assume importância particular em pacientes com enfermidades crônicas, ou mesmo sem esperança de cura, que mesmo sofrendo com o impacto no seu bem-estar físico, psicológico e social, apresentam condições de dar continuidade em sua vida habitual (NUNES *et al.*, 2012).

Dentre as doenças crônicas, o câncer se destaca, tanto por sua incidência, quanto pelo impacto do seu diagnóstico e tratamento; ambos podem gerar significativa desordem emocional e psicossocial nos pacientes portadores de tal moléstia, impactando diretamente na QV do indivíduo (COSTA NETO, 2002; ARANCIBIA *et al.*, 2009).

Assim como em outras afecções crônicas, vários aspectos necessitam ser elencados na avaliação da QV de pacientes com câncer: bem-estar físico, funcional, psicológico e social, e expectativas frente à recuperação, além do nível de otimismo e da prospecção de vida futura (NICOLUSSI; SAWADA, 2010).

A preocupação com a qualidade de vida tem se tornado crescente nas últimas décadas. A visão holística do homem como um ser biopsicossocioespiritual passa a ganhar espaço, em todas as esferas: social, política, econômica, empresarial, saúde e diversas outras. Devido a isso pesquisadores das mais variadas áreas de conhecimento têm concentrado seus estudos neste tema.

Qualidade de vida tem se tornado uma questão de importância para a sociedade em geral, na literatura científica e, singularmente, no campo da saúde, pois o progressivo desenvolvimento tecnológico afim à área da saúde resultou em uma maior inquietação com o assunto, sendo mesmo a tecnologia considerada, também por vezes, fator de desumanização nos cuidados da saúde (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007).

A atenção sobre a QV concerne a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorar referências mais abrangentes do que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida (CALVETTI *et al.*, 2006). Neste sentido, o debate sobre a QVRS é uma forma clara de contribuição estabelecida entre os paradigmas biomédico e psicossocial.

Segundo Almeida *et al.* (2012), desde as décadas de 1980 e 1990, o termo Qualidade de Vida (QV) foi incorporado ao vocabulário da sociedade contemporânea e tem sido usado em larga escala em três vertentes: na vida cotidiana (onde é considerado de cunho popular), no contexto da pesquisa científica (que propõe mensurar aspectos afetados pelas doenças) e em certos contextos profissionais (principalmente na área da saúde).

Almeida *et al.* (2012) expõem ainda, que o senso comum se apoderou do conceito de QV como forma de aglutinar benefícios ou um elevado padrão de bem-estar na vida das pessoas, sejam elas as melhorias categorizadas como emocionais, sejam as compreendidas como sociais ou econômicas.

Segundo Calvetti *et al.* (2006), ao se examinar a definição de QV, é necessário compreendê-la como sendo constituída por três aspectos: o bem-estar subjetivo, que remete à percepção do indivíduo, seus valores e crenças; a saúde, compreendida como um estado de bem-estar físico, mental e social e não somente como a ausência de doença; e o bem-estar social, que configura a situação do indivíduo em relação ao seu ambiente e sociedade.

Duas tendências quanto à conceituação do termo QV nesta área específica são identificadas: QV como um conceito mais genérico, que se sobressai nos estudos sociológicos; e QVRS, que enfoca aspectos associados às enfermidades, às disfunções e às intervenções terapêuticas em saúde (BELASCO; SESSO, 2006).

Abordando a primeira tendência, QV é conceituada de forma mais ampla, notadamente influenciada por estudos sociológicos, sem fazer menção a disfunções ou agravos. Essa abordagem é exemplificada com primazia pela conceituação que foi adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu estudo multicêntrico que teve por objetivo principal elaborar um instrumento que avaliasse a QV em uma perspectiva internacional e transcultural. A QV foi definida 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” (FLECK, 2008). Uma particularidade significativa que assinala estudos que focam na definição genérica do termo QV é que as amostras estudadas são compostas por pessoas saudáveis da população, nunca se limitando a amostras de pessoas portadoras de agravos específicos.

Para Arancibia *et al.* (2009), QVRS é um conceito subjetivo e multidimensional que reflete a funcionalidade e o bem-estar do paciente, inclusive, nos aspectos físico, clínico, emocional e social afins à doença ou ao tratamento.

O termo QVRS é empregado na literatura abordando aspectos mais diretamente associados às enfermidades e às intervenções em saúde (SEIDL; ZANNON, 2004; NICOLUSSI; SAWADA, 2010; ZANDONI *et al.*, 2010). É considerado um construto subjetivo e multidimensional que avalia o estado físico, funcional, cognitivo, psicológico, social, espiritual, bem-estar, sexualidade, percepções de saúde, satisfação com a vida, com o tratamento e seus resultados e perspectivas futuras, fatores estes significativos para a maioria das doenças crônicas, devido principalmente ao aumento da expectativa de vida da população (NICOLUSSI; SAWADA, 2010; ZANDONI *et al.*, 2010).

Assim, observa-se que o conceito de QV apresenta uma característica de complexidade que só pode ser melhor compreendida por meio da reflexão sobre diversas instâncias da vida de cada um, e sempre a partir da apreciação pessoal.

Segundo Costa Neto e Araujo (2003, p. 167)

ao avaliar as diferentes dimensões da qualidade de vida de sua própria vida, cada pessoa utiliza-se da aplicação de um denominador comum, composto pelos particulares processos emocional, cognitivo, experiencial e cultural. Essa seria portanto, a premissa para uma definição multidimensional de qualidade de vida.

Desta forma, Costa Neto e Araújo (2003) destacam que existe um processo de equacionamento realizado pelo indivíduo, no qual este sintetiza sua condição atual de QV, muitas vezes, considerando elementos que passariam despercebidos a um observador. Nesse sentido, também, encontra-se o aspecto subjetivo da QV e sua dependência do ponto de vista pessoal.

Para Cella e Cherin (1988), ratificados por Costa Neto e Araújo (2003), QV em saúde reporta-se à apreciação do paciente sobre sua existência, fundamentada em seu grau de contentamento com o nível de sua performance vigente, comparada ao que ele mesmo concebe ser viável ou utópico.

Segundo Minayo *et al.* (2000. p. 8), QV trata-se de:

uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar.

Segundo Fleck (2008), o conceito de QV por sua condição abrangente e por estar proximamente ligado àquilo que a própria pessoa sente e percebe, tem um valor intrínseco e intuitivo. Está intimamente relacionado a um dos anseios básicos do ser humano, que é o de viver bem e sentir-se bem. A introdução deste construto foi uma valorosa colaboração para as medidas de desfecho em saúde, entre elas pode-se citar: autonomia do paciente, tratamento adequado e ajustado a cada paciente, assertividade na resolução de pendências emocionais, sociais e/ou familiares e até qualidade de morte.

Lima e Portela (2010) conceituaram QVRS como a importância outorgada pelas pessoas, grupos ou sociedade para a extensão da sobrevida transformada por comprometimentos, estados funcionais, percepções e oportunidades sociais consequentes da doença, lesão, tratamento ou política.

Segundo Cella e Cherin (1988), no campo específico da oncologia, quando se discute QV, é preciso, portanto, contextualizá-la, também, segundo as mudanças ocorridas nas condições objetivas de saúde do enfermo, incorporando as noções e os conceitos de bem-estar, os aspectos negativos da doença e os efeitos tóxicos do tratamento.

1.4. Os instrumentos de avaliação de qualidade de vida

A dificuldade na conceituação e avaliação de QV impulsionou um pelo crescente interesse pelo construto e diversos instrumentos foram desenvolvidos com o objetivo de sistematizar as percepções subjetivas sobre o referido conceito por meio de dados objetivos, possibilitando sua interpretação durante a pesquisa em saúde (SILVEIRA *et al.*, 2013).

Na década de 70 surgiram na literatura os primeiros instrumentos habilitados a mensurar QV e, desde então, estes vem apresentando um apreciável incremento. Tais instrumentos exigem do profissional da saúde uma boa compreensão do paciente e a apreciação de suas capacidades ou limitações funcionais (BELASCO; SESSO, 2006; DUARTE; CICONELLI, 2006; VIDO; FERNANDES, 2007). Segundo os referidos autores os instrumentos de medida de QV compõem-se de questionários que medem sentimentos e autovalorização ou condutas, por meio de inquérito direto com o participante (entrevista) ou questionário auto-aplicável.

Tradicionalmente, a eficiência terapêutica é mensurada, em pesquisa oncológica, por critérios biomédicos, como diminuição do tumor, intervalo livre de

doença e toxicidade. Mas os resultados do tratamento do câncer necessitam também ser avaliados em parâmetros do que ele acarreta de limitações sociais e psicológicas ao paciente (SILVA, 2008). Desde que essa necessidade foi legitimada, sobrevida e qualidade de vida passaram a ser os dois principais propósitos do tratamento do câncer.

Segundo Nicolussi e Sawada (2010), a análise da QV do paciente oncológico é um valioso parâmetro da resposta do paciente à doença e ao tratamento. Refere-se à apreciação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, transtornos, limitações ou incapacidades que podem ser originadas nas pessoas acometidas, possibilitando um necessário conhecimento do paciente e de sua adaptação à condição de enfermidade. Sendo assim, o entendimento acerca da QV do enfermo agrega-se ao trabalho rotineiro dos serviços de saúde, pautando decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde.

Determinados tópicos são largamente valorizados no que diz respeito à existência humana, tais como o ambiente, a segurança, a moradia, a renda e a liberdade, entretanto, não são definidos como estado de saúde. Mesmo que tais parâmetros possam impactar a saúde, a avaliação do estado de saúde, usualmente, não tem incluído estes aspectos (PATRICK, 2008).

Posto que saúde e QV já tenham sido vislumbradas como sinônimos, é congruente destacar que a saúde é um domínio da QV. Deste modo, a saúde está associada à QV, havendo diversos pontos de convergência entre estas duas variáveis. Não obstante, o construto QV suplanta a sinonímia de saúde (FLECK, 2008).

Para Lima e Portela (2010), na QVRS, avalia-se os níveis de funcionamento físico e bem-estar psicológico ou funcionamento social, contudo, não se avalia características do indivíduo, que referem-se à dimensão quantitativa da funcionalidade. Já as dimensões qualitativas de QV centram-se nos traços psicológicos e sociais. Contudo, considera-se que a ruptura entre quantitativo e qualitativo seja falsa e a relação entre tais perspectivas precisa ser melhor compreendida.

De acordo com Del Castillo *et al.* (2012), são três as propriedades que um instrumento deve apresentar para que seja classificado como confiável: reprodutibilidade, validade e sensibilidade a uma alteração. A reprodutibilidade expressa que a mensuração deve apresentar valores similares em condições

constantes, mesmo após inúmeras repetições, ou seja, deve produzir resultados iguais ou bastante congêneres, em duas ou mais aplicações para o mesmo participante, desde que seu estado clínico não tenha sido modificado. A validade de um instrumento é a propriedade que avalia se o foco do questionário está sendo atendido, isto é, se as questões dizem respeito ao objetivo especificado na avaliação. A sensibilidade se refere à habilidade da avaliação em exprimir as genuínas mudanças ou diferenças na qualidade de vida do participante.

São dois os grupos principais em que podem ser divididos os instrumentos utilizados na avaliação da QV e do estado de saúde: genéricos e específicos (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009; DEL CASTILLO *et al.*, 2012). Os referidos autores definem os primeiros como instrumentos que avaliam o indivíduo de maneira abrangente, e são capazes de realizar comparações entre populações que apresentam condições clínicas distintas, proporcionando uma avaliação global do estado funcional e bem-estar do paciente e podendo ser utilizados também em pessoas saudáveis.

Os questionários específicos, por sua vez, objetivam avaliar a qualidade de vida relacionada aos aspectos que podem estar sendo modificados especificamente por determinada patologia e pelo seu tratamento. Esses instrumentos são considerados mais assertivos, menos suscetíveis a comorbidades e mais sensíveis a mudanças clínicas ao longo do tempo (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009; DEL CASTILLO *et al.*, 2012).

Entre os instrumentos de avaliação de QV, pode ser citado o Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida - Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36). O SF-36 é um instrumento genérico de fácil administração e compreensão. É um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em oito escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde a um pior estado geral de saúde e 100 a um melhor estado de saúde. É constituído por itens que podem ser classificados em dois grandes componentes: componente físico e componente mental. O componente físico é composto por itens de avaliação de capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde; o componente mental é constituído por itens de avaliação de aspectos sociais, vitalidade, aspectos emocionais e saúde mental (CICONELLI *et al.*, 1999).

Segundo Achette *et al.* (2009), dentre os questionários disponíveis para avaliar qualidade de vida, o EORTC QLQ C-30, desenvolvido pelo Grupo de Estudo de Qualidade de Vida da *European Organization for Research and Treatment of Cancer*, foi citado como um relevante instrumento para avaliar a qualidade de vida dos pacientes com câncer. De acordo com Brabo (2006) é facilmente auto-aplicado, tem caráter multidimensional e é validado em vários países e culturas inclusive no Brasil. É composto por 30 questões que definem a qualidade de vida geral, categorizadas em cinco escalas funcionais: física, papel/desempenho, cognitiva, emocional e social; três escalas de sintomas: fadiga, dor e náusea/vômito; cinco outros itens que avaliam sintomas comumente relatados por doentes com câncer: dispnéia, insônia, perda de apetite, constipação e diarreia; além de um item de avaliação de impacto financeiro da doença e do tratamento (BRABO, 2006).

O intento de esquadrihar um instrumento que avaliasse a QV dentro de uma fidedigna concepção internacional fez com que a OMS desenvolvesse um projeto colaborativo multicêntrico. O resultado desta proposta foi a elaboração do WHOQOL – 100, um instrumento de avaliação da QV, composto por 100 itens distribuídos em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Os domínios são divididos em 24 facetas e cada faceta é composta por quatro perguntas. Além das 24 facetas específicas, o instrumento tem uma 25^a composta por perguntas gerais sobre qualidade de vida. As respostas para as questões do WHOQOL são dadas em uma escala do tipo *Likert*. As perguntas são respondidas por meio de quatro tipos de escalas (dependendo do conteúdo da pergunta): intensidade, capacidade, frequência e avaliação (FLECK *et al.*, 1999).

THE WHOQOL GROUP em virtude da necessidade de instrumentos curtos e de rápida aplicação, mas com características psicométricas satisfatórias, como validação, consistência e confiabilidade, desenvolveu uma versão abreviada do WHOQOL-100, chamada de WHOQOL-*bref*, cuja versão final ficou composta por 26 quesitos. O primeiro quesito refere-se à QV de modo geral e o segundo, à satisfação com a própria saúde. Os outros 24 estão divididos nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e meio ambiente. Além do caráter transcultural, os instrumentos WHOQOL valorizam a percepção individual da pessoa, podendo avaliar qualidade de vida em diversos grupos e situações (FLECK *et al.*, 2000).

Estudos relacionados com a avaliação da QV têm se tornado cada vez mais frequentes na literatura, tal temática ramificou-se para as mais variadas áreas do conhecimento. Os resultados do tratamento do câncer precisam também ser medidos em termos do que ele traz de limitações físicas e psicológicas ao paciente. Os instrumentos multidimensionais de avaliação de QV vieram atender a necessidade de se estabelecer o impacto da doença e do seu tratamento.

Aglutinando as questões perpassadas ratifica-se que a realização de pesquisas sobre QV em pacientes oncológicos, em especial do acometido pelo câncer gastrointestinal/digestivo, é fundamental para o levantamento dos domínios afetados pela enfermidade. Tornam-se imprescindíveis para fornecer informações relacionadas às decisões de tratamento, mapear os sintomas da doença, controlar os efeitos colaterais e planejar intervenções para melhorar a QV. Nesse aspecto, ainda, a QV é uma significativa condição da resposta do paciente à doença e ao tratamento, tornando-se imprescindível para a integralidade nos cuidados em saúde (NICOLUSSI; SAWADA, 2010; ZANDONI *et al.*, 2010).

Sendo assim, apresenta-se a questão central desta investigação: como o paciente operado por câncer do aparelho gastrointestinal avalia os diversos domínios de sua qualidade de vida?

Justificativa

A relevância de se avaliar a QV de pessoas com câncer gastrointestinal está tanto no fato de subsidiar a elaboração de protocolos de cuidados que possam qualificar suas vidas e atender suas múltiplas necessidades de saúde, quanto na possibilidade de levantar informações sistematizadas acerca do tema em dada população, bem como subsidiar ações de cuidado. Avaliar a QV é essencial para fornecer informações relacionadas às decisões de tratamento, mapear os sintomas da doença, controlar os efeitos colaterais, comparar grupos e planejar intervenções. Assim, estudos de QV informam aspectos multifacetários da vida do paciente oncológico, cujo conhecimento potencializa a assistência e o conhecimento científico. Adicionalmente, vale ressaltar a existência de poucos estudos sobre o tema na população brasileira (COSTA NETO; ARAUJO, 2008; ARANCIBIA *et al.*, 2009).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes operados por câncer do aparelho gastrointestinal assistidos na clínica cirúrgica de um hospital universitário de referência em Goiás.

2.2 Objetivos Específicos

1. Realizar uma revisão da literatura para verificar como a literatura internacional tem abordado a relação entre QV e a realidade de pacientes cirúrgicos com câncer do aparelho gastrointestinal.
2. Caracterizar o perfil sociodemográfico (sexo, idade, escolaridade, estado civil, ocupação pré-mórbida, religião e procedência) dos participantes.
3. Avaliar e comparar os escores de QV do enfermo operado por câncer do aparelho gastrointestinal nas dimensões: física, psicológica, social e familiar, funcionalidade e avaliação geral 30 e 60 dias após a cirurgia.
4. Correlacionar os dados sociodemográficos com os escores de QV dos participantes.
5. Avaliar e comparar a Saúde Geral do enfermo operado por câncer do aparelho gastrointestinal nos dois momentos (30 e 60 dias após a cirurgia).
6. Correlacionar os dados sociodemográficos com os escores de Saúde Geral dos participantes.
7. Correlacionar a Saúde Geral com os escores de QV dos participantes.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo: descritivo, exploratório e quantitativo.

3.2 Participantes da pesquisa

Trinta e um pacientes cirúrgicos com diagnóstico de câncer do aparelho gastrointestinal de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos, atendidos na clínica cirúrgica de um hospital universitário de referência em Goiás, no período de março a dezembro de 2015.

3.3 Critérios de inclusão

Pacientes categorizados com normal no exame psíquico componente do Roteiro de Avaliação Psicológica de Fongaro e Sebastiani (1996); que foram submetidos à cirurgia (curativa ou paliativa), com qualquer classificação no sistema TMN (Tumor, linfonodo e Metástase) de estadiamento (CBC, 2001), cientes de seu diagnóstico e que se disponibilizaram a comparecer ao ambulatório para coleta de dados 30 e 60 dias após a cirurgia.

3.4 Critérios de exclusão

Pacientes que evoluíram com transtornos psiquiátricos no decorrer da pesquisa e que apresentaram desordem clínica que impossibilitou a manifestação verbal.

3.5 Instrumentos

- Questionário Sociodemográfico (Apêndice I): instrumento elaborado pela pesquisadora para conhecer as características dos participantes, tais como: sexo, idade, escolaridade, estado civil, ocupação pré-mórbida, religião e procedência.

- Roteiro de Avaliação Psicológica e de Exame Psíquico (ANEXO II): trata-se de instrumento desenvolvido com o intuito de trazer dados do paciente de forma objetiva ao psicólogo e à equipe de saúde, e de possibilitar a viabilização de diagnóstico diferencial (FONGARO; SEBASTIANI, 1996).

- Questionário de Saúde Geral - QSG (ANEXO IV): desenvolvido por Goldberg em 1972, tem o objetivo de identificar a severidade do distúrbio psiquiátrico não

psicótico do respondente, é composto por 60 itens apresentados em um folheto e respondidos em uma escala de quatro pontos do tipo *Likert*. O instrumento foi adaptado à realidade brasileira, por meio da auto-aplicação, em pequenos grupos, em uma amostra homogênea de 902 sujeitos não psiquiátricos, em sua maioria estudantes dos três níveis acadêmicos, fator que favoreceu o aparecimento da boa estruturação com que o QSG se manifestou na pesquisa de adaptação (PASQUALI *et al.*, 1996).

- Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS - WHOQOL-bref (ANEXO V): Composto por 26 quesitos, cujo primeiro quesito refere-se à QV de modo geral e o segundo, à satisfação com a própria saúde. Os outros 24 estão divididos nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente.

- Questionário de Qualidade de Vida da *European Organization for Research and Treatment of Cancer* - EORTC QLQ-C30 (ANEXO VI): instrumento desenvolvido para avaliar de forma ampla a QV de portadores de câncer. Inclui 30 perguntas relacionadas a cinco escalas funcionais (física, cognitiva, emocional, funcional, social), uma escala sobre o estado de saúde global, três escalas de sintomas (fadiga, dor e náuseas/vômitos) e seis itens de sintomas adicionais: dispnéia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia e dificuldades financeiras (BRABO, 2006). O instrumento foi devidamente validado para a população brasileira em estudo feito por Brabo (2006) e teve sua confiabilidade atestada por meio de outros estudos (VARTANIAN, 2007; ACHETTE *et al.*, 2009; NICOLUSSI; SAWADA, 2009; FRANCESCHINI, 2010).

3.6 Análises de dados

Após a tabulação dos dados e sua inserção em uma planilha do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18.0, os sócio-demográficos foram computados em sua frequência e média - apresentados em forma de Tabela.

A escala EORTC QLQ-C30, o WHOQOL-bref e o Questionário de Saúde Geral foram avaliados de acordo com o seu manual de recomendação e seus escores foram, também, incorporados à Planilha do SPSS.

Os testes estatísticos utilizados foram descritivos (frequência, média, desvio padrão e teste de correlação de Person).

Para todos os testes estatísticos, considerou-se o nível de significância de 5%, ou seja, os dados foram estatisticamente significativos para $p \leq 0,05$. Para todas as análises foi utilizado o pacote estatístico SPSS (versão 18.0).

Sintaxe do QSG

*Apuração dos escores brutos

1- Stress psíquico	3,12,38,39,40,41,43,44,45,47,49,55,58
2- Desejo de morte	50,51,52,56,57,58,59,60
3- Desconfiança no próprio desempenho	7,15,16,22,23,25,27,28,29,30,35,36,37,40,42,46,50
4- Distúrbios do sono	11,14,17,18,19,20
5- Distúrbios psicossomáticos	1,2,3,4,5,6,8,9,13,16
6- Saúde Geral	Todos os 60 itens

*Apuração dos escores sintomáticos

1- Stress psíquico	=SOMA / 13
2- Desejo de morte	=SOMA / 8
3- Desconfiança no próprio desempenho	=SOMA / 17
4- Distúrbios do sono	=SOMA / 6
5- Distúrbios psicossomáticos	=SOMA / 10
6- Saúde Geral	=SOMA / 60

Após este cálculo, o examinador procura o percentil correspondente na Tabela de Normas da Amostra de Padronização. Assim localiza o valor adquirido ou o mais próximo para cada fator no corpo da tabela, e o percentil relacionado a ele na primeira coluna da esquerda. Por fim, realiza a interpretação dos fatores de acordo com o percentil encontrado.

Sintaxe do WHOQOL-bref

STEPS FOR CHECKING AND CLEANING DATA AND COMPUTING DOMAIN SCORES FOR THE WHOQOL-BREF

(prepared by Alison Harper and Mick Power on behalf of the WHOQOL Group)

Steps	SPSS syntax for carrying out data checking, cleaning and computing total scores
Check all 26 items From assessment have a range of 1-5	RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS). (This recodes all data outside the range 1-5 to system missing)
Reverse 3 negatively Phrased Items	RECODE Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1) (This transforms negatively framed questions to positively framed questions)
Compute Domain Scores	COMPUTE PHYS= MEAN.6(Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)*4. COMPUTE PSYCH= MEAN.5(Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)*4. COMPUTE SOCIAL=MEAN.2(Q20,Q21,Q22)*4. COMPUTE ENVIR=MEAN.6(Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)*4. (These equations calculate the domain scores. All scores are multiplied by 4 so as to be directly comparable with scores derived from the WHOQOL-100. The “.6” in “MEAN.6” specifies that 6 items must be endorsed for the domain score to be calculated.)
Transform scores to 0-100 scale	COMPUTE PHYS=(PHYS-4)*(100/16). COMPUTE PSYCH=(PSYCH-4)*(100/16). COMPUTE SOCIAL=(SOCIAL-4)*(100/16). COMPUTE ENVIR=(ENVIR-4)*(100/16)
Delete cases with > 20% missing data	COUNT TOTAL=Q1 TO Q26 (1 THRU 5) (This command creates a new column “total”. “Total” contains a count of the WHOQOL-BREF items with values 1-5 that have been endorsed by each subject. The “Q1 TO Q26” means that consecutive columns from “Q1”, the first item, to “Q26”, the last item, are included in the count. It therefore assumes that data is entered in the order given in the assessment.) SELECT IF (TOTAL>21). EXECUTE (This second command selects only those cases where “total”, the “total number” of items completed, is greater than or equal to 80%. It deletes the remaining cases from the dataset.)

Sintaxe do EORTC QLQ-C30

Para o cálculo do escore, primeiramente é preciso seguir a divisão que é feita do questionário em três escalas, a saber:

- 1- Escala de saúde global: enfoca aspectos da saúde e da qualidade de vida gerais; questões 29 e 30;
- 2- Escala funcional: enfoca os aspectos físico, emocional, cognitivo, funcional e social; questões 1 a 7 e 20 a 27;
- 3- Escala de sintomas: abordam questões sobre fadiga, dor, insônia, enjoo e outros sintomas; questões 8 a 19 e 28.

Os escores são calculados separadamente para cada escala, todos variando de 0 – 100. Nas escalas saúde global e funcional quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida; já para escala de sintomas, quanto maior a pontuação, maior a quantidade de sintomas, pior a qualidade de vida.

Todas as fórmulas para o cálculo das escalas estão no quadro abaixo.

Escala	Questões	Fórmulas	Valores da soma dos escores		
			Mínimo	Máximo	Amplitude
1 – Saúde Global	29 e 30	$\{ \{ [(Q_{29} + Q_{30}) / 2] - 1 \} / 6 \} * 100$	1	7	6
2 – Funcional	1 a 7; 20 a 27	$\{ 1 - \{ \{ [(Q_1 + Q_2 + Q_3 + \dots + Q_7 + Q_{20} + Q_{21} + Q_{22} + \dots + Q_{27}) / 15] - 1 \} / 3 \} \} * 100$	1	4	3
3 – Sintomas	8 a 19 e 28	$\{ \{ [(Q_8 + Q_9 + Q_{10} + \dots + Q_{16} + Q_{17} + Q_{18} + Q_{19} + Q_{28}) / 13] - 1 \} / 3 \} * 100$	1	4	3

3.7 Procedimentos

A coleta de dados foi integralmente feita pela pesquisadora responsável e desenvolvida em três etapas, da seguinte forma:

- 1ª Etapa – O paciente foi abordado em seu leito na clínica cirúrgica de HC-UFG, no pós-cirúrgico, onde foi avaliado por meio do Roteiro de Avaliação Psicológica e de Exame Psíquico (Anexo III). Estando em boas condições emocionais e cognitivas, foi convidado a participar da pesquisa. Após o aceite foi agendado um encontro que ocorreu em seu retorno de 30 dias pós-cirurgia, no ambulatório médico.

- 2ª Etapa – Foi realizada no ambulatório de Psicologia, onde ocorreu à apresentação da pesquisa ao paciente e, com o aceite do convite de participação, a assinatura do TCLE. Neste mesmo encontro, foi realizada a entrevista, pela pesquisadora responsável, com os participantes, para preenchimento do questionário sociodemográfico (Apêndices I), com duração estimada de dez minutos. Também foi aplicado o QSG (Anexo IV), em sua forma oral (a pesquisadora leu a questão e as possibilidades de resposta), independente da escolaridade do paciente, com duração estimada de 25 minutos. Finalizando o encontro, foi aplicado o EORTC-QLQ-C30 (Anexo VI) e o WHOQOL-bref (Anexo V), também com duração estimada de 25 minutos.

- 3ª Etapa – Em um segundo encontro, que ocorreu 60 dias após a cirurgia, o paciente foi avaliado com os mesmos instrumentos da 2ª Etapa, excetuando-se o questionário sociodemográfico.

3.8 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (CEP/ HC-UFG) e aprovado sob Protocolo 24527613.6.0000.5078. Após sua aprovação, os participantes foram informados e convidados a participar da pesquisa, se aceitassem, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo II).

4 PUBLICAÇÕES

4.1. Artigo 1

Trata-se de um produto de revisão da literatura sobre a qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia de câncer do aparelho gastrointestinal, intitulado: “Qualidade de Vida de pacientes cirúrgicos com câncer gastrointestinal: Revisão da Literatura”. De autoria de Luciana Marya Gusmão Tartuce, Valeriana de Castro Guimarães e Sebastião Benício da Costa Neto. Submetido à revista: *Paidéia, Medicina 2*, Qualis B3.

4.2. Artigo 2

Trata-se de um artigo empírico sobre avaliação da QV de pacientes cirúrgicos com câncer do aparelho gastrointestinal, em que foi realizada uma comparação desta avaliação, nas fases 30 e 60 dias pós cirurgia, intitulado: “Qualidade de vida de pacientes operados por câncer gastrointestinal: estudo comparativo das fases 30 e 60 dias pós cirurgia”. Sendo os autores: Luciana Marya Gusmão Tartuce, Valeriana de Castro Guimarães e Sebastião Benício da Costa Neto. Submetido à revista: *Health and Quality of Life Outcomes, Medicina 2*, Qualis B1.

4.3. Artigo 3

Trata-se de um artigo empírico sobre avaliação da Saúde Geral e sua correlação com QV de pacientes cirúrgicos com câncer do aparelho gastrointestinal, intitulado: “Saúde Geral e Qualidade de vida de pacientes operados por câncer gastrointestinal”. Tendo como autores: Luciana Marya Gusmão Tartuce, Valeriana de Castro Guimarães e Sebastião Benício da Costa Neto. Submetido à revista: *Revista Latino-americana de Enfermagem, Medicina 2*, Qualis B2.

Os artigos estão apresentados de acordo com normas das respectivas revistas.

4.1. Artigo 1

Qualidade de Vida de pacientes cirúrgicos com câncer gastrointestinal:

Revisão da Literatura

Luciana Marya Gusmão Tartuce

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde / Faculdade de Medicina / UFG

Hospital das Clínicas – UFG

Valeriana de Castro Guimarães

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde / Faculdade de Medicina / UFG

Hospital das Clínicas – UFG

Sebastião Benício da Costa Neto

Hospital das Clínicas – UFG

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Resumo: O câncer é um problema de saúde pública com estimativa de morbi-mortalidade crescente o que leva o(a)s pesquisadore(a)s, particularmente, a buscar conhecimento sobre o seu impacto na qualidade de vida (QV) do enfermo. Essa revisão da literatura objetiva verificar como é abordada a relação entre QV e pacientes operados por câncer gastrointestinal. Assim, usando descritores como “quality of life”, “gastric cancer, esophageal cancer, colorectal cancer, bowel cancer, liver cancer, pancreatic cancer” e “surgery”, em inglês, português e espanhol, nas bases *Lilacs*, *PEPSic*, *Medline*, *Pubmed* e *CAPEs*, chegou-se a 37 artigos. Os estudos, majoritariamente, eram longitudinais e prospectivos, utilizando o EORTC QLQ-C30, e indicaram que a cirurgia tem impacto negativo temporário na QV dos enfermos de câncer. Conclui-se pela necessidade de ampliação de publicações sobre o tema na realidade brasileira (dada às diferenças culturais expressivas) que subsidiem a proposição, implantação e desenvolvimento de serviços de atenção integral aos pacientes e suas famílias.

Palavras-chave: qualidade de vida, neoplasias gastrointestinais, pacientes cirúrgicos.

Quality of Life of surgical patients with gastrointestinal cancer: Literature Review

Abstract: Abstract: cancer is a public health problem with increasing estimates of morbidity and mortality which makes researchers particularly seek for knowledge about its impact on quality of life (QOL) of patients. This literature review aims to verify how the relationship between QOL and surgical patients with gastrointestinal cancer is addressed. Thus, by using descriptors such as "quality of life", "gastric cancer, esophageal cancer, colorectal cancer, bowel cancer, liver cancer, pancreatic cancer" and "surgery", in English, Portuguese and Spanish, on *Lilacs*, *Medline*, *Pubmed*, *Pepsico* and *CAPEs*, total of 37 articles. The studies, mostly, longitudinal and prospective, used the EORTC QLQ-C30, and showed that surgery has a temporary negative impact on QOL of cancer patients. We conclude that there is a need of expanding publications on the topic according to the Brazilian reality (given the significant cultural differences) that support the proposition, implementation and development of comprehensive care services to patients and their families.

Keywords: quality of Life, gastrointestinal Neoplasms, surgical patients.

Calidad de Vida de los pacientes quirúrgicos con cáncer gastrointestinal: Revisión de la Literatura

Resumen: El cáncer es un problema de salud pública con el aumento de las estimaciones de morbilidad y mortalidad una llevando a los investigadores, en particular, a buscar el conocimiento de su impacto en la calidad de vida (QoL) del paciente. Esta revisión de la literatura tiene como objetivo comprobar cómo se abordó la relación entre la calidad de vida y los pacientes operados de cáncer gastrointestinal. Así, utilizando descriptores como “quality of life”, “gastric cancer, esophageal cancer, colorectal cancer, bowel cancer, liver cancer, pancreatic cancer” e “surgery”, en inglés, portugués y español, las bases *Lilacs*, *PEPsic*, *Medline*, Pubmed e CAPES, se llegó a 37 artículos. Los estudios, en su mayoría, eran longitudinal, prospectivo, utilizando lo EORTC QLQ-C30, e indicaron que la cirugía tiene un impacto negativo temporal en la calidad de vida de pacientes con cáncer. Si concluyó a necesidad de expansión de las publicaciones sobre el tema en la realidad brasileña (teniendo en cuenta las diferencias culturales significativas) que subsidian la proposición, ejecución y desarrollo de los servicios de atención integral a los pacientes y sus familias.

Palabras clave: calidad de vida, neoplasias gastrointestinal, pacientes quirúrgicos.

O conceito de qualidade de vida (QV) tem sido objeto de muitos estudos e é baseado em importantes indicadores relacionados ao indivíduo. No campo da saúde este conceito ainda está em fase de clarificação, aceitação e integração e, por isso, é frequente encontrar diversas concepções conceituais conforme a interpretação que cada investigador dá ao fenômeno da QV.

A melhoria das condições de vida, em parceria com o exponencial desenvolvimento da Medicina no século XX, possibilita que a expectativa de sobrevivência do ser humano venha a aumentar progressivamente. Segundo o IBGE (2003), no começo do século XX a expectativa de vida era estabelecida em 33,4 anos e, na atualidade, já passa dos 70 anos, em países desenvolvidos.

A modificação do perfil de morbi-mortalidade assinala a expansão da prevalência das doenças crônico-degenerativas, tais como o câncer. O incremento da expectativa e/ou sobrevida dos indivíduos com tais enfermidades é decorrência da evolução nos tratamentos e nas possibilidades efetivas de controle dessas doenças (Seidl & Zannon, 2004; Zandoni, Cardozo, Nieto & Sawada, 2010).

Segundo Rosas (2013), o câncer reafirma-se como importante problema de saúde pública tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. O impacto global mais que dobrou em 30 anos. Estima-se, para o ano de 2016, 14 milhões de novos casos e 8 milhões de morte em todo o mundo (Brasil, 2015).

No Brasil, cada vez mais torna-se conhecido que o câncer representa a segunda causa de morte por doença, superado apenas pelas enfermidades cardiovasculares (INCA, 2014). As estimativas demonstram que no ano de 2016, incluindo os casos de pele não melanoma, haverá o acontecimento de, aproximadamente, 596.000 casos novos de câncer, incluindo os do trato gastrointestinal. Esta característica reforça a gravidade da problemática do câncer no país (INCA, 2015).

O câncer do aparelho gastrointestinal engloba as seguintes categorias: do esôfago, do estômago, do intestino delgado, do pâncreas, do fígado e do colorretal (Evangalista, 2008). A estimativa para 2015, concernente ao câncer do aparelho gastrointestinal, foi de 257.870 casos no sexo masculino e de 260.640 casos para o sexo feminino (INCA, 2014), sendo que para 2016 este número tende ao crescimento.

A doença oncológica, para inúmeros pacientes, deixou de ser uma enfermidade potencialmente fatal, transmutando-se numa enfermidade crônica que perdura por meses ou anos e acarreta em tratamentos complexos e muitos momentos tóxicos.

Associada à epidemiologia do câncer no mundo e, especificamente, no Brasil, e considerando o grande impacto que este diagnóstico e seu tratamento, principalmente o cirúrgico, exercem sobre o enfermo e sobre seu meio social e familiar, há de se preocupar com a condição da QV percebida pelo enfermo (Nunes, Monteiro & Rato, 2012).

Desde os anos 1980, há uma preocupação cada vez maior com a QV dos pacientes com câncer, isso se deve à associação de vários fatores, tais como aumento

da sobrevida, maior disponibilidade de medicação específica, redução de intervenções excessivamente técnicas ou agressivas, aumento dos recursos da medicina paliativa e o crescimento da psicologia da saúde (Seidl & Zannon, 2004).

Segundo Nunes *et al.* (2012), o câncer distingue, em muitos aspectos, de outras doenças crônicas, comprometendo significativamente o bem-estar físico, psicológico e social do paciente. O impacto causado pelo diagnóstico, a dor e o estresse advindos dos tratamentos, as limitações ao desempenho físico e intelectual, as restrições nas atividades diárias, o estigma social, o experienciar situações que colocam em risco a vida ou que reduzem a esperança de vida são fatores intrínsecos à doença oncológica. Neste contexto, é significativamente válido que, a mais da avaliação clássica, estime-se a percepção que os enfermos de câncer detêm da sua QV no transcorrer do processo de doença, identificando alterações em distintas áreas da vida.

É importante frisar que a avaliação da QV é uma variável de interesse para os serviços sanitários, por apresentar junção evidente e congruente com fenômenos da saúde tão relevantes e manifestos, tais como a hospitalização, o consumo de recursos sanitários e a mortalidade. Com isso, observa-se que ela é uma variável fundamental e está associada aos gastos com a saúde (Belasco & Sesso, 2006).

Analisando o fenômeno da “*qualidade de vida*”, observa-se que a preocupação com o seu conceito refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar critérios mais abrangentes que o manejo de sintomas, a redução da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (Calvetti, Fighera, Muller & Poli, 2006). Trata-se de uma preocupação, também, com a ampliação e revisão de sentidos que, no limite, estão associados aos comportamentos de saúde e à vida com maior plenitude.

Um grupo de pesquisadores da Organização Mundial de Saúde (OMS) conceituou, de maneira geral, QV 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” (Fleck *et al.*, 2000). Assim, observa-se que o conceito de QV apresenta uma característica de complexidade que só pode ser melhor compreendida por meio da reflexão sobre diversas instâncias da vida de cada um, e sempre a partir da apreciação pessoal.

Segundo a literatura internacional, a principal tendência para compreender a QV na área da saúde vem sendo o conceito de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde – QVRS (*Health-Related Quality of Life - HRQL*).

De acordo com Arancibia *et al.* (2009), QVRS é um construto subjetivo e multidimensional que retrata a funcionalidade e o bem-estar do paciente nos aspectos físico, clínico, emocional e social afins à afecção ou ao tratamento.

Em suma, não existe um conceito único de QVRS, tal como esperado por Cella e Cherin nos anos de 1980 (Cella & Cherin, 1988). Entretanto é possível descrevê-la, de forma funcional, como a percepção dos pacientes sobre quatro dimensões essenciais, em suas vidas: bem-estar físico e atividades quotidianas, bem-estar psicológico, relações sociais e sintomas (Nunes *et al.*, 2012).

Segundo Duarte e Ciconelli (2006) “o termo QVRS é um subconjunto do termo mais amplo de QV e recebe essa especificação por incluir os domínios físico, psicológico e social relacionados à saúde”. Em outros termos, a QV é um fenômeno que pode ser concebido e compreendido em distintas áreas da vida e que tem especificidades quando pensada no contexto da saúde.

O termo QVRS é utilizado na bibliografia referindo-se a aspectos mais diretamente ligados às afecções e às intervenções em saúde (Seidl & Zannon, 2004;

Diniz & Schor, 2006; Nicolussi & Sawada, 2010; Zandoni *et al.*, 2010). É concebido um conceito subjetivo, multidimensional e complexo que investiga o estado psicológico, cognitivo, social, físico, funcional, espiritual, bem-estar, sexualidade, percepções de saúde, satisfação com a vida, com o tratamento, seus resultados e possibilidades vindouras. Tais, fatores são significativos para a maioria das doenças crônicas devido principalmente ao incremento da expectativa de vida da população (Nicolussi & Sawada, 2010; Zandoni *et al.*, 2010). Por outro lado, a convergência de tantos elementos considerados para efeito da avaliação da QV induz a certa redução conceitual, resultando em sua complexidade e dificuldade de compreensão e/ou articulação linear.

Os parâmetros de QV têm sido utilizados para apreciação da eficácia, da eficiência e do impacto de determinados tratamentos, bem como na comparação entre procedimentos para o controle das doenças (Fayers & Machin, 2000; Seidl & Zannon, 2004). A significativa utilização da QV na área da saúde desperta a curiosidade investigativa para a detecção e mensuração da existência do construto nos pacientes (Seidl & Zannon, 2004; Zandoni *et al.*, 2010; Almeida, Gutierrez & Marques, 2012).

Considerando que os aspectos físicos, cognitivos e psicossociais, presentes na enfermidade oncológica, acarretam um grande comprometimento na QV, esta pesquisa teve como objetivo verificar como a literatura internacional tem abordado a relação entre QV e a realidade de pacientes cirúrgicos com câncer do aparelho gastrointestinal, por meio da realização de uma revisão de literatura. Compreende-se, também, que vem ocorrendo um aumento gradativo no número de trabalhos científicos publicados acerca dos efeitos da cirurgia na sobrevida do paciente com câncer, sugerindo a necessidade de se rever criticamente a bibliografia existente sobre o tema.

METODOLOGIA

Revisão de literatura baseada nas regras da revisão sistemática de literatura de Sampaio e Mancini (2007), exectuando-se o uso de critérios de busca por dois examinadores independentes, em que foram preestabelecidos e delimitados: tema de interesse, critérios de inclusão e exclusão, estratégias de busca e seleção, avaliação da qualidade, fichamento, análise, interpretação e apresentação dos resultados dos estudos.

Processo para a coleta de dados

Os recursos e estratégias para busca e seleção de estudos foram definidos com base em cinco itens fundamentais, descritos a seguir:

- **Fontes de busca:** (a) em bases de dados eletrônicas indexadas: *Lilacs*, *PEPsic*, *Medline*, Pubmed e CAPES e (b) por meio de execução de busca manual, em listas de referência dos artigos identificados e selecionados.
- **Idioma:** preferencialmente a língua inglesa, mas também foram considerados artigos na língua espanhola e portuguesa.
- **Palavras-chave:** “quality of life”, “gastric cancer”, “esophageal câncer”, “colorectal câncer”, “bowel câncer”, “liver câncer”, “pancreatic cancer”, “surgery” e suas correspondentes em português e espanhol.
- **Critérios de inclusão:** (a) trabalhos que avaliavam qualidade de vida de pacientes cirúrgicos com câncer do aparelho gastrointestinal, independentemente do método utilizado e, (b) artigos publicados nos últimos 10 anos (2005-2015).
- **Critérios de exclusão:** (a) trabalhos que discorriam sobre qualidade de vida, sem abordar a questão da avaliação da mesma; (b) trabalhos que avaliaram qualidade de vida de pacientes cirúrgicos com outros tipos de câncer que não o do aparelho gastrointestinal; (c) artigos cujo foco não correspondia à questão de pesquisa estabelecida pelos pesquisadores da área de conhecimento; (d) revisões sistemáticas a

cerca do tema proposto; (e) artigos que eram relativos à descrição de técnicas cirúrgicas; e, (f) artigos que não estavam disponibilizados em sua íntegra.

Processo de Seleção dos Estudos

- *Processo de Seleção Preliminar:*

Foi construída uma estratégia de busca formada pela combinação das palavras-chave identificadas e submetidas às bases de busca relacionadas. Os trabalhos recuperados foram inicialmente armazenados e organizados virtualmente, e em seguida foi realizada a leitura dos resumos dos trabalhos armazenados. Constatando-se a relevância de um trabalho, já destacada no resumo, o mesmo foi selecionado para ser lido na íntegra. Depois, foram documentados em um formulário de condução da revisão e selecionados com base nos critérios previamente definidos. Obras repetidas foram documentadas uma única vez.

- *Processo de Seleção Final:*

O processo de seleção final consistiu na leitura completa dos trabalhos selecionados na etapa de seleção preliminar, o que somente foi possível com 37 artigos, pois somente estes estavam disponíveis na íntegra. Destes o revisor confeccionou uma síntese geral e algumas considerações sobre os resultados observados, destacando como ocorreu a avaliação da qualidade de vida dos pacientes cirúrgicos com câncer do aparelho gastrointestinal.

Procedimento para a análise dos dados

A análise dos dados foi realizada em duas etapas: a primeira, de aspectos formais; e a segunda, de aspectos substantivos. Inicialmente os artigos selecionados foram agrupados conforme: (a) o número de artigos publicados por ano; (b) país onde foi realizada a pesquisa; (c) o país de publicação; (d) a natureza da pesquisa (relato de pesquisa, estudo de caso, teórica); (e) tipo de câncer; e, (f) características gerais das

amostras pesquisadas. As variáveis foram sintetizadas no banco de dados *Excel*, e o tratamento dos dados foi realizado por meio da análise das frequências absoluta e percentual.

Na análise de aspectos substanciais, foram considerados apenas os estudos que abordavam a temática da avaliação de qualidade de vida do paciente cirúrgico com câncer do aparelho gastrointestinal, independentemente do instrumento utilizado, e que foram disponibilizados em sua íntegra.

Objetivando realizar a extração de informações relevantes para a investigação dos fatores e desfechos estudados, realizou-se uma análise norteada em etapas que compreendem: (a) leitura atenta e criteriosa com intuito de obter um panorama geral dos trabalhos; (b) apreensão dos temas abordados; e, (c) apreensão de categorias temáticas, de modo a agrupar trabalhos semelhantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Busca bibliográfica

De acordo com os descritores, foram selecionados 409 artigos, sendo que 32 deles apareceram em mais de uma base (artigos replicados) e, após a verificação da disponibilidade de textos em sua íntegra, tornaram-se elegíveis 37 artigos para inclusão nesta revisão, constituindo o *corpus* desta pesquisa, sendo seis na *Lilacs*, 15 na *Pubmed* e 16 na *CAPES* (Figura 1).

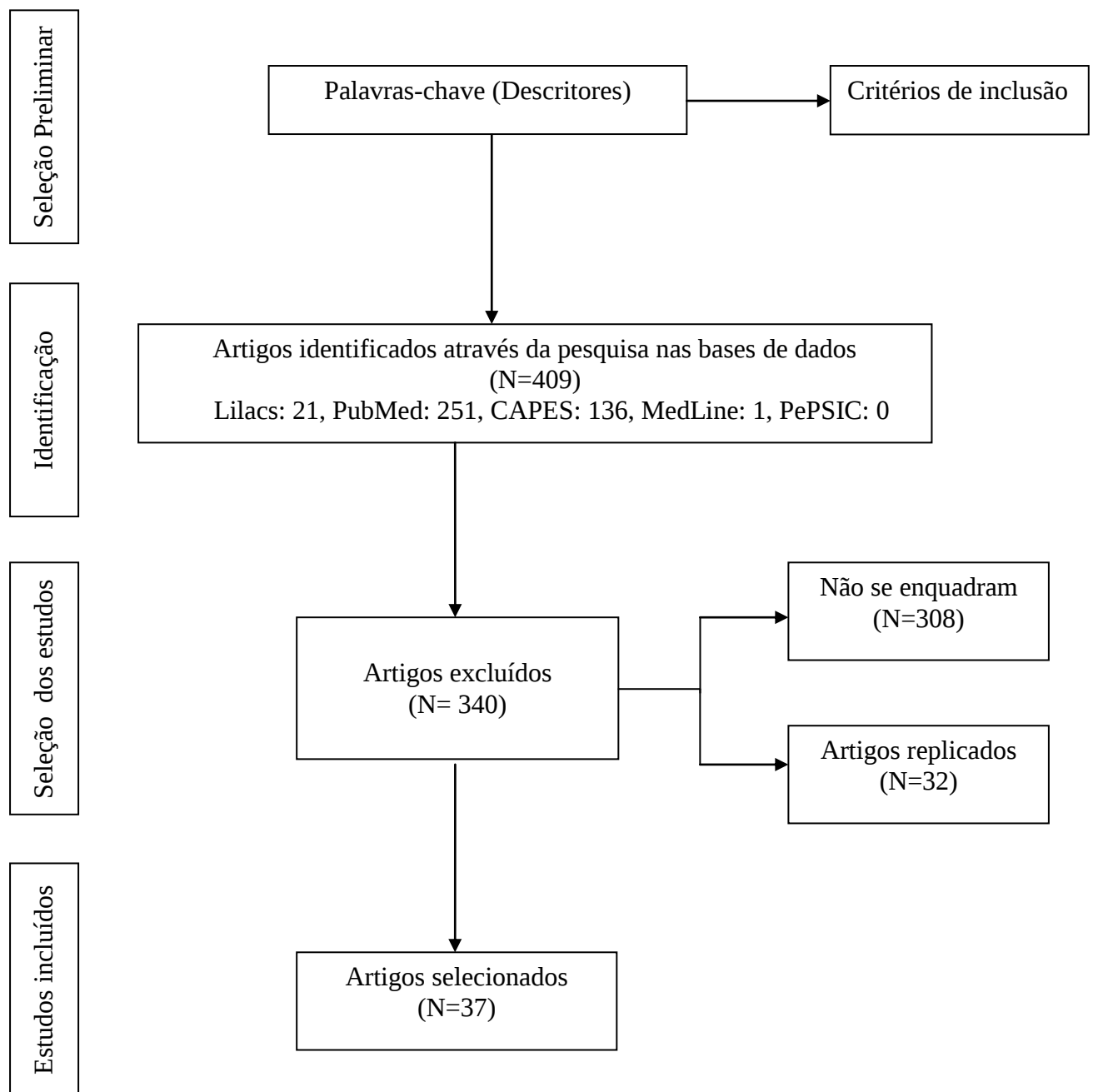


Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos artigos articulando qualidade de vida, câncer gastrointestinal e paciente cirúrgico.

O Quadro 1 apresenta a frequência de artigos sobre QV, câncer gastrointestinal e pacientes cirúrgicos, segundo critérios de exclusão estabelecidos nesta revisão de literatura.

Quadro 1. Frequência de artigos sobre QV, câncer gastrointestinal e pacientes cirúrgicos, segundo critérios de exclusão estabelecidos.

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO	Nº de Artigos
Não avalia QV	139
Descrição de técnica cirúrgica	66
Revisão sistemática	44
Não avalia paciente cirúrgico	32
Vários tipos de tratamento, não exclusivamente cirúrgico	32
Validação de instrumento	11
Não avalia somente o paciente oncológico	10
Textos não disponíveis na íntegra	38
TOTAL	372

Análise de aspectos formais

Identificação dos artigos

Foram selecionados 37 artigos. São estes: um estudo sobre o câncer de pâncreas, seis sobre o câncer gástrico, 14 sobre o câncer de cólon e reto e 16 sobre o câncer de esôfago. Destaca-se que sobre os cânceres de fígado e intestino, baseando-se nos critérios de inclusão e de exclusão estabelecidos, não foram selecionados estudos.

Ao analisar o ano de publicação (Gráfico 1), verifica-se que em 2005 não houve nenhuma publicação selecionada e 2013 apresenta oito publicações (22%). Pode-se verificar, também, que o volume de publicações sobre o assunto da QV na área do câncer gastrointestinal não é tão abrangente possibilitando a elaboração de um conjunto de novas indagações que podem ser analisadas à luz do conhecimento sistematizado. A distribuição dos 37 artigos selecionados aponta uma média de artigos é de 7,5/ano, reforçando a ideia de que ampliar a avaliação da qualidade de vida é tarefa importante e necessária.

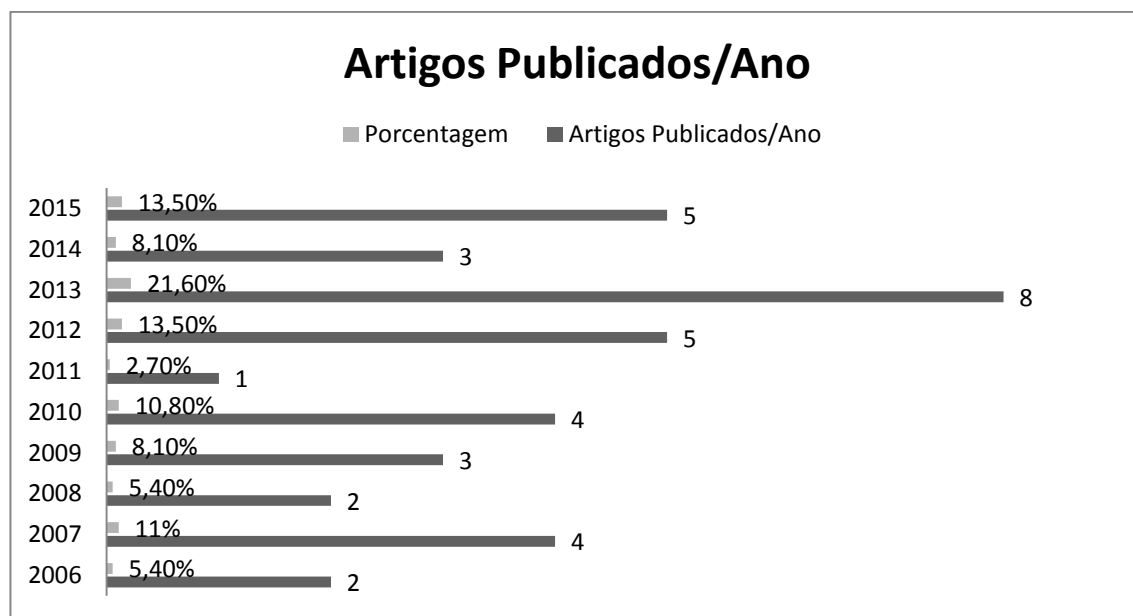


Gráfico 1. Número de publicações articulando qualidade de vida, câncer gastrointestinal e paciente cirúrgico, por ano.

Dos 37 artigos analisados, as publicações internacionais englobaram 89% dos estudos ($n = 33$), a saber: 16 em revistas ou jornais dos Estados Unidos (43%), nove em periódicos do Reino Unido (24%), três em países da Europa (8%) e dois na América Latina (5%). Na categoria "Outros" (8%) aparecem os países que publicaram um artigo cada: China, Índia e Austrália.

Com relação às publicações nacionais, elas corresponderam a quatro do total de trabalhos selecionados (11%), sendo que, destes, todos eram relatos de pesquisa publicados em periódicos veiculados no Brasil e na América Latina.

Quando se analisa país de realização do estudo alinhado ao país de publicação, averigua-se que essa sintonia ocorre em somente 10 (27%) países, sendo liderados pelo Brasil que realizou e publicou quatro estudos.

Dois artigos têm seu texto completo disponível nas bases de dados, com sua apresentação na língua original dos pesquisadores (chinês e japonês), o que não viabilizou sua análise.

Características gerais da amostra

Os estudos selecionados para essa revisão avaliaram um total de 4461 participantes com uma média de 120,5 participantes por estudo. O maior deles contou com 679 participantes e o menor com 24 participantes. Não foi possível verificar a proporção de indivíduos do sexo masculino e feminino ao longo do período.

Fazendo a análise da base das amostras averiguou-se que 30 eram de base hospitalar (81%), quatro de base ambulatorial (11%) e três não especificaram tal característica (8%).

Análise de aspectos substanciais

Essa seção destina-se, principalmente, a responder as seguintes perguntas:

- 1) Qual o conceito ou noção de QV estabelecido pela literatura?
- 2) Quais são os métodos existentes para avaliar a QV de pacientes cirúrgicos com câncer do aparelho gastrointestinal?
- 3) Quais são os principais resultados acerca da QV de pacientes cirúrgicos com câncer do aparelho gastrointestinal?

Ao averiguar a definição conceitual de qualidade de vida utilizada nos artigos selecionados, verificou-se que somente em cinco (13,5%) deles é apresentada a definição com sua respectiva referência. Em 19 estudos (51,5%) só se apresentou uma noção de QV quase sempre vinculada a esta ser uma importante medida de avaliação do resultado do tratamento. E em 13 pesquisas (35%) não foi explicitada a definição do conceito, nem ao menos é apresentada uma noção a cerca do tema.

Os instrumentos mais utilizados pelos investigadores, relativos à qualidade de vida dos indivíduos com câncer do aparelho gastrointestinal, bem como a frequência com que são utilizados, são apresentados no Quadro 2. Assim, observou-se que, em

sua maioria, os estudos utilizaram mais de um instrumento para a sua pesquisa (seja padronizado ou não).

Quadro 2. Instrumentos mais utilizados para avaliar a QV dos pacientes cirúrgicos com câncer do aparelho gastrointestinal e número de artigos avaliados em que se relata sua utilização

INSTRUMENTO	TIPO	Nº de Artigos
EORTC QLQ – C30	Específico	25
EORTC – OES 18	Específico	13
EORTC QLQ – CR 38	Específico	3
EURO EQ – 5D	Genérico	3
Short- Form - 12 (SF - 12)	Genérico	3
Short- Form - 36 (SF - 36)	Genérico	2
Short- Form - 20 (SF - 20)	Genérico	2
WHOQOL – bref	Genérico	1

O Questionário de Qualidade de Vida da *European Organization for Research and Treatment of Cancer* - EORTC QLQ-C30 foi o instrumento mais utilizado para avaliar a QV em 25 pesquisas (68%), destacando o uso do módulo específico QLQ-OES18 para o câncer de esôfago em 13 estudos (35%), o que lhes confere validade e um elevado grau de confiança em pesquisas sobre qualidade de vida. Credita-se essa prevalência na aplicação do referido instrumento, que foi desenvolvido para avaliar de forma ampla a QV de portadores de câncer.

O questionário inclui 30 perguntas relacionadas a cinco escalas funcionais (física, cognitiva, emocional, funcional e social), uma escala sobre o estado de saúde global, três escalas de sintomas (fadiga, dor e náuseas/vômitos) e seis itens de sintomas adicionais: dispneia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia e dificuldades financeiras (Brabo, 2006). Avalia efeitos colaterais do tratamento, sofrimento psicológico, funcionamento físico, interação social, sexualidade, imagem corporal, saúde global, e satisfação com cuidado médico.

Os resultados, ainda, apontam que o diagnóstico de câncer seguido de procedimento cirúrgico teve impacto negativo e temporário na maioria dos aspectos da QV, principalmente no pós-operatório imediato e que a mesma foi sendo recuperada gradativamente com o passar do tempo, principalmente entre seis e doze (Yasuda *et al.*, 2007; Lagergren *et al.*, 2007; Egberts *et al.*, 2008; Zhang *et al.*, 2009; Khan *et al.*, 2013; França Neto *et al.*, 2013).

As pesquisas indicam que em pacientes com câncer gástrico, câncer colorretal e câncer de pâncreas, a QV retorna a níveis de base aferidos antes dos procedimentos cirúrgicos (Amemiya *et al.*, 2007; Munene *et al.*, 2012; Eshuis *et al.*, 2015; Lizdenis *et al.*, 2015).

Foi verificado que o estado de saúde global dos pacientes com câncer de esôfago deteriorou-se logo após a cirurgia, e houve prejuízo em todos os escores funcionais nos respectivos estudos (Egberts *et al.*, 2008; Djärv *et al.*, 2009). Os testes aplicados apontam comprometimento da QV relacionados a todos os sintomas avaliados pelo EORTC QLQ C-30 e seu módulo específico (Gockel, Gönner, Domeyer, Lang & Junginger, 2010; Khan *et al.*, 2013; Scarpa *et al.*, 2013).

Os testes aplicados, EORTC QLQ-C30, QLQ-OES18, QLQ-CR38, apontaram piores escores de QV relacionados à dispnéia, à dor, à fadiga, às náuseas e à perda de apetite (Djärv *et al.*, 2009; Zhang *et al.*, 2013; Emmertsen *et al.*, 2013; Soriano *et al.*, 2013; Pollett *et al.*, 2014; Cavallin *et al.*, 2015).

Outra asseveração trazida pelos estudos está centrada na comparação entre técnicas cirúrgicas que, em sua maioria, reportam a constatação de que a QV se encontra consideravelmente deteriorada (Doornebosch *et al.*, 2006; Samarasam *et al.*, 2006; Yasuda *et al.*, 2007; Oliveira *et al.*, 2010; Pollett *et al.*, 2014; Ramakrishnaiah *et al.*, 2014; Zhang *et al.*, 2015).

A maioria dos estudos era longitudinal prospectivo totalizando 15 (40,5%), cinco estudos eram clínico randomizado prospectivo (13,5%), sete eram transversais (19%), sete observacional prospectivo (19%) e três eram estudos observacionais (8%). Na descrição do tipo de estudos incluídos nesta revisão não foi observado o uso de metodologia qualitativa e/ou triangulada, o que sugere uma margem expressiva para o desenvolvimento de investigações que, além de quantificar a QV, proporciona, também, um conhecimento sobre a atribuição de sentido, particular e singular, que cada um faz de uma vida com qualidade.

Dos 37 artigos selecionados, em 13 deles a indicação das limitações dos estudos não foi realizada (35%), o que restringe a indicação de qualquer tipo de aprimoramento. Desse modo, 24 evidenciaram as limitações de seus achados (65%), e destes, três consideraram vieses de aferição e oito de seleção, 12 apontam como limitação o número reduzido de participantes, amostra pequena, e dois apontam como limitação o desenho do estudo. Verificou-se que somente quatro, de todos os artigos, declararam o uso de estratégias para minimização desses vieses.

Em 25 estudos (68%), foi avaliada a QV dos sujeitos em dois ou mais momentos diferentes, em que se avaliou o referido construto utilizando a comparação de instrumentos de avaliação de QV, resultados de diferentes técnicas cirúrgicas, evolução clínica das doenças, impacto de comorbidades e mortalidade.

Uma averiguação pertinente que não pode ser feita está relacionada com os pesquisadores: “quem é esse profissional?”. É primordial que diferentes profissionais da saúde pesquisem sobre esses temas, para que se possa oferecer uma atenção integral e assertiva ao paciente e também à sua família. Além disso, cabe destacar a relevância de se realizar investigações em equipes constituídas de diferentes profissionais, resultado que ratifica a tendência multi e interdisciplinar do tema, já que nenhuma

ciência é capaz de, sozinha abarcar a totalidade do conhecimento necessário sobre um tema tão complexo como é a QV relacionada ao câncer.

Em conformidade com as orientações teóricas a respeito do conceito “qualidade de vida” pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1994, aferiu-se que 100% dos artigos analisados consideraram respostas emitidas pelos pacientes, o que se associa com a necessidade de se tratar QV como um conceito permeado pela percepção pessoal do avaliado. Desta forma, são elementos que perpassam a avaliação da QV, tanto o indivíduo perceber e valorar sua posição na vida, no seu contexto cultural e no sistema de valores, com distintos níveis de consciência sobre a sua experiência pessoal, quanto o menos considerar os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Em outros termos, ainda que implicitamente, nos diferentes estudos, apresenta-se uma característica desse conceito da OMS.

Em comparação, houve, nos estudos analisados, uma redução do conceito de QV a uma sinonímia com a concepção de saúde. Tais investigações avaliaram QV com uma formulação já posta e definida o que não corrobora com as constatações de que tal definição possui uma gama variada de acepções, com inúmeras possibilidades de enfoque e distintas questões teórico-metodológicas (Vido & Fernandes, 2007) e de que se trata de um construto “cultural (por vezes contraditório) que precisa, constantemente, ser revisado, discutido e transformado de acordo com o avanço do conhecimento e da sociedade” (Pereira *et al.*, 2012).

Apesar de a busca manual não ter trazido acesso à amostra inicialmente selecionada, é relevante ressaltar que a busca eletrônica pode ter sido comprometida pela própria definição do termo qualidade de vida. Como esse conceito, enquanto indexador, por exemplo, é nitidamente contemporâneo, é factível que estudos que

tratam de qualidade de vida, por uma sinonímia não avaliada na busca eletrônica desta pesquisa, tenham sido excluídos não intencionalmente deste trabalho.

Ressalta-se aqui a significativa quantidade de pesquisas que relacionam a qualidade de vida e o câncer gastrointestinal nos diferentes tipos de tratamentos como a radioterapia e a quimioterapia, embora não seja objeto desta revisão, acredita-se que tal situação demonstra a necessidade cada vez mais crescente de se avaliar novos procedimentos e novas medicações em pacientes com doença oncológica e em diferentes fases de tratamento, focando o aspecto multidimensional do paciente e, portanto, a percepção subjetiva do mesmo sobre sua saúde e sua vida em geral.

Observa-se que a QV pode ser modificada tanto por resultantes instantâneas quanto por seguimento do tratamento em longo prazo, particularmente em doenças crônicas. Segundo Testa e Simonson (1996), os tratamentos podem ter consequências contíguas na QV do paciente, tais como redução dos sintomas, mudança no estilo de vida ou aparecimento de efeitos colaterais. Essas resultantes podem modificar a colaboração do paciente e influenciar o risco de complicações tardias da doença. Com a atenuação do risco de óbices tardios, o paciente poderia angariar um acréscimo no número absoluto de anos de vida e também maior ciclo de bem-estar e melhor saúde.

Destaca-se que se faz imprescindível figurar nos artigos publicados a possibilidade de ocorrência de vieses, uma vez que tais características metodológicas são de fundamental importância para o reconhecimento da pertinência dos estudos realizados.

O fato de terem sido selecionados inicialmente 409 artigos por meio das palavras-chave, tendo sido incluídos na pesquisa 37 desse total, remetem a três limitações no estudo: (a) alguma dificuldade na estratégia de busca dos artigos, podendo ter sido a mesma muito abrangente e, portanto, não muito eficaz para

localizar estritamente a relação existente entre qualidade de vida, câncer gastrointestinal e paciente cirúrgico; (b) dificuldade de acesso aos textos na íntegra o que pode ter levado à exclusão de estudos relevantes, algo que remonta à necessidade de facilitar o acesso à produção científica na íntegra, para contribuir na melhor compreensão da relação entre as variáveis pesquisadas; e (c) uma provável tendência à certificação de que boa parte dos artigos aponta que seu objetivo é a avaliação de aspectos da QV e, na realidade, tal intenção não é atingida, principalmente porque vários artigos tratam da descrição de técnicas e/ou terapêuticas específicas, em que a visão do paciente não foi privilegiada na descrição do evento estudado, ocorrendo a valoração da dimensão saúde física quando este tipo de abordagem se efetiva.

As avaliações de QV proporcionam inúmeras perspectivas de uso na prática clínica, podendo ser empregadas para identificar problemas, melhorar a comunicação com os pacientes, evitar potenciais adversidades, revelar preferências dos pacientes, monitorar mudanças ou respostas ao tratamento e para treinamento de pessoal. Também podem ser utilizadas em auditorias e administração, além de respaldar a elaboração de políticas públicas de saúde.

A mensuração da QV auxilia na comparação de tratamentos no sentido de definir quais de seus aspectos da vida do paciente podem ser influenciados por determinada proposta terapêutica (Fayers & Machin, 2000). Esses tópicos podem ser tanto benéficos, tais como melhora da capacidade de autocuidado de um paciente em cuidados paliativos, quanto negativos, há exemplo da toxicidade e efeitos colaterais do tratamento.

Entretanto, as evidências desses benefícios ou malefícios são escassas porque essas medidas são esporadicamente usadas na prática clínica. Seidl e Zannon (2004) relatam que os obstáculos relativos à avaliação da QV talvez sejam limitantes para sua

inclusão na prática clínica, principalmente pela insatisfatória disponibilidade de informação das equipes de saúde sobre as diferentes possibilidades existentes para investigações da QV.

Sublinha-se que, ao analisar a definição conceitual de QV utilizada nos artigos selecionados é de fundamental importância, mesmo sabendo que qualidade de vida é um conceito subjetivo e multidimensional, que essa investigação ocorra dentro de padrões e rigores metodológicos. Cabe, neste trabalho, salientar que essa característica tão peculiar do referido construto não pode conduzir à estagnação deste tipo de investigação.

CONCLUSÃO

A constatação mais relevante, observando-se formalmente o universo analisado nesta revisão e tendo o cuidado de não realizar generalização, é a de indicar que vários aspectos da QV estão prejudicados, principalmente, os obtidos por meio das escalas de saúde global, da função papel, emocional e física e dos sintomas, dentre esses, destacam-se a dor, a dispnéia e a fadiga.

Esta abordagem do material recuperado constituiu-se apenas em um recorte da literatura científica sobre o paciente com doença oncológica gastrointestinal submetido à intervenção cirúrgica. Destaca-se a relevância de novos estudos que tragam luz à percepção da QV do referido indivíduo principalmente quando ocorre a incorporação do ponto de vista do mesmo, focalizando a avaliação e tratamento no paciente mais do que na doença, ressaltando a importância da singularidade e subjetividade do tema investigado. Dessa forma, faz-se mister que novas investigações envolvam diferentes profissionais da saúde, pois somente a partir de sólido conhecimento pode-se

desenvolver e implantar serviços adequados de atenção integral ao paciente com câncer.

REFERÊNCIAS

Almeida, M. A. B., Gutierrez, G. L. & Marques, R. (2013). Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. *Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP*, 2012. Retirado em 11 de maio de 2013, do site: <http://each.uspnet.usp.br/>.

Amemiya, T. *et al.* (2007). Activities of daily living and quality of life of elderly patients after elective surgery for gastric and colorectal cancers. *Ann Surg*, 246, 222–228. Retirado em 03 de fevereiro de 2016, do site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1933572/>.

Arancibia, H. *et al.* (2009). Análisis de calidad de vida en pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico. *Rev. Médica Chile*, 137, 481-486. Retirado em 03 de março de 2013, do site: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v137n4/art05.pdf>.

Belasco, A. G. S.; & Sesso, R. C. C. (2006). Qualidade de Vida: Princípios, Focos de Estudo e Intervenções. Em: Diniz, D. P.; Schor, N. (Orgs.), *Guia de Qualidade de Vida* (pp. 01-10). Barueri, 1ª ed. Manole.

Brabo, E. P. (2006). *Validação para o Brasil do Questionário de Qualidade de Vida para Pacientes com Câncer de Pulmão QLQ LC-13 da Organização Européia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer*. Dissertação de Mestrado em Clínica Médica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Brasil, Portal Brasil. Câncer mata pelo menos 8 milhões de pessoas no mundo anualmente. Retirado em 31 de agosto de 2015, do site: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/02/cancer-mata-pelo-menos-8-milhoes-de-pessoas-no-mundo-todos-os-anos>.

Calvetti, P. U., Figuera, J., Muller, M. C. & Poli, M. C. (2006). Psicologia da saúde e qualidade de vida: pesquisas e intervenções em psicologia clínica. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 14, 18-23. Retirado em 06 de abril 2014, do site: <http://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/>.

Cavallin, F. *et al.* (2015) Health related quality of life after oesophagectomy: elderly patients refer similar eating and swallowing difficulties than younger patients. *BMC Cancer*. 15. Retirado em 03 de fevereiro de 2016, do site: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4578681/pdf/12885_2015_Article_1647.pdf.

Cella, D.F. & Cherin, E.A. (1988). Quality of life during and after cancer treatment. *Cancer*, v.14 n. 5, 69-75.

Diniz, D. P. & Schor, N. (Orgs.). (2006). *Guia de Qualidade de Vida*. Barueri, Manole.

Djärv, T.; Blazeby, J. M. & Lagergren, P. (2009). Predictors of Postoperative Quality of Life After Esophagectomy for Cancer. *J Clin Oncol.* 27, 1963-1968. Retirado em 03 fevereiro de 2016, do site: <http://jco.ascopubs.org/content/27/12/1963.full.pdf+html>.

Doornebosch, P. G. *et al.* (2007). Quality of life after transanal endoscopic microsurgery and total mesorectal excision in early rectal cancer. *Colorectal Disease*, 9, 553-558. Retirado em 03 fevereiro de 2016, do site: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1111/j.1463-1318.2006>.

Duarte, P. S. & Ciconelli, R. M. (2006). Instrumentos para a Avaliação de Qualidade de Vida: Genéricos e Específicos. Em: Diniz, D. P. & Schor, N. (Orgs). *Guia de Qualidade de Vida* (pp. 11-18). Barueri: Manole.

Egberts, J. H. *et al.* (2008). Impact of the Site of Anastomosis after Oncologic Esophagectomy on Quality of Life — A Prospective, Longitudinal Outcome Study. *Ann of Surg Oncol.* 15, 566-575. Retirado em 06 fevereiro de 2016, do site: <http://link.springer.com/article/10.1245%2Fs10>.

Emmertsen, K. J.; & Lauberg, S. (2013). Impact of bowel dysfunction on quality of life after sphincter-preserving resection for rectal cancer. *British Journal of Surgery.* 100, 1377-1387. Retirado em 03 fevereiro de 2016, do site: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002.9223>.

Eshuis, W. J. *et al.* (2015). Gastric emptying and quality of life after pancreatoduodenectomy with retrocolic or antecolic gastroenteric anastomosis. *Br J Surg.* 102, 1123–1132. Retirado em 06 de fevereiro de 2016, do site: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bjs.9812/epdf>.

Evangelista, J.C. (2008). Câncer gastrointestinal. Em: Carvalho, V. A. (Org.). *Temas em Psico-oncologia* (pp.100-108). São Paulo: Summus Editorial.

Fayers, P. M. & Machin, D. (2002). Quality of life: Assessment, analysis and interpretation. *Chichester: John Wiley*. Retirado em 30 de outubro de 2015, do site: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/0470846283.fmatter_indsb/pdf.

Fleck, M. P. A., *et al.* (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saúde Pública.* São Paulo, 34, 178-183. Retirado em 15 de janeiro de 2016, do site: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=.

França Neto, P. R., Queiroz, F. L., Staino, I. R. F. L., Lacerda Filho, A. (2013). Quality of life assessment in the late postoperative period of patients with rectal cancer submitted to total mesorectal excision. *J. Coloproctol.* 33, 50-57. Retirado em 03 de fevereiro de 2016, do site em: <http://www.scielo.br/pdf/jcol/v33n2/2237-9363-jcol-33-02-050.pdf>.

Gockel, I., Gönner, U., Domeyer, M., Lang, H. & Junginger, T. (2010). Long-term survivors of esophageal cancer: Disease-specific quality of life, general health and complications. *J of Surg Oncology.* 102, 516-522. Retirado em 08 de

fevereiro de 2016, do site em:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jso.21434/pdf>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Estatística do século XX. Retirado em 08 de novembro de 2015, do site:
<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/29092003estatisticasecxxhtml.shtm>.

Khan, S. A.
Influence of enhanced recovery after surgery pathways and laparoscopic surgery on health-related quality of life. (2013). *Colorectal Dis.* 15, n. 7, 900-907. Retirado em 06 de fevereiro de 2016, do site: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/codi>.

Lagergren, P. *et al.* (2007). Health-related quality of life among patients cured by surgery for esophageal cancer. *Cancer.* 110, 686-693. Retirado em 03 de fevereiro de 2016, do site: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/cncr.22833>.

Lizdenis, P. *et al.* (2015). Short-term results of quality of life for curatively treated colorectal cancer patients in Lithuania. *Medicina.* 51, 132–37. Retirado em 06 de fevereiro de 2016, do site: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/>.

Martins, J. & Bicudo, M. A. V. (1989). *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: EDUC.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA (2014). *Estimativa 2014/2015 – Incidência de câncer no Brasil*. Retirado em 11 de maio 2013, do site: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa2014.pdf>.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA (2015). *Estimativa 2016/2017 – Incidência de câncer no Brasil*. Retirado em 04 de dezembro de 2015, do site: <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/estimativa-2016.asp>.

Munene, G. (2012). The quality of life trajectory of resected gastric cancer. *Jour of surgic oncol.* 105, 337-341. Retirado em 03 de fevereiro de 2016, do site: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jso.22139/epdf>.

Nicolussi, A. C. & Sawada, N. O. (2010). Fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto. *Acta Paul Enferm.* 23, 125-130. Retirado em 04 de agosto de 2013, do site: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/20.pdf>

Nunes, S. M., Monteiro, A. & Rato, L. (2012). Um Estudo Longitudinal sobre Qualidade de Vida em Pacientes Submetidos à Cirurgia Oncológica na ULS de Castelo Branco Mediante a Aplicação do SF-36. *Revista de Saúde Amato Lusitano.* 30, 6-11. Retirado em 19 de abril de 2014, do site: <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/>.

Oliveira, T. A. N. de *et al.* (2010). Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes Submetidos à Ressecção Colorretal por Via Laparoscópica ou Aberta em Período Pós-Operatório Inicial. *Rev bras Coloproct.* 30, 37-44. Retirado em 06 de fevereiro de 2016, do site: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802010000100005.

Pereira, E. F. *et al.* (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev. bras. Educ. Fís. Esporte*, São Paulo, 26, 241-50. Retirado em 14 de outubro de 2015, do site: <http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n2/07.pdf>.

Pollett, W. G. *et al.* (2014). Quality of life after surgery in individuals with familial colorectal cancer: does extended surgery have an adverse impact? *ANZ J Surg.* 84, 359-364. Retirado em 03 de fevereiro de 2016, do site: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ans.12336/epdf>

Ramakrishnaiah, V. P. N., Dash, N., Pal, S., Sahni, P. & Kanti, C. (2014). Quality of life after oesophagectomy in patients with carcinoma of oesophagus: A prospective study. *Indian J Cancer.* 51, 346-351. Retirado em 06 de fevereiro de 2016, do site: <http://www.indianjcancer.com/article.asp?issn=0019-509X>.

Rosas, M. S. L. *et al.* (2013). Incidência do Câncer no Brasil e o Potencial Uso dos Derivados de Isatinas na Cancerologia Experimental. *Rev. Virtual Quim.*, 5, 243-265. Retirado em 31 de agosto de 2015, do site: <http://www.uff.br/RVQ/index.php/rvq/article/viewArticle/407>.

Samarasam, I. Chadran, B. S., Sitaram, V., Perakath, B., Nair, A. & Mathew, G. (2006). Palliative gastrectomy in advanced gastric cancer: is it worthwhile? *ANZ Journal of surgery.* 76, 60 -63. Retirado em 03 de fevereiro de 2016, do site: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1111/j.1445-2197>.

Samapio, R. F, Mancini, M. C. (2007). Estudos de Revisão Sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica *Rev. bras. fisioter.*, São Carlos, 11, 83-89. Retirado em 03 de setembro de 2016, do site: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>.

Scarpa, M. *et al.* (2013). Health-related quality of life in patients esophageal cancer predictors analysis at the different steps of treatment. *J Gastrointest Surg.* 142, 421–433. Retirado em 15 de setembro de 2013, do site: [http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(12\)64064-5/pdf](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(12)64064-5/pdf).

Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. L. da C. (2004). Qualidade de Vida e Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública.* 20, 580-588. Retirado em 14 de março de 2013, do site: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>.

Soriano, M., Cantero, R., Perez, J. C. G., Ferrigni, C., Cruzado, J.A. & Blasco, J. A. (2013). Cirugía abierta vs. laparoscópica: calidad de vida y sintomatología ansioso-depresiva en cáncer colorrectal. *Rev Argent Coloproct.* 24, 29-36. Retirado em 03 de fevereiro de 2016, do site: http://sacp.org.ar/revista/files/PDF/24_01_07.pdf.

Testa, M. A. & Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med.* 334, 835-840. Retirado em 30 de outubro de 2015, do site: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199603283341306>.

Vido, M. B. & Fernandes, R. A. Q. (2007). Quality of life: considerations about concept and instruments of measure. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 6. Retirado em 06 de abril de 2014, do site: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/870>.

Yasuda, K., Shiraishi, N., Etoh, T., Shiromizu, A., Inomata, M. & Kitano, S. (2007). Long-term quality of life after laparoscopy-assisted distal gastrectomy for gastric cancer. *Surg Endosc*. 21, 2150-2153. Retirado em 03 de fevereiro de 2016, do site: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00464-007-9322-9>.

Zandonai, A. P. Cardozo, F. M. C., Nieto, I. N.G. & Sawada, N. O. (2010). Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. *Rev. Eletr. Enfermagem*. 12, 554-561. Retirado em 03 abril de 2013, do site: <http://www.fen.ufg.br/>.

Zhang, H., Sun, Z., Xu, H. M., Shan, J. X., Wong, S. B., & Chen, J. Q. (2009). Improved quality of life in patients with gastric cancer after esophagogastronomy reconstruction. *World J Gastroenterol*. 15, 3183–3190. Retirado em 06 fevereiro de 2016, do site: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v15/i25/3183.htm>.

Zhang, M., Wu, Q. C., Li, Q., Jiang, Y. J., Zhang, C. & Chen, D. (2013). Comparison of the health-related quality of life in patients with narrow gastric tube and whole stomach reconstruction after oncologic esophagectomy: A prospective randomized study. *Scand Journal of Surg*. 102, 77–82. Retirado em 03 fevereiro de 2016, do site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23820680>.

Zhang, M., Li, Q., Tie, H. T. Jiang, Y. J. & Wu, Q. C. (2015). Methods of reconstruction after esophagectomy on long-term health-related quality of life: a prospective, randomized study of 5-year follow-up. *Med Oncol*. 32, 122-126. Retirado em 03 fevereiro de 2016, do site: <http://download.springer.com/static/pdf/493/art%>.

4.2. Artigo 2

Qualidade de vida de pacientes operados por câncer gastrointestinal: estudo comparativo das fases 30 e 60 dias pós cirurgia

Luciana Marya Gusmão Tartuce^{1*2}, Valeriana de Castro Guimarães^{1*2},
Sebastião Benício da Costa Neto^{2*3}

1-Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde / Faculdade de Medicina / UFG

2- Hospital das Clínicas – UFG / 3 – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Email: lumaryg@gmail.com

Resumo

Introdução: Como conhecido problema de saúde pública, o câncer se destaca, tanto por sua incidência, quanto pelo impacto do seu diagnóstico e tratamento, podendo gerar desordem emocional e psicossocial nos pacientes oncológicos, reduzindo sua percepção de qualidade de vida (QV). A QV é um importante parâmetro da resposta do paciente à doença e ao tratamento por mapear sintomas, controlar efeitos colaterais e contribuir na elaboração de intervenções e na integralidade nos cuidados em saúde. O objetivo deste estudo foi avaliar a QV relacionada à saúde de pacientes operados por câncer do aparelho gastrointestinal, assistidos na clínica cirúrgica de um hospital universitário de referência em Goiás, comparando-se as fases 30 e 60 dias pós-cirurgia. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e quantitativo sobre QV, envolvendo 31 participantes, de ambos os sexos, adultos, operados por câncer do aparelho gastrointestinal, no período de março a dezembro de 2015, empregando-se os questionários WHOQOL-bref e EORTC QLQ C-30. A análise estatística consistiu-se em avaliação dos escores funcionais e de sintomas, com nível de significância de 0,05. **Resultados:** Dos participantes, na maioria mulheres, provenientes da capital, com faixa etária predominante entre 60 e 69 anos, prevalência de casados, aposentados, católicos e nível de escolaridade fundamental. O diagnóstico predominante foi o câncer colorretal, sendo que a maior parte dos pacientes ficou, em média, 14 dias internado e tinha mais de uma experiência de internação. A qualidade de vida foi considerada regular nos dois momentos, sendo que o domínio mais afetado foi o Físico. **Conclusão:** Constatou-se, após o processo cirúrgico, que a QV percebida dos participantes teve poucas alterações significativas comparando-se os momentos 30 e 60 dias pós-cirúrgicos, sendo que esta modalidade de tratamento, em geral, pôde ser considerada como benéfica. Além disso, compreende-se pela necessidade de realização de novos estudos que possam aumentar a casuística estudada, quanto elucidar a atribuição de sentidos dos participantes aos diversos atos que envolvem o próprio tratamento cirúrgico do câncer.

Palavras-chave: qualidade de vida; câncer gastrointestinal; pacientes operados.

INTRODUÇÃO

O expressivo desenvolvimento da Medicina nas últimas décadas, consequência dos avanços nos tratamentos, paralelo à melhoria das condições de vida, possibilita que a expectativa de vida do ser humano venha a aumentar permanentemente. Tal situação promove a modificação do perfil de morbimortalidade, acarretando o crescimento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, tais como o câncer [1,2,3].

O câncer é considerado um expressivo problema de saúde pública, em virtude do aumento da incidência em todo o mundo, representando, no Brasil, a segunda causa de morte por doença, suplantado apenas por doenças cardiovasculares. O impacto global do câncer mais que dobrou em 30 anos [4,5], sendo que vários aspectos, tais como o diagnóstico precoce e os meios de reabilitação, física, social e psicológica, são importantes no enfrentamento da doença.

O câncer do aparelho gastrointestinal reúne as seguintes categorias: câncer do esôfago, do estômago, do intestino delgado, do pâncreas, do fígado e o colorretal [6].

No Brasil, as estimativas demonstram que, no ano de 2016, a ocorrência será de, aproximadamente, 596.000 casos novos de câncer (Quadro 1), sendo o de cólon e reto o quarto mais frequente (5,8%) e o de estômago o sexto mais frequente (3,4% do total).

Quadro 1 - Estimativa de cânceres mais incidentes no Brasil/2016

TIPO DE CÂNCER	ESTIMATIVA	PORCENTAGEM %
Pele não melanoma	175.760	29
Próstata	61.200	10,3
Mama feminina	57.960	9,7
Cólon e reto	34.280	5,8
Pulmão/Traqueia/Brônquio	28.200	4,7
Estômago	20.520	3,4
Colo do útero	16.340	2,7
Cavidade oral	15.490	2,6
Outros	186.250	31,8
Total (2016)	596.000	100

Fonte: INCA 2015 [7]

No Estado de Goiás, as previsões demonstram que no ano de 2016, a ocorrência será de cerca de 17.810 casos novos de câncer (Quadro 2), sendo que o câncer de cólon e reto permanece em quarta posição (5,3%), mas o de estômago desce para a sétima posição (2,9%), comparado a sua colocação no cenário nacional.

Quadro 2 – Estimativa de cânceres mais incidentes em Goiás/2016

TIPO DE CÂNCER	ESTIMATIVA	PORCENTAGEM %
Pele não melanoma	6.200	34,8
Próstata	2.070	11,6
Mama feminina	1.680	9,4
Cólon e reto	940	5,3
Pulmão/Traqueia/Brônquio	800	4,5
Colo do útero	600	3,4
Estômago	510	2,9
Cavidade oral	380	2,1
Outros	4.630	26
Total (2016):	17.810	100

Fonte: INCA 2015 [7]

A projeção para 2015, relacionada ao câncer do aparelho gastrointestinal, foi de 257.870 casos do sexo masculino e de 260.640 casos do sexo feminino [5]. Os pacientes acometidos por este tipo de câncer têm, entre os enfermos oncológicos, os piores prognósticos. Apesar das probabilidades reduzidas, com as melhorias produzidas nos tratamentos, mais desses doentes estão se tornando sobreviventes em longo prazo [8].

O diagnóstico de doença oncológica confirma a premissa de que, para vários pacientes o câncer, deixou de ser uma enfermidade letal, convertendo-se em uma afecção crônica de longa duração, com tratamentos complexos e por vezes tóxicos [8].

O diagnóstico de câncer, quase sempre, provoca um efeito devastador na vida da pessoa que o recebe – e de sua família. Baseado nessa condição, compreende-se que o cuidado com o impacto emocional acarretado pela doença e/ou tratamento é fundamental na assistência ao paciente oncológico [9,10,11,12].

A Psicologia, por meio da psico-oncologia, evidencia a pertinência de oportunizar um cuidado integral tanto ao paciente oncológico quanto a seus familiares, seus cuidadores e equipe de saúde, que implica em favorecer o

atendimento com o intuito de preservar ou impulsionar a QV de todos os implicados neste cenário [13]. Para alcançar esta finalidade, é necessário, além do controle de sintomas, o apoio à estabilidade da estrutura familiar, à comunicação adequada entre os membros da equipe de saúde, como também suporte emocional, espiritual e social.

A doença sempre atinge um sujeito individualizado e, por isso, o mesmo deve ser abordado dentro da sua particularidade e da sua singularidade de personalidade, de família e de relações sociais, respeitando ou considerando a influência de seus desejos e anseios como ser humano [2,14].

A doença oncológica compromete a vida do enfermo de modo global, influencia seu comportamento, suas relações sociais e afetivas, modificando até a percepção que tem de si próprio [15]. Associado a esse contexto, coexiste o estigma que o câncer traz consigo, estimulando preconceitos que colaboram para o aumento do sofrimento do ser adoecido e de sua família.

Dentre os tratamentos oncológicos, ressalta-se a cirurgia como parte ou como todo do tratamento (curativa ou paliativa) e sendo definida como recurso utilizado para eliminação da patologia identificada [7].

A cirurgia é um procedimento invasivo. Há uma invasão do eu físico, ou seja, o corpo propriamente dito, e/ou do eu psíquico, isto é, das emoções, dos sentimentos, das sensações, do afeto em si, o que pode comprometer a QV do indivíduo [16,17].

Trabalhando para um bom prognóstico emocional da relação do indivíduo com a cirurgia e o processo de pós-operatório e reabilitação, é importante o desenvolvimento de dois sentimentos indispensáveis ao paciente que são a confiança e a autorização. Na relação equipe de saúde e paciente, este confia na equipe e a “autoriza” a cuidar dele, manipulá-lo, ocorrendo uma autorização afetiva explícita ou implícita, minimizando a possibilidade de intercorrências e dificuldades ao longo do tratamento [18].

Um dos pressupostos das ciências da saúde é viabilizar uma compreensão de temas complexos e multideterminados, tais como o da qualidade de vida no processo saúde/doença no transcorrer do tempo. Tal situação assume importância particular em pacientes com doença oncológica [19].

Vários aspectos necessitam ser elencados na avaliação da QV de pacientes com câncer: bem-estar físico, funcional, psicológico e social, além de expectativas

frente à recuperação, do nível de otimismo e da prospecção de vida futura [20]. A visão holística do homem como um ser biopsicossocioespiritual passa a ganhar espaço.

Ao se analisar a definição de QV, é importante compreendê-la como sendo composta por três aspectos: o bem-estar subjetivo, que se relaciona a percepção do indivíduo, aos seus valores e às suas crenças; a saúde, entendida como um estado de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença; o bem-estar social, que se integra à situação do indivíduo em relação ao seu ambiente e sociedade [21].

São identificadas duas tendências quanto à conceituação do termo QV nesta área específica: QV como um conceito mais genérico, que se sobressai nos estudos sociológicos; e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), que enfoca aspectos associados às enfermidades, às disfunções e às intervenções terapêuticas em saúde [22].

Abordando a primeira tendência, QV é conceituada de forma mais ampla, sem fazer menção a disfunções ou agravos. Essa abordagem é exemplificada pela conceituação que foi adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em que QV foi definida 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” [23].

Qualidade de vida relacionada à saúde é um conceito subjetivo e multidimensional que reflete a funcionalidade e o bem-estar do paciente. Avalia o estado físico, funcional, cognitivo, psicológico, social, espiritual, bem-estar, sexualidade, percepções de saúde, satisfação com a vida, com o tratamento e seus resultados, perspectivas futuras, fatores estes significativos para a maioria das doenças crônicas, devido principalmente ao aumento da expectativa de vida da população [3,20,24].

Segundo Cella e Cherin [25] no campo distinto da oncologia, quando se examina QV, é necessário contextualizá-la de acordo com as mudanças ocorridas nas condições objetivas de saúde do enfermo, incorporando as noções e os conceitos de bem-estar, os aspectos negativos da doença e os efeitos tóxicos do tratamento.

Nas últimas décadas, ocorreu crescente interesse pela conceituação da qualidade de vida, devido à mudança dos modelos e das práticas na área da saúde

[1], instrumentos foram elaborados com o intuito de sistematizar as percepções subjetivas sobre o referido construto por meio de dados objetivos, viabilizando sua interpretação durante a pesquisa em saúde [2,26].

Tais instrumentos requerem do profissional da saúde uma adequada compreensão do paciente e a análise de suas capacidades ou limitações funcionais [22,27]. Segundo os referidos autores, os instrumentos de medida de QV compõem-se de questionários que medem sentimentos, autovalorização ou condutas, por meio de inquérito direto com o participante (entrevista) ou questionário autoaplicável.

A avaliação da QV do paciente oncológico é um importante parâmetro da resposta do paciente à doença e ao tratamento. Refere-se à análise do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, transtornos, limitações ou incapacidades podem suscitar nas pessoas acometidas, possibilitando um necessário conhecimento do paciente e de sua adaptação à condição de enfermidade [20]. Nessas situações, a compreensão sobre a QV do paciente é inserida na rotina de trabalho dos serviços de saúde.

Examinar a QV em indivíduos enfermos é relevante para fomentar informação relacionada a decisões de tratamento, à história dos sintomas da doença, aos efeitos colaterais não desejados e a estipular intervenções para melhorar sintomas e queixas [20,28].

De acordo com Del Castillo *et al.* [29], ratificando Belasco e Sesso [22] e também Vido e Fernandes [27], são três as propriedades que um instrumento deve reter para que seja classificado como confiável: reprodutibilidade (produzir resultados iguais ou congêneres, em duas ou mais aplicações para o mesmo participante); validade (avalia se as questões dizem respeito ao objetivo especificado na avaliação); e sensibilidade a uma alteração (se refere à habilidade da avaliação em exprimir as genuínas mudanças ou diferenças na qualidade de vida do participante). Contudo, pode-se levantar ao menos um problema em relação à reprodutibilidade: o objeto QV, por definição, não se mantém estável, necessariamente, ao longo do tempo. A percepção da QV pode ser alterada tão rapidamente quanto forem alteradas as condições pessoais, sociais e ambientais do indivíduo.

O objetivo de delinear um instrumento que avaliasse a QV dentro de uma fidedigna concepção internacional, fez com que a OMS desenvolvesse um projeto colaborativo multicêntrico. O resultado desta proposta foi a elaboração de instrumentos de caráter transcultural e que valorizam a percepção individual da

pessoa, podendo avaliar qualidade de vida em diversos grupos e situações [30]. Outro importante grupo que propôs a construção de instrumentos específicos para câncer foi o de qualidade de vida da *European Organization for Research and Treatment of Cancer – EORTC*, dentro de uma perspectiva transcultural.

Por fim, certifica-se que a realização de pesquisas sobre QV em pacientes oncológicos é primordial para a investigação dos domínios afetados pela enfermidade. Tornam-se importantes para fornecer informações relacionadas às condutas de tratamento, mapear os sintomas da doença, controlar os efeitos colaterais e elaborar intervenções para valorar a QV. Nesse aspecto, ainda, a QV é uma relevante premissa da resposta do paciente à doença e ao tratamento, tornando-se, essencial para a integralidade nos cuidados em saúde [3, 20].

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo primário avaliar os escores de qualidade de vida nas dimensões física, psicológica, social e familiar, funcionalidade e avaliação geral, de pacientes operados por câncer do aparelho gastrointestinal assistidos na clínica cirúrgica de um hospital universitário de referência em Goiás, comparando as fases 30 e 60 dias pós-cirurgia. E como objetivos secundários: caracterizar o perfil sociodemográfico (sexo, idade, escolaridade, estado civil, ocupação pré-mórbida - OPM, religião e procedência) dos participantes; correlacionar os dados sociodemográficos com os escores de QV.

METODOLOGIA

Questões éticas: Essa pesquisa foi desenvolvida atendendo às exigências da Resolução MS/CNS nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (CEP/ HC-UFG), conforme protocolo nº 24527613.6.0000.5078.

Participantes: No presente estudo foram incluídos 31 pacientes adultos de ambos os sexos, idade acima de 18 anos, com diagnóstico de câncer do aparelho gastrointestinal, submetidos a tratamento cirúrgico, atendidos na clínica cirúrgica de um hospital universitário de referência em Goiás, no período de março a dezembro de 2015.

Crítérios de inclusão: foram selecionados pacientes em boas condições emocionais e cognitivas, avaliados mediante o Exame Psíquico [31], cientes de seu diagnóstico

e que se disponibilizaram comparecer no ambulatório para coleta de dados, 30 e 60 dias após a cirurgia.

Critérios de exclusão: pacientes que evoluíram com transtornos psiquiátricos e que apresentaram desordem clínica que impossibilitasse a manifestação verbal.

Os instrumentos utilizados no estudo realizado foram: o questionário sociodemográfico com questões relacionadas a sexo, idade, estado civil, ocupação pré-mórbida - OPM, escolaridade, procedência e religião.

O Roteiro de Avaliação Psicológica e de Exame Psíquico, desenvolvido por Fongaro e Sebastiani, tem como atribuições principais: função diagnóstica, função de orientador de foco, fornecimento de dados sobre a estrutura psicodinâmica da personalidade da pessoa, instrumento de avaliação continuada do processo evolutivo da relação do paciente com sua doença e tratamento, história da pessoa, possibilitar diagnóstico diferencial quanto a quadros psicológicos/psiquiátricos específicos, estabelecimento das condições de relação da pessoa com seu prognóstico (limites *versus* possibilidades) [31].

Como material de avaliação da qualidade de vida dos pacientes foi utilizado o WHOQOL-bref, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, preenchendo quatro domínios: domínio físico, domínio psicológico, domínio relações sociais e domínio ambiente [30, 32, 33].

O questionário *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* - EORTC QLQ-C30 é autoaplicável, multidimensional e validado em vários países e culturas, inclusive no Brasil [34]. É um instrumento genérico de qualidade de vida para o câncer, composto por 30 questões que definem a qualidade de vida geral, cinco escalas funcionais (física, papel/desempenho, cognitiva, emocional e social), três escalas de sintomas (fadiga, dor e náusea/vômito) e seis itens simples (dispnéia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia e dificuldades financeiras).

Procedimento: Após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética de Pesquisa, entre os meses de março e dezembro de 2015, o(a) paciente foi abordado(a) em seu leito na clínica cirúrgica de um hospital universitário de referência em Goiás, onde foi avaliado(a) por meio do Roteiro de Avaliação Psicológica e de Exame Psíquico. Estando em boas condições emocionais e cognitivas, foi realizado o convite para

participação da pesquisa e prestadas informações do TCLE. Com o aceite, foi então agendado um encontro que ocorreu em seu retorno de 30 dias pós-cirurgia no ambulatório médico. Nesse encontro ocorreu uma revisão dos objetivos da pesquisa ao paciente e houve assinatura do TCLE. Em seguida foi realizada a entrevista para preenchimento do questionário sociodemográfico. Foi aplicado o WHOQOL-bref e o EORTC-QLQ-C30: a pesquisadora lia todas as perguntas e as possibilidades de resposta, deixando que o(a) participante indicasse a resposta que mais se aproximaria de sua percepção.

Em um segundo encontro, que ocorreu após 60 dias da cirurgia, o participante foi avaliado(a) com os mesmos instrumentos, excetuando o questionário sociodemográfico. O tempo médio de coleta de dados para cada participante foi de 60 minutos e não foram observadas adversidades ao longo da coleta de dados.

Após a tabulação dos dados e inserção em uma Planilha do programa SPSS, os sociodemográficos e diagnóstico foram computados em sua frequência e média, apresentados em forma de Tabela.

O questionário WHOQOL-bref e a escala EORTC QLQ-C30 foram avaliados de acordo com o seu manual de correção e seus escores foram, também, incorporados à Planilha do SPSS.

Os testes estatísticos utilizados foram descritivos (frequência, média, desvio padrão e teste de correlação de Person).

RESULTADOS

São apresentados os dados sociodemográficos e a prevalência do diagnóstico, seguidos pelos de QV nos momentos 30 e 60 após a cirurgia.

Dentre os dados sociodemográficos (Tabela 1), destaca-se que a amostra se constituiu de 31 pacientes, com predominância do sexo feminino (F=20; 64,5%), provenientes em sua maioria da capital Goiânia (F=16; 52%). A maioria dos participantes estudados está na faixa dos 60 a 69 anos de idade (F=11; 35,5%). O estado civil prevalente é de casados (F=16; 51,5%).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico de pacientes operados por câncer gastrointestinal (N=31)

CARACTERÍSTICAS	F	%
Sexo		
Masculino	11	35,5
Feminino	20	64,5
Idade		
<= 39 anos	1	3,5
40 a 49 anos	5	16,0
50 a 59 anos	7	22,5
60 a 69 anos	11	35,5
<= 70 anos	7	22,5
Estado Civil		
Casado	16	51,5
Solteiro	4	13,0
Viúvo	8	26,0
União estável	3	9,5
Ocupação pré-mórbida		
Aposentado	17	55,0
Beneficiário	2	6,5
Do lar	5	16,0
Outros	7	22,5
Religião		
Católica	22	71,0
Evangélica	8	25,5
Kardecista	1	3,5
Escolaridade		
Analfabeto/semi	8	25,5
Ensino fundamental	17	55,0
Ens. Médio/Superior	6	19,5
Procedência		
Goiânia	16	52,0
Interior de GO	10	32,0
Outros estados	5	16,0

FONTE: Pesquisa da autora 2015

Quando se verifica a ocupação pré-mórbida dos participantes constata-se que, em sua maioria, são aposentados (F=17; 55%). A amostra, no item religião, apresenta predominância de católicos (F=22; 71%). Com relação ao nível de escolaridade, a maioria (F=17; 55%), possui o nível fundamental (Tabela 1).

Tabela 2. Prevalência de diagnóstico dos pacientes operados por câncer gastrointestinal (N=31)

DIAGNÓSTICO	F	%
Colorretal	15	48,0
Gástrico	7	22,5
Intestino	5	16,0
Esôfago	2	6,5
Fígado	1	3,5
Pâncreas	1	3,5

FONTE: Pesquisa da autora (2015)

O diagnóstico predominante (Tabela 2) foi o de câncer colorretal (F= 15; 48%). Quanto ao tempo de internação a maior parte dos participantes (F=14; 45%) ficou em média 14 dias internada, 32% entre 15 e 30 dias de internação (F=10); 13 % entre 31 e 45 dias de internação (F=4), 3,5% entre 46 e 60 dias de internação (F=1; 3,5%), 6,5% acima de 60 dias de internação (F=2).

Com relação ao número de internações anteriores a maioria dos participantes (F=12; 39%) teve duas internações anteriores à internação para a cirurgia de câncer gastrointestinal; 29% (F=9) teve uma internação anterior; 39% (F=1) teve três internações anteriores e 6,5% (F=2) teve quatro internações anteriores.

Tabela 3. Avaliação e comparação da QV – WHOQOL-*bref*, 30 e 60 dias após a cirurgia de pacientes operados por câncer gastrointestinal

DOMÍNIOS	30 DIAS		60 DIAS	
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Domínio Físico	2,40	0,55	2,47	0,50
Domínio Psicológico	3,33	0,45	3,30	0,45
Relações Sociais	3,34	0,54	3,33	0,53
Meio Ambiente	3,30	0,35	3,27	0,37
Percepção QV	3,65	0,79	3,74	0,81
Satisfação Saúde	3,71	0,82	3,81	0,79

FONTE: Pesquisa da autora (2015)

A Tabela 3 retrata a classificação geral dos domínios do WHOQOL-*bref* nos momentos 30 e 60 dias após a cirurgia. No que diz respeito à avaliação da QV, a percepção foi considerada regular nos dois momentos (M=3,65; DP=0,79; M=3,74; DP=0,81, respectivamente), e também no item de satisfação com a saúde (M=3,71; DP=0,82; M=3,81; DP=0,79, respectivamente) e nos domínios psicológico (M=3,33; DP=0,45; M=3,30; DP=0,45, respectivamente), relações sociais (M=3,34; DP=0,54; M=3,33; DP=0,53, respectivamente) e meio ambiente (M=3,30; DP=0,35; M=3,27; DP=0,37, respectivamente). Já o domínio físico foi considerado insatisfatório apresentando a necessidade de melhorar (M=2,40; DP=0,55; M=2,47; DP=0,50, respectivamente).

Quando se analisou e comparou os domínios do WHOQOL – *bref* para os dois momentos (30 e 60 dias pós-cirurgia) usando o Test T, não se encontrou diferença significativa em nenhum item. O mesmo acontece quando se analisou e comparou as facetas do WHOQOL – *bref* para os dois momentos (30 e 60 dias pós-cirurgia) usando o Test T.

Tabela 4. Avaliação da QV - EORTC QLQ C-30, 30 e 60 dias após a cirurgia de pacientes operados por câncer gastrointestinal

DOMÍNIOS	30 DIAS		60 DIAS	
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Estado de Saúde Global	5,4	1,29	5,64	1,08
Escala Funcional	2,23	0,54	2,22	0,47
Escala Sintomas	1,78	0,37	1,70	0,38

FONTE: Pesquisa da autora (2015)

No QLQ C-30 (Tabela 4), o estado global de saúde retratou que os participantes consideram satisfatória sua QV. A escala funcional apontou uma QV considerada mediana, porém a média da escala de sintomas apontou uma QV considerada ruim.

Quando se analisou e comparou os domínios do EORTC QLQ-C30 para os dois momentos (30 e 60 dias pós-cirurgia) usando o Test T, não se encontrou diferença significativa em nenhuma de suas escalas ($p \leq 0,05$). O mesmo acontece quando se analisou e compararam as questões do EORTC QLQ-C30 para os dois momentos (30 e 60 dias pós-cirurgia) usando o Test T.

Tabela 5. Correlação Fatores Sociodemográficos e QV de pacientes operados por câncer gastrointestinal

		Sexo	Idade	Est Civil	Escolarid	Dom Físico	Dom Psic	Dom R Sociais	Dom Meio Ambiente	Esc Func	Esc Sint
Sexo	r	1									
	p										
Idade	r	-,085	1								
	p	,325									
Estado Civil	r	-,144	,141	1							
	p	,221	,225								
Escolaridade	r	,172	-,212	-,095	1						
	p	,177	,126	,305							
Dom Físico	r	,214	,173	-,231	-,068	1					
	p	,123	,176	,106	,358						
Dom Psicológ	r	-,208	,362*	-,154	-,034	,535**	1				
	p	,131	,023	,203	,427	,001					
Dom Rel Sociais	r	,069	-,176	-,205	,365*	-,010	,060	1			
	p	,355	,172	,134	,022	,480	,375				
Dom Meio Ambiente	r	,009	,195	-,358*	-,124	,288	,311*	,324*	1		
	P	,480	,147	,024	,253	,058	,044	,038			
Escala Funcional	R	-,409*	-,236	,236	,008	-,643**	-,381*	-,147	-,325*	1	
	P	,011	,101	,100	,482	,000	,017	,215	,037		
Escala Sintomas	R	-,154	-,184	,342*	,138	-,456**	-,160	-,072	-,501**	,546**	1
	P	,205	,161	,030	,229	,005	,195	,350	,002	,001	

FONTE: Pesquisa da autora (2015)

A correlação entre fatores sociodemográficos com escores de QV, indicada na Tabela 5, é significativa entre as seguintes variáveis: o domínio psicológico sofre efeito da idade ($r=0,362$; $p=0,023$); o domínio das relações sociais é influenciado pela escolaridade ($r=0,365$; $p=0,022$); o estado civil tende a impactar o domínio meio ambiente ($r= -0,358$; $p=0,024$); a escala funcional sofre impacto do sexo ($r= -0,409$; $p=0,011$); a escala de sintomas tende a ser impactada pelo estado civil ($r=0,342$; $p=0,030$).

DISCUSSÃO

A caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes (Tabela 1), deste estudo mostra o predomínio do sexo feminino (64,5%), ao contrário do que apontam a maioria das pesquisas similares, exceto pela pesquisa de Borges *et al.* [2]. Nas pesquisas sobre QV e doenças oncológicas gastrointestinais [2,17,19,20], a maior parte dos diagnósticos encontrados foi constituída por câncer colorretal e de esôfago (Tabela 2). Tais enfermidades são do ponto de vista epidemiológico, comuns no sexo masculino.

Nesta investigação, os diagnósticos foram múltiplos e não houve um controle de diagnóstico por sexo, sendo que predominaram as mulheres na amostra. Em relação ao estado conjugal dos pacientes, 51,5% eram casados fato corroborado pela literatura [2,8,12,19,20]. Quanto à idade, predominaram pessoas de 60 a 69 anos, como em outras pesquisas [8,17,19]. Contudo, vale ressaltar que em outros estudos [2,12,20], os intervalos de idade eram mais amplos. Quanto ao grau de instrução, 55% possuíam ensino fundamental. Este dado vai ao encontro tanto da experiência clínica obtida na instituição quanto nas descrições da literatura [12,19,20], sendo, muito provavelmente, o grau de escolaridade comum na população usuárias dos serviços públicos de saúde no Brasil.

No que se refere à ocupação pré-mórbida, observou-se que, predominante, foi de aposentados resultado também encontrado por Nunes *et al.*, e Nicolussi e Sawada [19,20], sendo que julga-se ser compatível com a faixa etária predominante dos participantes. Quanto à religião, predominante católica, resultado também observado em outras pesquisas [2, 20].

Em geral, os dados sociodemográficos e de diagnóstico sugerem que os participantes têm diversas características (idade, condição econômica e suporte

social) que aumentam sua condição de vulnerabilidade e que, portanto, frente a uma doença oncológica, há uma tendência a impactar mais negativamente sua qualidade de vida.

Na análise da correlação entre fatores sociodemográficos com escores de QV aferidos por meio do WHOQOL-*bref* e do EORTC QLQ-C30 (Tabela 5), verificou-se que a correlação é significativa entre a escala funcional (EORTC QLQ-C30) e o sexo e entre a escala de sintomas (EORTC QLQ-C30) e o estado civil, dados também encontrados por Nicolussi e Sawada [20]. Esses dados sugerem que, possivelmente, as mulheres apresentam melhor QV na escala funcional, e os homens melhor QV na escala de sintomas.

Na prática clínica, isso implica que com as mulheres, possivelmente, se dá em função da necessidade delas terem que se envolver com as atividades domésticas precocemente, motivos que estão na base da atenção maior nos cuidados no pós-operatório (adesão às recomendações da equipe multiprofissional).

Em relação aos homens casados, propõe-se a intervenção buscando identificar as crenças que estão na base de comportamentos disfuncionais, como por exemplo, aumento das queixas e solicitação da presença contínua da parceira/cuidadora, visando à mudança de atitude no sentido de tornar o enfermo mais dinâmico e participativo no seu processo pós-operatório, recuperando a autonomia.

Ao ser aplicado o WHOQOL-*bref* (Tabela 3), os resultados do estudo apresentado apontam que a apreciação da QV foi, em geral, considerada regular nos dois momentos. Pressupõe-se que mesmo diante do diagnóstico de câncer e a possibilidade de um tratamento invasivo, o paciente, ao mesmo tempo em que verifica e sofre com os efeitos colaterais provocados pelo tratamento, identifica a importância desse tratamento frente a sua busca maior que é ser novamente um Ser sem a doença [15].

Os desfechos da pesquisa realizada indicam que ao ser aplicado o EORTC QLQ-C30 (Tabela 4), o estado global de saúde retrata que esses pacientes consideram satisfatória sua QV. A escala funcional aponta uma QV considerada mediana, a média da escala de sintomas aponta uma QV considerada ruim, resultados também encontrados por Almeida *et al.* e Malmström *et al.* [12, 17]. Uma experiência negativa pode levar indivíduo a

alterar seus conceitos de QV [13]. Pacientes de câncer, convidados a avaliar sua qualidade de vida, fazem essa ponderação em função de sua história. Eles estão sujeitados ao estímulo negativo que é a doença. Porém, certas áreas de sua vida, apesar de estarem doentes, foram mantidas (ausência de sofrimento psicológico e satisfação com cuidado médicos) e até podem ser melhoradas (relações familiares e interação social), mesmo submetidos a tratamentos agressivos, como por exemplo, uma cirurgia.

Na Saúde Global, a média de 73,66 (30 dias) e 77,42 (60 dias) demonstra uma satisfatória avaliação desse quesito, trata-se de valores obtidos por meio do julgamento que o paciente faz da sua saúde e da sua QV.

Portanto, esse valor pode variar de acordo com a percepção do participante sobre esses itens, servindo de ilustração, possivelmente, ao conceito de QV da OMS (*The Whoqol Group*), o qual a define como uma manifestação individual no que diz respeito a seus valores, contexto cultural e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações [12, 23].

O aumento da QV foi pequeno de 30 para 60 dias, sendo que os escores de QV estavam na média, resultado que sugere que há um potencial para crescer, para que ocorra um aumento gradativo da QV ao longo do tempo, acompanhando a recuperação física que também é escalonada, isso na ausência de intercorrências.

Compreende-se que esse acréscimo na QV se efetivaria por meio de um acompanhamento estruturado e sistemático via equipe de saúde e pelo fortalecimento da rede de suporte social. É válido ressaltar a importância de uma equipe multidisciplinar qualificada no tratamento oncológico objetivando o cuidado integral ao paciente e seus familiares, levando em consideração as expectativas e as escolhas do paciente [12].

Poucos estudos prospectivos têm usado um instrumento de qualidade de vida validado em pacientes submetidos à cirurgia para malignidades gastrointestinais. Os resultados da avaliação da QVRS em uma amostra de 31 pacientes assistidos na clínica cirúrgica de um hospital escola revelam maior qualidade de vida autorrelatada do que as observadas em uma amostra normativa de pacientes com outros tipos de câncer [2].

Os resultados deste estudo sugerem que, apesar do tratamento cirúrgico e clínico agressivo para neoplasias gastrointestinais, geralmente, sobreviventes

de câncer tratados e acompanhados em um ambiente multidisciplinar podem experimentar QV relacionada à saúde aceitável [8, 17]. Este é o contexto da referida população avaliada, no hospital escola palco desta pesquisa; os pacientes internados na clínica cirúrgica são assistidos durante a internação por uma equipe multiprofissional.

O processo cirúrgico, por mais invasivo que seja, pode trazer consigo algum ganho, sobretudo quando elimina outras variáveis, condições ou eventos que prejudicam a percepção da QV do paciente, tais como a dor, as feridas, os odores e as necroses. No limite, talvez, possa-se contradizer a crença de que usualmente a cirurgia seja negativamente impactante. Por vezes, há indicadores de que certas áreas da vida do indivíduo, apesar do diagnóstico de câncer, são mantidas dentro da normalidade, ou próxima a ela, ou, em outros casos, podem ser melhoradas, como, por exemplo, as relações familiares, quando devidamente assistidas.

Avaliar qualidade de vida representa um desafio. É complexo pelas suas características de subjetividade e multidimensionalidade, por ser uma variável qualitativa, além de não haver um padrão-ouro conceitual. Por essa razão, faz-se necessário o uso de instrumentos válidos e confiáveis. Contudo, mesmo o critério de fidedignidade torna-se de difícil delimitação conceitual, uma vez que a percepção da própria QV pode variar tantas vezes quanto variam os aspectos pessoais e ambientais presentes na vida do enfermo oncológico.

Há de se destacar, ainda, que este estudo apresenta algumas limitações, quais sejam: (a) o tamanho reduzido da amostra. Ressalta-se, quanto a isso, que os resultados deste estudo devem ser interpretados com cautela, não podendo ser generalizados para toda população com câncer gastrointestinal e poderiam ser encontradas outras diferenças estatisticamente significativas com um maior número de pacientes analisados; (b) a falta de medições da linha de base, no entanto, dados de base fidedignos esporadicamente estão acessíveis. É importante notar que, no início do estudo, os pacientes já foram diagnosticados com câncer do aparelho gastrointestinal, com um possível impacto nos escores de QV; (c) nesta investigação, não houve um controle dos dados clínicos por sexo, logo que realizar uma avaliação por sexo proporcionaria responder algumas questões levantadas ao longo da análise dos resultados, como por exemplo: Quem considerou sua QV mais comprometida,

homens ou mulheres? Onde está um maior potencial para crescimento gradativo da QV ao longo do tempo, nos homens ou nas mulheres?; (d) nesta pesquisa, não ocorreu um controle dos dados clínicos por estadiamento, proceder uma avaliação por estadiamento permitiria responder algumas questões suscitadas no decorrer da análise dos resultados, a exemplo: Pacientes estadiamento mais avançado apresentam uma QV mais comprometida?

As pesquisas, nesse âmbito, oportunizam alcançar informações que podem auxiliar os profissionais de saúde na promoção do fortalecimento do vínculo profissional, auxiliar os enfermos e familiares na tomada de suas decisões e por isso, a equipe de saúde deve estar preparada para incentivar os pacientes a falar sobre seus sentimentos, situação que pode ajudá-los a aceitar as várias mudanças que enfrentam ou irão enfrentar e para produzir melhores evidências.

CONCLUSÃO

A amostra se caracteriza por predomínio do sexo feminino, casados, na faixa dos 60 a 69 anos de idade, provenientes em sua maioria da capital, aposentados, católicos, nível de escolaridade fundamental.

Constatou-se que a QV percebida dos participantes foi impactada em distintas dimensões após o processo cirúrgico, reforçando a necessidade de suporte contínuo por parte de uma equipe de saúde multiprofissional e que se articule de forma interdisciplinar.

A correlação entre fatores sociodemográficos com escores de QV é significativa entre o domínio psicológico e idade; o domínio das relações sociais e escolaridade; o domínio meio ambiente e estado civil; a escala funcional e sexo; a escala de sintomas e estado civil.

A inclusão da avaliação da QV na prática clínica é pertinente, pois, possibilita a reflexão da efetividade do tratamento concomitantemente com a diminuição de ações adversas, podendo influenciar positivamente no prognóstico do câncer e na melhoria da QV.

REFERÊNCIAS

- 1-Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de Vida e Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2004 mar.abr; 20(2):580-88. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acessado 14 março 2013.
- 2-Borges EC, Camargo GC, Souza MO, Pontual NA, Novato TS. Qualidade de vida em pacientes ostomizados: uma comparação entre portadores de câncer colorretal e outras patologias. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2007; 25(4):357-63. Disponível em: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2007/04_out_nov/V25_N4_2007_p357-364.pdf. Acessado 15 julho 2013.
- 3-Zandonai AP, Cardozo FMC, Nieto ING, Sawada NO. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. *Rev. Eletr. Enfermagem*. 2010; 12(3): 554-61. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/>. Acessado 03 abril 2013.
- 4-Organización Mundial de La Salud - OMS. Câncer. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es>. Acessado 19 junho 2015.
- 5-Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Estimativa 2014/2015 – Incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa2014.pdf>. Acessado 18 janeiro 2014.
- 6-Evangelista JC. Câncer gastrointestinal. In: Carvalho VA, Franco MHP, Kovács MJ, Liberato RP, Macieira RC, Veit MT, Gomes MJB, Barros LHC. *Temas em Psico-oncologia*. São Paulo: Summus Editorial; 2008. p.100-108.
- 7-Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Estimativa 2016/2017 – Incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/estimativa-2016.asp>. Acessado 04 dezembro 2015.
- 8-Schubart JR, Wise J, Deshaies I, Kimchi ET, Staveley-O’Carroll KF, Gusani NJ. Quality of Life Assessment in Postoperative Patients with Upper GI Malignancies. *Jour Surgical Research* 2010; 163(1). Disponível em: [http://www.journalofsurgicalresearch.com/article/S0022-4804\(10\)00444-0/pdf](http://www.journalofsurgicalresearch.com/article/S0022-4804(10)00444-0/pdf). Acessado 07 fevereiro 2016.
- 9-Andreu Y. Personalidad Tipo C: historia y validez del concepto. In: Durá MRDE. *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: CLIMEPSI; 2001. p. 339-426.
- 10-Soriano M, Pérez, JCG Ferrigni C, Cruzado JA, Blasco JA. Cirugía abierta vs. laparoscópica: calidad de vida y sintomatología ansioso-depresiva en cáncer colorrectal. *Rev Argent Coloproct*. 2013; 24(1):29-36. Disponível em: http://sacp.org.ar/revista/files/PDF/24_01_07.pdf. Acessado 03 fevereiro 2016.

11-Silva LC. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo* 2008 abr.jun;13(2):231-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a05v13n2>. Acessado 16 agosto 2014.

12-Almeida AF, Felix JD, Castro DS, Zandonade E, Rocha RM. Qualidade de Vida das Pessoas Acometidas por Câncer no Trato Aerodigestivo Superior em um Hospital Universitário. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2013; 59(2):229-37. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_59/v02/pdf/10.pdf. Acessado 04 abril 2015.

13-Amaral J. Qualidade de Vida em pacientes oncológicos. Goiânia: R&F Editora; 2010.

14-Ballone GJ. Medicina Paliativa e Qualidade de Vida. *PsiquWeb*. 2005. Disponível em: www.psiqweb.med.br. Acessado 02 novembro 2015.

15-Siqueira KM, Barbosa MA, Boemer MR. O Vivenciar a situação de ser com câncer: Alguns des-velamentos. *Rev Latino-am. Enfermagem* 2007 jul.agos; 15(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext. Acessado 05 maio 2013.

16-Costa Junior A. L, Doca FNP, Araújo I, Martins L, Mundim L, Penatti T, Sidrim AC. Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. *Estudos de Psicologia*. 2012 abr.jun; 29(2):271-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29n2/a13v29n2.pdf>. Acessado 10 outubro 2015.

17-Malmström M, Klefsgard R, Ivarson B, Roman M, Johansson J. Quality of life measurements as an indicator for timing of support after oesophagectomy for cancer: a prospective study. *BMC Health Services Research*. 2015; 15(96). Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0747-x>. Acessado 03 fevereiro 2016.

18-Sebastiani RW. Atendimento Psicológico no Centro de Terapia Intensiva. In: Angerami-Camon, VA. organizador. *Psicologia Hospitalar Teoria e Prática*. São Paulo: Pioneira; 1994. p. 29-71.

19-Nunes SM, Monteiro A, Rato, L. Um estudo longitudinal sobre qualidade de vida em pacientes submetidos a cirurgia oncológica na ULS de Castelo Branco mediante a aplicação do SF-36. *Amato Lusitano: Revista de Saúde*. 2012; 30:6-11, 2012. Disponível: <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/>. Acessado 19 abril 2014.

20-Nicolussi AC, Sawada NO. Fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(1):125-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acessado 04 ago. 2013.

21-Calvetti PU, Fighera J, Muller, MC, Poli MC. Psicologia da saúde e qualidade de vida: pesquisas e intervenções em psicologia clínica. *Mudanças – Psicologia da Saúde*. 2006 jan.jun; 14(1):18-23. Disponível em:

<http://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/>. Acessado em 06 abril 2014.

22-Belasco AGS, Sesso RCC. Qualidade de Vida: Princípios, Focos de Estudo e Intervenções. In: Diniz, D. P.; Schor, N. organizadores. Guia de Qualidade de Vida. Barueri: Manole; 2006. p. 01-10.

23-Fleck MPA. Problemas Conceituais Em Qualidade De Vida. In: Fleck, MPA. Organizador. A Avaliação De Qualidade De Vida: Guia Para Profissionais Da Saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008. P.19-28.

24-Arancibia H. *et al.* Análisis de calidad de vida en pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico. Rev. Médica Chile. 2009 abr; 137(4):481-85. Disponível em: <http://www.scielo.cl/>. Acessado 03 março 2013.

25-Cella DF, Cherin EA. Quality of life during and after cancer treatment. Cancer. 1988; 14(5):69-75.

26-Silveira MF, Almeida JC, Freire RS, Haikal DS, Martins AEBL. Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12-item health survey (SF-12). Ciênc. saúde coletiva [online]. 2013; 18(7):1923-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/07.pdf>. Acessado 19 janeiro 2016.

27-Vido MB, Fernandes RA. Q. Quality of life: considerations about concept and instruments of measure. Online Brazilian Journal of Nursing. 2007; 6(2). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/870>. Acessado 06 abril 2014.

28-Costa Neto SB, Araujo TCCF. Qualidade de vida do enfermo oncológico: Um panorama sobre o campo e suas formas de avaliação. In: Carvalho, VA, Franco, MHP, Kovács, MJ, Liberato, RP, Macieira, RC, Veit, MT, Gomes, MJB, Barros, LHC. Temas em Psico-oncologia. São Paulo: Summus Editorial; 2008. p. 195-208.

29-Del Castillo MF, Leporace G, Cardinot TM, Levy RA, Oliveira LP. A Importância dos questionários para avaliação da qualidade de vida. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ. 2012 jan.mar; 11(1):12-17. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=287. Acessado 18 janeiro 2016.

30-Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saúde Pública. 2000; 34(2):178-183. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012. Acessado 15 janeiro 2016.

31-Fongaro MLH, Sebastiani RW. Roteiro de Avaliação Psicológica Aplicada ao Hospital Geral. In: Angerami-Camon, VA. organizador. E a Psicologia Entrou no Hospital... São Paulo: Pioneira; 1996. p. 05-64.

32-Costa Neto SB. Qualidade de Vida dos Portadores de Neoplasia de Cabeça e Pescoço: O Bem-estar, o Bem-ter e o Bem-viver. Brasília. Tese [Doutorado em Psicologia] – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília; 2002.

33-Franceschin IJ, Jardim JR, Fernandes ALG, Jamnik S, Santoro IL. Reprodutibilidade da versão em português do Brasil do European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire em conjunto com seu módulo específico para câncer de pulmão. J Bras Pneumol. 2010;36(5). Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acessado 15 julho 2013.

34-Brabo EP. Validação para o Brasil do Questionário de Qualidade de Vida para Pacientes com Câncer de Pulmão QLQ LC-13 da Organização Europeia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Clínica Médica] - Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.

4.3.Artigo 3

Saúde Geral e Qualidade de vida de pacientes operados por câncer gastrointestinal

Luciana Marya Gusmão Tartuce^{1,2}, Valeriana de Castro Guimarães^{1,2},
Sebastião Benício da Costa Neto^{2,3}

1-Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde / Faculdade de Medicina / UFG

2- Hospital das Clínicas – UFG / 3 – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Email: lumaryg@gmail.com

Objetivo: Avaliar a saúde geral (SG) e correlacionar com a qualidade de vida (QV), 30 e 60 dias pós- cirurgia, de pacientes operados por câncer do aparelho gastrointestinal assistidos na clínica cirúrgica de um hospital universitário de Goiânia/Goiás. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e quantitativo, englobando 31 pacientes, de ambos os sexos, adultos, operados entre março e dezembro de 2015. Utilizaram-se o QSG, o WHOQOL-*bref* e o EORTC QLQ-C30, nos momentos de 30 e 60 dias pós-operatório. Para correlação estatística considerou-se o nível de significância de 0,05. **Resultados:** o QSG o apontou fator distúrbio do sono comprometido em 30 dias sendo normalizado em 60 dias; os demais indicadores de SG mantiveram-se preservados após a cirurgia a correlação entre SG e escores de QV mostrou haver impacto significativo, sendo que quanto maior a percepção da SG, maior foi a percepção da QV. **Conclusão:** A incorporação da avaliação da SG e da QV na rotina clínica é oportuna, tornando-se balizadores dos cuidados em saúde. Ambos os conceitos podem favorecer a colaboração interprofissional e interdisciplinar no contexto do tratamento cirúrgico das enfermidades oncológicas

Descritores: Saúde Geral; Qualidade de Vida; Câncer Gastrointestinal; Pacientes Operados.

Descriptors: General Health; Quality of Life; Patients Operated.

Descriptores: Salud General; Calidad de Vida; Pacientes Operados.

Introdução

As ciências humanas, biológicas e sociais têm trabalhado por meios diversificados, objetivando possibilitar o prolongamento da vida, bem como colaborar para o desenvolvimento social dos indivíduos, gerando o aumento da expectativa de vida da população mundial e abrindo possibilidades de desenvolvimento no cuidado de pessoas com doenças crônicas não-transmissíveis, tais como o câncer⁽¹⁻²⁾.

O câncer tem afetado parcela expressiva da população mundial e se configura como problema de saúde pública, sobretudo em virtude do aumento de sua incidência,

representando, no Brasil, uma das principais causas de morte por doença⁽³⁾. Vários aspectos, tais como o diagnóstico precoce e os meios de reabilitação, física, social e psicológica, são importantes no estímulo à luta contra essa doença.

No Brasil, as estimativas demonstram que, no ano de 2016, a ocorrência será de, aproximadamente, 596.000 casos novos de câncer. Já no estado de Goiás, as projeções apontam que, no ano de 2016, a ocorrência será em torno de, 17.810 casos novos de câncer⁽⁴⁾.

O previsão para 2015, relacionada ao câncer do aparelho gastrointestinal, que engloba os cânceres do esôfago, do estômago, do intestino delgado, do pâncreas, do fígado e colorretal, foi de 257.870 casos no sexo masculino e de 260.640 casos no sexo feminino^(3,5).

Apesar de assustador, o diagnóstico de afecção oncológica não é mais uma sentença de morte e, ao contrário, confirma o entendimento de que, para vários enfermos, o câncer deixou de ser uma enfermidade letal, convertendo-se em uma afecção crônica de longa duração, com tratamentos intrincados e, por vezes, nocivos.

O câncer é uma enfermidade perpassada por construções simbólicas que, em princípio, provocam um efeito assolador na vida do doente e de sua família. Seu diagnóstico interfere essencialmente na vivência, no cotidiano, no processo de adesão ao tratamento e na construção de perspectivas para o futuro e na qualidade de vida (QV) dos envolvidos. Consequentemente, o cuidado com o impacto emocional acarretado pela doença e/ou tratamento é fundamental na assistência ao paciente oncológico⁽⁶⁻⁷⁾.

A enfermidade impacta um sujeito individualizado e, por isso, o mesmo deve ser abarcado dentro da sua particularidade e singularidade de personalidade, de família e de relações sociais, sendo objeto de estudo da Psicologia da Saúde⁽⁸⁻⁹⁾.

A afecção oncológica transforma a vida do paciente, usualmente de sua família, de maneira global e intervém em seu comportamento, suas relações sociais e afetivas, transmutando, inclusive, a percepção que tem de si próprio⁽¹⁰⁾.

Dentre os tratamentos oncológicos destaca-se a cirurgia que é definida como um recurso utilizado para eliminação da patologia diagnosticada. Assim, estima-se que cerca de 60% de todos os pacientes portadores de câncer necessitam de cirurgia para o seu tratamento⁽⁴⁾.

Do ponto de vista psicológico, a cirurgia é um procedimento invasivo, logo que há uma invasão do eu físico e/ou do eu psíquico, das emoções, dos sentimentos, das sensações e do afeto em si⁽¹¹⁾.

Segundo Sebastiani⁽¹²⁾, mais importante que o procedimento cirúrgico é a interpretação que o paciente faz deste, sendo que tal interpretação definirá suas reações e a relação com o fenômeno. Examinando o contexto e trabalhando para um bom prognóstico emocional da relação do indivíduo com a cirurgia e com o processo de pós-operatório e a reabilitação, é primordial o desenvolvimento de dois sentimentos indispensáveis, confiança e a autorização. A confiança diz respeito à qualidade da relação estabelecida pelo enfermo com a equipe de saúde; a “autorização” explícita ou implícita se trata do quanto, afetivamente, o enfermo permite à equipe de saúde intervir com procedimentos mais ou menos invasivos ou mais ou menos mutiladores.

Um dos pressupostos das ciências da saúde é viabilizar uma compreensão de temas complexos e multideterminados, tais como o da QV no processo saúde/doença no transcorrer do tempo. Tal situação adquire importância singular em indivíduos com câncer e do impacto desse na QV^(13,14,15).

De acordo Nicolussi e Sawada⁽¹⁶⁾, na avaliação da QV de pacientes com câncer, diversos tópicos necessitam ser compreendidos, tais como, bem-estar físico, funcional, psicológico e social, além de expectativas frente à recuperação, do nível de otimismo e

da prospecção de vida futura. A visão holística do homem como um ser biopsicossocioespiritual passa a ganhar relevância. Qualidade de vida é um conceito que engloba as relações com outras pessoas, os hábitos de vida e as crenças religiosas. Em uma concepção multidimensional, seria igual a ponderar sobre as plurais dimensões da existência humana^(17,18).

Conforme Calvetti *et al.*⁽¹⁹⁾, ao se investigar a acepção de QV, é relevante concebê-la como sendo constituída por três enfoques: o bem-estar subjetivo, que se conecta à percepção do indivíduo, aos seus valores e às suas crenças; a saúde, assimilada como um estado de bem-estar físico, mental e social e não somente a inexistência de doença; e o bem-estar social, que se incorpora à situação do indivíduo em conexão ao seu ambiente e sociedade.

Identificam-se duas tendências quanto à conceituação do termo QV neste âmbito específico: QV como um conceito mais genérico, tal como o utilizado pela Organização Mundial da Saúde e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), que enfoca aspectos associados às enfermidades, às disfunções e às intervenções terapêuticas em saúde⁽²⁰⁾.

Na segunda tendência, QVRS é um conceito subjetivo e multidimensional que exprime a funcionalidade e o bem-estar do enfermo. Avalia o estado físico, funcional, cognitivo, psicológico, social, espiritual, bem-estar, sexualidade, percepções de saúde, satisfação com a vida, com o tratamento e seus resultados, perspectivas futuras, aspectos estes relevantes para a maior parte das afecções crônicas, devido, principalmente, à ampliação da expectativa de vida da população, a exemplo dos estudos da *European Organization for Research and Treatment of Cancer* – EORTC^(2,14,16).

Em decorrência de distintas perspectivas teóricas, vem ocorrendo, ao longo dos anos, um gradativo interesse pela conceituação do termo QV, devido à mudança dos modelos e práticas na área da saúde⁽¹⁾. Desse modo, instrumentos foram construídos

objetivando sistematizar as percepções subjetivas sobre o referido construto por meio de dados objetivos, viabilizando sua interpretação durante a pesquisa em saúde⁽²¹⁾.

Os instrumentos de medida de QV consistem em questionários que mensuram sentimentos, autovalorização ou condutas, por meio de inquérito direto com o participante (entrevista) ou questionário autoaplicável^(20,22). De acordo com os autores mencionados, tais instrumentos demandam do profissional da saúde uma adequada compreensão do enfermo e a análise de suas capacidades ou limitações funcionais.

Por outro lado, a avaliação da saúde geral, SG (incluindo os aspectos da saúde mental), também se constitui em um importante parâmetro da resposta do paciente à doença e ao tratamento^(16,23). Nessas situações, a compreensão sobre a relação estabelecida entre SG e a QV do paciente poderia ser inserida na rotina de trabalho nos serviços de saúde e ser relevante para embasar informação relacionada a decisões de tratamento, a fiscalizar os sintomas da doença, aos efeitos colaterais não desejados e a determinar intervenções para melhorar sintomas e efeitos colaterais⁽¹⁶⁾.

Frente ao que foi desenvolvido, este estudo tem como objetivo primário avaliar e comparar os escores da SG, 30 e 60 dias pós cirurgia, de pacientes com câncer do aparelho gastrointestinal assistidos na clínica cirúrgica de um hospital universitário da região metropolitana de Goiânia. E, como objetivos secundários caracterizar o perfil sociodemográfico (sexo, idade, escolaridade, estado civil, ocupação pré-mórbida - OPM, religião e procedência) dos participantes, correlacionar os dados sociodemográficos com os escores de SG e correlacionar a Saúde Geral com os escores de QV dos participantes.

Método

Questões éticas: Essa pesquisa foi desenvolvida atendendo às exigências da Resolução MS/CNS nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (CEP/ HC-UFG), conforme protocolo no nº 24527613.6.0000.5078.

Participantes: Trinta e um enfermos adultos de ambos os sexos, de idade entre 18 e 80 anos, com diagnóstico de câncer gastrointestinal, submetidos a tratamento cirúrgico, atendidos na clínica cirúrgica de um hospital universitário da região metropolitana de Goiânia, no período de março a dezembro de 2015.

Critério de inclusão: selecionaram-se os pacientes em boas condições emocionais e cognitivas, avaliadas mediante o Exame Psíquico⁽²⁴⁾, cientes de seu diagnóstico e que se disponibilizaram a comparecer no ambulatório para coleta de dados 30 e 60 dias após a cirurgia. Não houve necessidade de aplicar critérios de exclusão.

Instrumentos:

- Roteiro de Avaliação Psicológica e de Exame Psíquico: desenvolvido Fongaro e Sebastiani⁽²⁴⁾ tem como atribuições principais a função diagnóstica, a função de orientador de foco e o fornecimento de dados sobre a estrutura psicodinâmica da personalidade da pessoa. Além disso, serve de instrumento de avaliação continuada do processo evolutivo da relação do paciente com sua doença e tratamento e possibilitar diagnóstico diferencial quanto a quadros psicológicos/psiquiátricos específicos.
- Questionários sociodemográfico: com questões relacionadas a sexo, à idade, ao estado civil, à ocupação pré-mórbida - OPM, à escolaridade, à procedência e à religião.
- Questionário de Saúde Geral (QSG): desenvolvido por Goldberg em 1972, tem o objetivo de identificar a severidade do distúrbio psiquiátrico não psicótico do respondente. É composto de 60 itens apresentados em um folheto e respondidos em uma escala de quatro pontos tipo *Likert*. O instrumento foi adaptado à realidade brasileira⁽²⁵⁾.
- Questionário WHOQOL-bref: desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), consta de 26 questões sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, preenchendo quatro domínios: domínio físico, domínio psicológico, domínio relações sociais e domínio ambiente⁽¹³⁾.

- *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* - EORTC QLQ-C30 ⁽²⁶⁾ validado para o português, também foi selecionado por ser amplamente utilizado transculturalmente. É um instrumento genérico de qualidade de vida para o câncer, composto por 30 questões que definem a qualidade de vida geral, cinco escalas funcionais (física, papel/desempenho, cognitiva, emocional e social), três escalas de sintomas (fadiga, dor e náusea/vômito) e seis itens simples (dispneia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia e dificuldades financeiras).

Procedimento: Após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética e Pesquisa, entre os meses de março e dezembro de 2015, os pacientes foram abordados em seu leito, no pós-operatório, na clínica cirúrgica de um hospital universitário da região metropolitana de Goiânia, onde foram avaliados por meio do Roteiro de Avaliação Psicológica e de Exame Psíquico. Estando em boas condições gerais emocionais e cognitivas, foi realizado o convite para participação da pesquisa e prestadas informações do TCLE. Com o aceite, foi então agendado um encontro que ocorreu em seu retorno de 30 dias pós-cirurgia no ambulatório médico. Nesse encontro, ocorreu uma revisão dos objetivos da pesquisa ao paciente e houve a assinatura do TCLE. Em seguida, foi realizada a entrevista para preenchimento do questionário sociodemográfico. Foi aplicado o QSG, o WHOQOL-bref e o EORTC-QLQ-C30, sendo que a pesquisadora leu todas as perguntas e as possibilidades de resposta, deixando que o(a) participante indicasse a resposta que mais se aproximou de sua percepção.

No segundo encontro, realizado 60 dias após a cirurgia, os participantes foram avaliados com os mesmos instrumentos, excluindo o questionário sociodemográfico.

O tempo médio de coleta de dados para cada participante foi de 60 minutos e não foram observadas adversidades ao longo da coleta de dados.

Após a tabulação dos dados e inserção em uma Planilha do programa SPSS, os sociodemográficos foram computados em sua frequência e média, apresentados em forma de tabela.

O QSG, o WHOQOL-*bref* e a escala EORTC QLQ-C30 foram avaliados de acordo com o seu manual de correção e seus escores foram, também, incorporados à Planilha do SPSS.

Os testes estatísticos utilizados foram descritivos (frequência, média, desvio padrão e teste de correlação de Person).

Resultados

São apresentados os dados sociodemográficos, seguidos dos relativos ao QSG e sua correlação com escores sociodemográficos e de QV, nos momentos 30 e 60 após a cirurgia.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de pacientes operados por câncer gastrointestinal (N=31)

Características	F	%	Características	F	%
Sexo			Religião		
Maculino	11	35,5	Católica	22	71,0
Feminino	20	64,5	Evangélica	8	25,5
			Kardecista	1	3,5
Estado Civil			Ocupação pré-mórbida		
Casado	16	51,5	Aposentado	17	55,0
Solteiro	4	13,0	Beneficiário	2	6,5
Viúvo	8	26,0	Do lar	5	16,0
União estável	3	9,5	Outros	7	22,5
Escolaridade			Procedência		
Analfabeto/semi	8	25,5	Goiânia	16	52,0
Ensino fundamental	17	55,0	Interior de GO	10	32,0
Ens. Médio/Superior	6	19,5	Outros estados	5	16,0
Idade					
<= 39 anos	1	3,5			
40 a 49 anos	5	16,0			
50 a 59 anos	7	22,5			
60 a 69 anos	11	35,5			
>= 70 anos	7	22,5			

FONTE: Pesquisa da autora (2015)

Conforme a Tabela 1, são apresentadas como características predominantes dos participantes: sexo feminino (64,5%), idade entre 60 e 69 anos (35,5%), casados

(51,5%), aposentados (55%), católicos (71%) e o com nível fundamental de escolaridade (55%).

Tabela 2. Avaliação e comparação da Saúde Geral de pacientes operados por câncer gastrointestinal, 30 e 60 dias após a cirurgia

DOMÍNIOS	30 DIAS		60 DIAS	
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Stress Psíquico	1,65	0,45	1,56	0,37
Desejo de Morte	1,14	0,19	1,08	0,14
Desconfiança no próprio desempenho	1,86	0,22	1,82	0,30
Distúrbios do Sono	1,75	0,58	1,59	0,37
Distúrbios Psicossomáticos	1,62	0,26	1,52	0,42
Saúde Geral	1,73	0,23	1,65	0,23

FONTE: Pesquisa da autora (2015)

A análise do QSG (Tabela 2) apontou que a amostra não apresenta indicativo de estresse psíquico em nenhum dos dois momentos; que o fator desejo de morte encontra-se dentro do limite da normalidade nos períodos avaliados; não houve comprometimento no fator desconfiança no próprio desempenho e no fator distúrbios psicossomáticos e que, na saúde geral, não houve indicativo de comprometimento nem 30 dias nem 60 dias após a cirurgia. Somente o fator distúrbio do sono aponta comprometimento dessa necessidade fisiológica no primeiro momento, mas não no segundo.

Quando comparados os fatores do QSG para os dois momentos (30 e 60 dias pós-cirurgia), usando o Test T, não se encontrou diferença significativa em nenhum fator. Contudo, na mesma comparação, foi possível observar que houve diferença significativa quando se avaliou o item 1 (Tem se sentido perfeitamente bem e com boa saúde?), indicando que com 60 dias, houve melhora ($M= 2,10$; $DP= 0,539$; $t=3,083$; $p=0,003$). O mesmo ocorreu no item 26 (Tem saído de casa com a mesma frequência de costume?), indicando que, no segundo momento houve piora ($M= 2,42$; $DP= 0,564$; $t=5,64$; $p=0,000$).

Ao se correlacionar os dados sociodemográficos e os escores de Saúde Geral, não foram observadas relações significativas entre as variáveis.

Tabela 3. Correlação Saúde Geral e escores de QV - WHOQOL-bref de pacientes operados por câncer gastrointestinal

		Saúde Geral	Físico	Psicológico	Rel Socias	Meio Ambiente
Saúde Geral	r	1				
	p					
Físico	r	,465**	1			
	p	,004				
Psicológico	r	,217	,535**	1		
	p	,121	,001			
Relações Sociais	r	,171	-,010	,060	1	
	p	,179	,480	,375		
Meio Ambiente	r	,404*	,288	,311*	,324*	1
	p	,012	,058	,044	,038	

FONTE: Pesquisa da autora (2015)

A Tabela 3 apresenta a correlação entre Saúde Geral e o questionário de QV, WHOQOL-bref, que apontou correlação entre a saúde geral e o domínio físico, isto é, quanto melhor avaliada a saúde geral, melhor foi avaliada a QV no seu domínio físico ($r=0,465$; $p=0,004$) e no domínio meio ambiente ($r=0,404$; $p=0,012$).

Tabela 4. Correlação Saúde Geral e escores de QV - EORTC QLQ C-30 de pacientes operados por câncer gastrointestinal

		Saúde Geral	Est Saúde Global	Escala Funcional	Escala Sintomas
Saúde Geral	r	1			
	p				
Est Saúde Global	r	,457**	1		
	p	,005			
Escala Funcional	r	,573**	,369*	1	
	p	,000	,021		
Escala Sintomas	r	,611**	,521**	,546**	1
	p	,000	,001	,001	

FONTE: Pesquisa da autora (2015)

A correlação entre Saúde Geral e o questionário EORTC QLQ C-30, indicada na Tabela 4, apresenta-se significativa nas seguintes variáveis, quanto mais comprometida está a saúde geral, mais comprometidos estão o Estado de Saúde Global de QV ($r=0,457$; $p=0,005$) e as Escalas de QV Funcional ($r=0,573$; $p=0,000$) e de Sintomas ($r=0,611$; $p=0,000$).

Discussão

Observou-se, preliminarmente, que na revisão bibliográfica realizada para esse estudo, no período coberto de 2005 a 2015, não se encontrou um único artigo que avaliasse a Saúde Geral (SG) do enfermo cirúrgico com câncer do aparelho gastrointestinal. Da mesma forma, não se encontrou pesquisas que correlacionassem os escores de QV e os de SG de população com igual patologia. Dessa forma, buscou-se compreender os dados obtidos à luz de outros estudos de saúde geral e/ou de QV realizados com portadores de outras doenças crônicas.

Os dados sociodemográficos dos participantes (Tabela 1) estão em acordo com a epidemiologia brasileira e internacional, com predomínio do sexo feminino em oposição ao que apontam a maioria das pesquisas similares, exceto pela pesquisa de Borges *et al.*⁽²³⁾. Em geral, nas pesquisas sobre QV e doenças oncológicas gastrintestinais^(6,15,23), a maioria dos diagnósticos identificados foram de câncer colorretal e de esôfago. Tais patologias são, do ponto de vista epidemiológico, comuns no sexo masculino. Por outro lado, nesta investigação, os diagnósticos foram múltiplos e não houve um gerenciamento de diagnóstico por sexo, sendo que sobressaíram as mulheres na população estudada. Em relação ao estado civil dos participantes 71% eram casados, fato ratificado pela literatura^(15,16,17,23). Quanto à idade, prevaleceram indivíduos de 60 a 69 anos⁽¹⁵⁾. Contudo, vale ressaltar que, em outros estudos^(16,17,23), os intervalos de idade eram mais extensos. Quanto ao grau de instrução, 55% possuíam ensino fundamental. Este dado é corroborado tanto pela experiência clínica obtida na instituição quanto pelos relatos de outros estudos^(15,16,17), sendo, muito possivelmente, o grau de escolaridade comum na população usuária dos serviços públicos de saúde no Brasil.

No que se refere à ocupação pré-mórbida, verificou-se que, houve predomínio, de aposentados, resultado também constatado em outras pesquisas^(15,16), sendo considerado compatível com a faixa etária predominante dos pacientes. Em relação à religião,

predominante católica, esse resultado também foi verificado nos referidos estudos^(16,23). De modo geral, os dados sociodemográficos sugerem que os participantes têm distintas características (rede de suporte social, situação econômica, idade) que ampliam sua condição de vulnerabilidade e que, portanto, frente a uma doença oncológica, tende a impactar mais negativamente sua qualidade de vida.

No que se refere à SG, na análise e comparação da média entre os dois momentos (30 e 60 dias pós-cirurgia) pelo Test T, alguns itens específicos apresentam alterações em determinados momentos (questão 1 e 26 do QSG), mas de maneira ampla, apontou-se que a mesma não se encontra prejudicada, em nenhum dos referidos períodos, salientando que essa amostra apresenta uma SG preservada. Pressupõe-se que a percepção dessas pessoas, para uma satisfatória avaliação da SG, esteja correlacionada não somente com a doença, mas com outros fatores que se tornaram relevantes, considerando aspectos históricos, socioculturais, políticos, econômicos, psíquicos, do ambiente, da inserção no mundo do trabalho, dos projetos de vida e do atendimento às necessidades humanas básicas⁽¹⁷⁾.

A análise do QSG (Tabela 2) apontou que somente o fator distúrbio do sono estava comprometido no primeiro momento (30 dias pós cirurgia), principalmente no item 14 (Tem perdido o sono por causa de preocupações?), provavelmente indicando que as limitações de pós-operatório (perda da autonomia, mudança dos papéis na dinâmica familiar, afastamento/redução de atividades rotineiras, restrição alimentar, necessidade de repouso) e as apreensões referentes ao tratamento a ser prescrito (quimioterapia e/ou radioterapia) trouxeram algumas preocupações para o paciente cirurgado⁽¹²⁾. Experimentam-se alguns momentos significativos em que se pode esperar maior perda de QV ou decréscimo da percepção da SG, a exemplo dos períodos que demarcam fases importantes do andamento do curso de tratamento: a fase diagnóstica e a de pós-cirúrgico mais imediato, como, por exemplo, no estudo realizado por Nunes *et al.*⁽¹⁵⁾.

Assim, ao avaliar pacientes cirúrgicos com câncer de cabeça e pescoço, Costa Neto⁽¹³⁾, encontrou maior perda na avaliação geral da QV na fase de diagnóstico (possivelmente, em função de grandes alterações na rotina dos participantes para obter acesso a consultas médicas, acesso aos exames e viagens para o tratamento) e perda nas variáveis psicológicas, funcionais e econômicas nas primeiras semanas pós-cirurgia. Por outro lado, a dimensão física da QV sofreu melhora na fase pós-cirúrgica, possivelmente em função da diminuição ou do maior controle da dor e maior higienização e controle de fortes odores.

Quando se correlacionou os escores de SG com os dados sociodemográficos e se observou que não houve impacto entre estas variáveis, infere-se que a SG não sofreu influência desses dados e mas que é viável que o diagnóstico de câncer e as condições específicas de tratamento possam comprometer a apreciação de QV do indivíduo^(13,14). Considera-se que, apesar do acometimento por uma patologia como o câncer esses indivíduos conseguem superar suas dificuldades, manterem-se saudáveis mentalmente e percebendo sua QV satisfatoriamente. O que se justificaria por meio do que foi pontuado por Oliveira e Gomes e também por Almeida *et al.*^(8,17), que estes conceitos que incorporam às relações com outras pessoas, os hábitos de vida e as crenças religiosas, liberdade, solidariedade, entre tantos outros aspectos, que englobam uma compreensão multidimensional, estimula ponderar sobre QV, isto é, reflexionar sobre as múltiplas dimensões da vida e assim modificar seus conceitos de qualidade de vida. Apesar de estarem submetidos ao estímulo negativo que é a doença, consideram que certas áreas de sua vida, foram melhoradas.

Ao se analisar a correlação entre SG e QV, por meio do WHOQOL-bref (Tabela 3), foi verificada ser esta significativa com os domínios físico e meio ambiente. Quando se correlaciona a SG e QV com o EORTC QLQ C-30 (Tabela 4), verificou-se que as três escalas estão prejudicadas, percebeu-se que uma SG íntegra, é primordial que o

indivíduo experencie satisfatória QV. Com base nisso, é uma das funções da equipe multidisciplinar é promover o saneamento da saúde mental dos pacientes por ela assistidos⁽⁷⁾. A necessidade de suporte sistemático por parte da equipe de saúde multiprofissional e que se vincula de maneira interdisciplinar se faz necessária de modo a proporcionar ao paciente oncológico a capacidade de enfrentamento e superação da situação de adoecimento e de suas vicissitudes, visando a poder tanto identificar precocemente alterações clínicas significativas como prevenir comorbidades de natureza psicossocial.

O procedimento cirúrgico, por mais agressivo que seja, traz algum benefício, pois descarta outras variantes como o medo da anestesia, medo da morte, dor constante, feridas, odores, necroses, mazelas em geral, talvez impugnando a convicção de que a cirurgia seria tão impactante quanto se supõe.

Revelar o que se sente e o que se pensa acerca de um evento pungente, contribui para dar novo sentido a uma circunstância e possibilita ampliar a percepção de QV. Calcada nesse pressuposto, a equipe de saúde deve estar preparada para acolher as diversas manifestações emocionais, cognitivas e comportamentais dos pacientes e incentivá-los a falar sobre seus sentimentos, situação que pode auxiliá-los, inclusive, a aceitar as várias mudanças que vivenciam ou irão vivenciar.

Este estudo apresenta algumas limitações: (a) o tamanho reduzido da amostra, ressalta-se, quanto a isso, que os resultados desta pesquisa devem ser analisados com prudência, não devendo ser estendidos para as populações com câncer gastrointestinal e poderiam ser encontrados outros desfechos estatisticamente significativos com um maior número de enfermos analisados; (b) a ausência de medições da linha de base, no entanto, dados de base fidedignos circunstancialmente estão acessíveis. É importante notar que, no princípio do estudo, os pacientes já foram diagnosticados com câncer do aparelho gastrointestinal, com um provável impacto nos escores de QV; (c) neste estudo, não

houve um controle dos dados clínicos por sexo, logo que realizar uma avaliação por sexo possibilitaria responder algumas questões levantadas ao longo da análise dos resultados, como, por exemplo: Quem considerou sua QV mais comprometida, homens ou mulheres? Onde está um maior potencial para crescimento gradativo da QV ao longo do tempo, nos homens ou nas mulheres?; (d) nesta pesquisa, não se procedeu a um controle dos dados clínicos por estadiamento do câncer, proceder a uma avaliação por estadiamento proporcionaria responder algumas indagações suscitadas no decorrer da análise dos dados obtidos, a exemplo: Pacientes estadiamento mais avançado apresentam uma QV mais comprometida?

Conclusão

A amostra se caracteriza por predomínio do sexo feminino, casados, na faixa dos 60 a 69 anos de idade, provenientes em sua maioria da capital, aposentados, católicos, nível de escolaridade fundamental.

A análise da SG apontou que o fator distúrbio do sono estava comprometido 30 dias após a cirurgia e que não houve correlação significativa com os dados sociodemográficos.

A correlação entre SG e os escores de QV apontou correspondência entre este construto e os domínios físico e meio ambiente, e também com o estado de saúde global e as escalas, funcional e de sintomas. Conclui-se com a verificação de que a SG e a QV percebidas dos participantes foram pouco modificadas em distintas dimensões após o processo cirúrgico.

Avaliar saúde geral e correlacionar com a avaliação de qualidade de vida é complexo e, por essa razão, esta pesquisa fez uso de instrumentos válidos e confiáveis, adequados para mostrar tendências correlacionais, sendo necessário serem

complementados em metodologias trianguladas que possibilitem compreender que sentidos são atribuídos pelos participantes ao avaliarem seus estados atuais de SG e QV.

Concluiu-se que a incorporação da avaliação da SG e sua correlação com QV na prática clínica são expressivamente oportunas, pois viabilizam a reflexão da eficácia do tratamento conjuntamente com a diminuição de reações adversas, podendo sugerir favoravelmente no prognóstico do câncer e na promoção da QV.

Referências

- 1-Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de Vida e Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saúde Pública [internet]. 2004 Mar/Abr [acesso em: 14 mar 2013]; 20(2): 580-88. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>.
- 2-Zandonai AP, Cardozo FMC, Nieto ING, Sawada NO. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. Rev. Eletr. Enfermagem [internet]. 2010 [acesso em: 03 abr 2013]; 12(3): 554-61. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/>.
- 3-Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Estimativa 2014/2015 – Incidência de câncer no Brasil [internet]. 2014 [acesso em: 18 jan 2014]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa2014.pdf>.
- 4-Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Estimativa 2016/2017 – Incidência de câncer no Brasil [internet]. 2015 [acesso em: 04 dez 2015]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/estimativa-2016.asp>.
- 5-Evangelista JC. Câncer gastrointestinal. In: Carvalho, VA, Franco, MHP, Kovács, MJ, Liberato, RP, Macieira, RC, Veit, MT, et al. organizadores. Temas em Psico-oncologia. São Paulo: Summus Editorial, 2008. p.100-108.
- 6-Oliveira AP, Gomes AMT. Representational structure of cancer among patients: revealing its meanings and dimensions. Rev. enferm. UERJ [internet]. 2008 [acesso em: 02 nov 2015]; 16(4): 525-531. Disponível em: www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a12.pdf.
- 7-Silva LC. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. Psicologia em Estudo [internet]. 2008 Abr/Jun [acesso em: 16 ago 2014]; 13(2): 231-237. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a05v13n2>.
- 8-Amaral J. Qualidade de Vida em pacientes oncológicos. Goiânia (GO): R&F Editora; 2010. 142 p.
- 9-Ballone GJ. Medicina Paliativa e Qualidade de Vida. PsiqWeb [internet]. 2005 [acesso em: 02 nov. 2015]. Disponível em: www.psiqweb.med.br.
- 10-Siqueira KM, Barbosa MA, Boemer MR. O Vivenciar a situação de ser com câncer: Alguns des-velamentos. Rev Latino Am. Enfermagem. [internet]. 2007 Jul/Agos [acesso

em: 05 maio 2013]; 15(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext.

11-Costa Junior AL, Doca FNP, Araújo I, Martins L, Mundim L, Penatti T *et al*. Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Estudos de Psicologia [internet]. 2012 Abr/Jun [acesso em: 10 out 2015]; 29(2): 271-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29n2/a13v29n2.pdf>.

12-Sebastiani RW. Atendimento Psicológico no Centro de Terapia Intensiva. In: Angerami-Camon VA. (Org). Psicologia Hospitalar Teoria e Prática. São Paulo (SP): Pioneira; 1994. p. 29-71.

13-Costa Neto SB. Qualidade de Vida dos Portadores de Neoplasia de Cabeça e Pescoço: O Bem-estar, o Bem-ter e o Bem-viver [tese de doutorado]. Brasília (DF): Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília; 2002. 289 p.

14-Arancibia H. *et al*. Análisis de calidad de vida en pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico. Rev. Médica Chile [internet]. 2009 Abr [acesso em: 03 mar. 2013]; 137(4): 481-485. Disponível em: <http://www.scielo.cl/>.

15-Nunes SM, Monteiro A, Rato, L. Um estudo longitudinal sobre qualidade de vida em pacientes submetidos a cirurgia oncológica na ULS de Castelo Branco mediante a aplicação do SF-36. Amato Lusitano: Revista de Saúde [internet]. 2012 [acesso em: 19 abr. 2014]; 30:6-11. Disponível: <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/>.

16-Nicolussi AC, Sawada NO. Fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto. Acta Paul Enferm [internet]. 2010 [acesso em: 04 ago. 2013]; 23(1): 125-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/>.

17-Almeida MAB, Gutierrez GL, Marques, R. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. [internet]. Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP; 2012 [acesso em: 11 maio 2013]. 142p. Disponível em: <http://each.uspnet.usp.br/>.

18-Costa Neto SB, Araujo TCCF. de. A Multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida em saúde. Estudos: Vida e Saúde. 2003; 30(1):165-79.

19-Calvetti PU, Figuera J, Muller, MC, Poli MC. Psicologia da saúde e qualidade de vida: pesquisas e intervenções em psicologia clínica. Mudanças – Psicologia da Saúde [internet]., 2006 Jan/Jun [acesso em: 06 abril 2014]; 14 (1): 18-23. Disponível em: <http://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/>.

20-Belasco AGS, Sesso RCC. Qualidade de Vida: Princípios, Focos de Estudo e Intervenções. In: Diniz DP, Schor N. (Org). Guia de Qualidade de Vida. 1ª ed. Barueri (SP): Manole; 2006. p. 01-10.

21-Silveira MF, Almeida JC, Freire RS, Haikal DS, Martins AEBL. Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12-item health survey (SF-12). Ciênc. saúde coletiva [internet]. 2013 [acesso em: 19 jan. 2016]; 18(7): 1923-931. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/07.pdf>.

22-Vido MB, Fernandes RAQ. Quality of life: considerations about concept and instruments of measure. Online Brazilian Journal of Nursing [internet]. 2007 [acesso em: 06 abr 2014]; 6(2). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/870>.

23-Borges EC, Camargo GC, Souza MO, Pontual NA, Novato TS. Qualidade de vida em pacientes ostomizados: uma comparação entre portadores de câncer colorretal e outras patologias. Rev Inst Ciênc Saúde. 2007 [acessado 15 julho 2013]; 25(4):357-63. Disponível em: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2007/04_out_nov/V25_N4_2007_p357-364.pdf.

24-Fongaro MLH, Sebastiani RW. Roteiro de Avaliação Psicológica Aplicada ao Hospital Geral. In: Angerami-Camon, VA (Org). E a Psicologia Entrou no Hospital... São Paulo (SP): Pioneira; 1996. p. 05-64.

25-Pasquali L, Gouveia VV, Andriola WB, Miranda, FJ, Ramos ALM. QSG – Questionário de Saúde Geral: Adaptação Brasileira. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 1996.45p.

26-Brabo EP. Validação para o Brasil do Questionário de Qualidade de Vida para Pacientes com Câncer de Pulmão QLQ LC-13 da Organização Européia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.

CONCLUSÃO

A base conceitual deste estudo é complementada por uma revisão da literatura, e tem como *corpus* 37 artigos. Destaca-se que são escassos os estudos focados no tema do câncer gastrointestinal como um todo, apontando a imprescindibilidade de novas pesquisas ligadas a essa população específica envolvida. A constatação mais relevante apontada pela revisão realizada foi a indicação de que vários aspectos da QV dos sujeitos avaliados estão prejudicados

O perfil sociodemográfico dos participantes revela a amostra foi constituída por 31 pacientes, com predominância: do sexo feminino, provenientes da capital Goiânia, na faixa dos 60 a 69 anos, casados, aposentados, católicos, nível de escolaridade fundamental. O diagnóstico predominante foi o de câncer colorretal. A maior parte dos participantes ficou em média 14 dias internada e teve duas internações anteriores à internação para a cirurgia de câncer gastrintestinal.

A correlação entre fatores sociodemográficos e diagnóstico com escores de QV, apontou que a correlação é significativa entre as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, estado civil, diagnóstico, tempo de internação, domínio físico, domínio psicológico, domínio das relações sociais, domínio meio ambiente, escala funcional e escala de sintomas.

A avaliação e comparação da SG nos dois momentos (30 e 60 dias após a cirurgia) apontaram que somente o fator distúrbio do sono estava comprometido no primeiro momento.

A correlação da SG com os escores de QV dos participantes apresentou significância entre as variáveis: saúde geral, estado de saúde global, escalas funcional e escala de sintomas, domínio físico e domínio meio ambiente.

Conclui-se com a avaliação que a SG e a QV dos pacientes foram pouco modificadas em distintas dimensões após o processo cirúrgico, mas ressalta-se a indispensabilidade de apoio metódico por parte da equipe de saúde multiprofissional, visando a oportunizar ao enfermo oncológico a habilidade de enfrentamento e suplantação do contexto de adoecimento e de suas adversidades, objetivando poder tanto identificar previamente alterações clínicas importantes como prevenir comorbidades de natureza psicossocial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa investigação nasceu da ciência de que um dos objetivos do trabalho de um psicólogo em uma unidade hospitalar é o de atenuar o impacto emocional da doença e/ou tratamento sobre o funcionamento integral do ser humano e da necessidade de implementar protocolos que possam qualificar suas vidas e atender suas múltiplas demandas.

Diferente em muitos aspectos, comparado a outras doenças crônicas, o câncer abala substancialmente, o bem-estar físico, psicológico, social, e por vezes econômico do paciente e de sua família. O impacto provocado pelo diagnóstico, o aumento das experiências de dor, o estresse contínuo, as mutilações resultantes de alguns tratamentos, as restrições ao desempenho físico e intelectual, as limitações na atividade diária, o estigma social, a vivência de acontecimentos que colocam em risco a vida ou que minoram a esperança de vida são fatores intrínsecos à patologia oncológica na população brasileira. Nesse cenário, é relevante considerar a produção de melhores evidências que possam subsidiar as práticas do cuidar em distintos aspectos da vida do enfermo oncológico, de sua família não raras vezes, da equipe de saúde.

O objetivo geral deste estudo é avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes operados por câncer do aparelho gastrointestinal assistidos na clínica cirúrgica de um hospital universitário de referência em Goiás. Tal estudo foi elaborado com base na hipótese de que haveria comprometimento da QV dessa população e foi formulado em função da experiência prática vivida pela pesquisadora enquanto psicóloga da saúde em uma instituição hospitalar de ensino e pesquisa, onde os pacientes assistidos acabam por dividir suas dificuldades, suas dores e seu sofrimento tanto físico quanto emocional.

O propósito do presente estudo foi apresentar uma avaliação da qualidade de vida percebida e relacionada à saúde de 31 pacientes cirúrgicos com câncer do aparelho gastrointestinal. Esta avaliação põe em evidência a importância do tema estudado, especialmente em uma população de usuários rodeados de carências e necessitados de assistência integral. Assim, por meio deste estudo, consolidou-se a ideia de que a qualidade de vida e a saúde geral dos enfermos oncológicos são objeto de interesse multiprofissional e interdisciplinar, além de constituir-se tema complexo que exige a combinação

de diferentes esforços metodológicos – e talvez diferentes perspectivas epistemológicas - para seu conhecimento aprofundado.

Particularmente, o referencial teórico deste estudo é ampliado pela revisão sistemática da literatura, apresentada no primeiro artigo e que tem como *corpus* um conjunto de 37 artigos publicados de 2005 a 2015. Mas cumpre ressaltar que são escassos os estudos centrados no tema do câncer gastrointestinal como um todo, sendo encontrado somente um artigo com essa especificação, evidenciando a necessidade de novas investigações centradas nessa distinta população.

Faz-se primordial sublinhar a dificuldade em se estudar o tema proposto não só em relação ao câncer do aparelho gastrintestinal, mas também em relação à qualidade de vida, que está vinculada a não existência de um conceito único e definitivo, que constantemente precisa ser revisado, discutido e transformado, além de ser influenciado por múltiplas variáveis. A despeito das dificuldades e divergências conceituais, é nítido que qualidade de vida é abalazadamente de cunho interdisciplinar, sendo necessária a contribuição de diferentes áreas do conhecimento para o aperfeiçoamento metodológico e conceitual.

Outra dificuldade se concentra em mensurar qualidade de vida, e essa é uma realidade factual, tanto que muitas vezes os resultados podem ser discordantes ou não constatados, refutando uma hipótese. Essa conjuntura é verificada nesta pesquisa, resultados expectados, como prejuízo considerável na QV dos participantes em situação de pós operatório, não foram constatados.

Apesar das dificuldades existentes em conceituar e avaliar a QV, esta pesquisa possibilitou a reflexão a respeito deste construto nessa população. Esse estudo, bem como outros nessa vertente, podem dar embasamento para a efetivação de novas estratégias para a melhoria do tratamento dos pacientes com câncer gastrintestinal, o que poderá trazer um impacto positivo na satisfação das necessidades destes indivíduos.

É fato que, neste estudo é verificada a existência de um significativo intervalo nas avaliações individuais dos participantes, pacientes cujas avaliações foram máximas, ao passo que outros ficaram com escores iguais ou muito próximos do mínimo, ratifica a crença de que os indivíduos incorporam em sua percepção de QV e na avaliação da saúde geral, as relações com

outras pessoas, os hábitos de vida e as crenças religiosas, liberdade, solidariedade, entre tantos outros aspectos que englobam uma compreensão multidimensional, modificando seus conceitos, mesmo estando subjulgados ao estímulo considerado negativo, que é a doença oncológica.

Os resultados deste estudo indicam que, a despeito do tratamento cirúrgico e clínico agressivo, pacientes com câncer gastrointestinal, assistidos em um universo multidisciplinar podem experimentar positivamente qualidade de vida relacionada a saúde, sobretudo ao se reforçar sua rede de suporte social e viabilizar a participação efetiva de suas famílias ao longo do processo de cuidar. Uma compreensão das constituintes da qualidade de vida a partir da perspectiva do paciente possibilita aos profissionais assistentes viabilizar acompanhamento pós-operatório e cuidados no futuro, que serão adaptados às necessidades de cada enfermo. Tal aspecto se constitui de tema ou recorte para produção de novas evidências.

O crescente número de sobreviventes de doença oncológica, associado às transições demográficas que vive a sociedade brasileira, representa, para os profissionais de saúde uma nova empreitada, com a necessidade de propiciar cuidados de apoio e atender às especificidades daqueles que vivenciam um diagnóstico de câncer. Visando a aprimorar os resultados psicossociais e físicos no período pós-tratamento, essa equipe multiprofissional precisa estar inteirada dos dilemas que seus pacientes enfrentam e assumir uma postura pró-ativa em compreender as suas necessidades de sobrevivência e oferecer serviços de saúde qualificados.

Considerando observações realizadas durante o transcorrer da pesquisa vale destacar o quantitativo de pacientes excluídos. No período da coleta de dados, foram operados 58 pacientes com diagnóstico de câncer gastrointestinal, desse total foram abordados 43 pacientes, 22 foram excluídos pelos motivos expostos a seguir: recusa de participação na pesquisa (N=4, 18%); negação diagnóstica (N=4, 18%); sem resultado de anatomopatológico (biópsia) no mometo da 2ª etapa da coleta de dados (N=5, 23%); não cientes do diagnóstico (N=9, 41%); somente cinco deste total de 58 pacientes operados não foram abordados pela pesquisadora. Dois itens desta lista se destacam, a não ciência do paciente sobre seu diagnóstico e a negação do mesmo por parte de outros pacientes, estas situações observadas são temas complexos e

merecem uma adequada discussão a luz da Psicologia, mas que não será aqui realizada, pois não se apresenta como objetivo do referido estudo.

Há de se salientar que este estudo apresenta algumas limitações, quais sejam: (a) o tamanho reduzido da amostra, destacando-se, quanto a isso que os resultados obtidos por meio deste estudo devem ser interpretados com prudência, não podendo ser estendidos para toda população com câncer gastrointestinal e podem ser encontradas outras diferenças estatisticamente significativas com um maior número de pacientes analisados; (b) a falta de medições da linha de base, no entanto, dados de base fidedignos esporadicamente estão acessíveis. É necessário divulgar que, no início da pesquisa, os pacientes já foram diagnosticados com câncer do aparelho gastrointestinal, com um possível impacto nos escores de QV; (c) neste estudo não houve um controle dos dados clínicos por sexo: realizar uma avaliação por sexo pode proporcionar responder algumas questões levantadas ao longo da análise dos resultados, a exemplo: Quem avaliou sua QV mais comprometida, homens ou mulheres? Onde está um maior potencial para crescimento gradativo da QV ao longo do tempo, nos homens ou nas mulheres?

Por fim, os dados desta pesquisa constituem-se num relevante banco de dados sobre a qualidade de vida da população estudada, nas diferentes facetas avaliadas, destacando suas reais demandas, além de proporcionar estímulo para a formulação de novas perguntas que possam ser empiricamente respondidas. Contudo, conforme já relatado pela literatura, nenhum escore, por si só, poderá ser suficiente para expressar a reorganização existencial vivida por cada indivíduo, enfermo ou não, a cada tempo. Disso decorre a possibilidade de combinação de referências decorrentes tanto do modelo biomédico quanto do biopsicossocial de saúde. Neste sentido, não se postula por um antagonismo, mas por uma complementação de saberes acumulados e a serviço de melhores condições de vida do paciente oncológico.

REFERÊNCIAS

ACHETTE, D. *et al.* Avaliação da qualidade de vida dos pacientes com câncer de laringe no pós-operatório tardio. **Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia – SBPO** – Boletim eletrônico, ed. 3. Jul./ago./set. 2009. Disponível em: <http://www.sbpo.org.br/>. Acesso em 04 ago. 2013.

ALMEIDA, A. F. *et al.* Qualidade de Vida das Pessoas Acometidas por Câncer no Trato Aerodigestivo Superior em um Hospital Universitário. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 2, 2013. p. 229-237. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_59/v02/pdf/10.pdf. Acesso em: 04 abr. 2015.

ALMEIDA, M. A. B. *et al.* Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. **Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP**. 2012. 142p. Disponível em: <<http://each.uspnet.usp.br/>>. Acesso em: 11 maio 2013.

ALMEIDA, R. A. ; MALAGRIS, L. E. N. A prática da psicologia da saúde. Rev. SBPH, v.14 n. 2, Jul/Dez. 2011, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n2/v14n2a12.pdf>. Acesso em 02 nov. 2015.

ALVES, R. F.; EULÁLIO, M. C. Abrangência e níveis de aplicação da Psicologia da Saúde. In: ALVES, R. F. (Org). **Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa** [online], Campina Grande: EDUEPB, 2011. 345p. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/z7ytj/pdf/alves-9788578791926.pdf>. Acesso em: 02 nov.2015.

ANDREU, Y. Personalidad Tipo C: historia y validez del concepto. In: DURÁ, M. R. D. E. **Territórios da Psicologia Oncológica**. Lisboa: CLIMEPSI, 2001. p. 339-426.

AMARAL, J. **Qualidade de vida em pacientes oncológicos**. Goiânia: R&F Editora, 2010. 142p.

AMEMIYA, T. *et al.* Activities of daily living and quality of life of elderly patients after elective surgery for gastric and colorectal cancers. **Ann Surg**, v.246, n.2, 2007. p. 222-228. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1933572/>. Acesso em 03 fev. 2016.

ANGERAMI-CAMON, V. A. O ressignificado da prática clínica e suas implicações na realidade da saúde. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Pioneira, 2009. p. 7-21.

ARANCIBIA, H. *et al.* Análisis de calidad de vida en pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico, **Rev. Médica Chile**, v. 137, n. 4, abr. 2009. p. 481-485. Disponível em: <http://www.scielo.cl/>. Acesso em: 03 mar. 2013.

AYURVEDA. **[Aparelho gastrointestinal]**. 2016. 1 fotografia. Disponível em: <http://www.oarquivo.com.br/variedades/terapias-complementares/3040-ayurveda-parte-3.html>. Acesso em: 04 set. 2016.

BALLONE G. J. Medicina Paliativa e Qualidade de Vida. **PsiquWeb**. 2005. Disponível em: www.psiqweb.med.br. Acesso em: 02 nov. 2015.

BELASCO, A. G. S.; SESSO, R. C. C. Qualidade de Vida: Princípios, Focos de Estudo e Intervenções. In: DINIZ, D. P.; SCHOR, N. (Orgs). **Guia de Qualidade de Vida**. Barueri: Manole, 2006. p.01-10.

BORGES, E. C. *et al.* Qualidade de vida em pacientes ostomizados: uma comparação entre portadores de câncer colorretal e outras patologias. **Rev Inst Ciênc Saúde**, v. 25, n. 4, 2007. p. 357-63. Disponível em: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2007/04_out_nov/V25_N4_2007_p357-364.pdf. Acesso em: 15 jul. 2013.

BRABO, E. P. **Validação para o Brasil do Questionário de Qualidade de Vida para Pacientes com Câncer de Pulmão QLQ LC-13 da Organização Européia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer**. 2005. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2006.

BRASIL. Portal Brasil. **Câncer mata pelo menos 8 milhões de pessoas no mundo anualmente**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/02/cancer-mata-pelo-menos-8-milhoes-de-pessoas-no-mundo-todos-os-anos>. Acesso em: 31 de ago. 2015.

CAVALLIN, F. *et al.* Health related quality of life after oesophagectomy: elderly patients refer similar eating and swallowing difficulties than younger patients. **BMC Cancer**, v.15, n.640, 2015. p.1-9. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4578681/pdf/12885_2015_Article_1647.pdf. Acesso em: 03 fev. 2016.

CALVETTI, P. U. *et al.* Psicologia da saúde e qualidade de vida: pesquisas e intervenções em psicologia clínica. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 14. n. 1, jan./jun. 2006. p. 18-23. Disponível em: <http://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/>. Acesso em: 06 abr. 2014.

CELLA, D. F. & CHERIN, E. A. Quality of life during and after cancer treatment. **Cancer**, v. 14 n. 5, 1988, p. 69-75.

CICONELLI, R. M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol**. v.39, n.3, mai/jun. 1999. p. 143-150. Disponível em: http://www.ufjf.br/renato_nunes/files/2014/03/Valida%C3%A7%C3%A3o-do-Question%C3%A1rio-de-qualidade-de-Vida-SF-36.pdf. Acesso em: 19 abr. 2014.

COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES – CBC. **Programa de Auto-Avaliação em Cirurgia – Cirurgia Oncológica**. Rio de Janeiro. nov. 2001. Disponível em: <https://cbc.org.br/wp-content/uploads/2013/05/Ano1-IV.Cirurgia-oncologica.pdf>. Acesso em: 06 set. 2016.

COSTA JUNIOR, A. L. *et al.* Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. **Estudos de Psicologia**. Campinas, SP, v. 29, n. 2, abr./jun. 2012. p. 271-284. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29n2/a13v29n2.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

COSTA NETO, S. B. **Qualidade de Vida dos Portadores de Neoplasia de Cabeça e Pescoço: O Bem-estar, o Bem-ter e o Bem-viver**. 2001. 289 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2002.

COSTA NETO, S. B. ARAUJO, T. C. C. F. de. A Multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida em saúde. **Estudos: Vida e Saúde**, v. 30, n. 1, 2003. p. 165-179.

_____. Qualidade de vida do enfermo oncológico: Um panorama sobre o campo e suas formas de avaliação. In: CARVALHO, V. A. de *et al.* (Org.). **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus Editorial, 2008. p. 195-208.

DEL CASTILLO, M. F. *et al.* A Importância dos questionários para avaliação da qualidade de vida. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ, v.11, n. 1, jan./mar. 2012. p. 12-17. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=287. Acesso em: 18 jan. 2016.

DINIZ, D. P.; SCHOR, N. (Orgs.). **Guia de Qualidade de Vida**. Barueri: Manole, 2006. 221p.

DJÄRV, T.; BLAZEBY, J. M.; LAGERGREN, P. Predictors of Postoperative Quality of Life After Esophagectomy for Cancer. **J Clin Oncol**, v. 27, n. 12, 2009. p. 1963-1968. Disponível em: <http://jco.ascopubs.org/content/27/12/1963.full.pdf+html>. Acesso em: 03 fev. 2016.

DOORNEBOSCH, P. G. *et al.* Quality of life after transanal endoscopic microsurgery and total mesorectal excision in early rectal cancer. **Colorectal Disease**, v. 9, n. 6, 2006. p. 553–558. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1111/j.1463-1318.2006>. Acesso em: 03 fev. 2016.

DUARTE, P. S.; CICONELLI, R. M. Instrumentos para a Avaliação de Qualidade de Vida: Genéricos e Específicos. In: DINIZ, D. P.; SCHOR, N. (Org.). **Guia de Qualidade de Vida**. Barueri, Manole, 2006. p. 11-18.

EGBERTS, J. H. *et al.* Impact of the Site of Anastomosis after Oncologic Esophagectomy on Quality of Life — A Prospective, Longitudinal Outcome Study. **Ann of Surg Oncol.**, v. 15, 2008. p. 566-575. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1245%2Fs10>. Acesso em: 06 fev 2016.

EMMERTSEN, K. J.; LAUBERG, S. Impact of bowel dysfunction on quality of life after sphincter-preserving resection for rectal cancer. **British Journal of Surgery**, v. 100, 2013. p. 1377-1387. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002.9223>. Acesso em: 03 fev. 2016.

ESHUIS, W. J. et al. Gastric emptying and quality of life after pancreatoduodenectomy with retrocolic or antecolic gastroenteric anastomosis. **Br J Surg.**, v. 102, 2015. p. 1123–1132. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bjs.9812/epdf>. Acesso em: 06 fev. 2016.

EVANGELISTA, J. C. Câncer gastrointestinal. In: CARVALHO, V. A. de et al. (Org.). **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus Editorial, 2008. p. 100-108.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life: Assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes**, Chichester: John Wiley, 2002. 544p. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/0470846283.fmatter_indsub/pdf. Acesso em: 30 out. 2015.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 21, n. 1, jan./mar. 1999. p. 19-28. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000100006. Acesso em: 15 jan. 2016.

_____. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n. 2, 2000. p. 178-183. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012. Acesso em: 15 jan. 2016.

FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. (Org). **A Avaliação de Qualidade de Vida: Guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre, Artmed, 2008. p. 19-28.

FONGARO, M. L. H.; SEBASTIANI, R. W. Roteiro de Avaliação Psicológica Aplicada ao Hospital Geral. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **E a Psicologia Entrou no Hospital...** São Paulo: Pioneira, 1996. p. 05-64.

FRANÇA NETO, P. R. et al. Quality of life assessment in the late postoperative period of patients with rectal cancer submitted to total mesorectal excision. **J. Coloproctol.**, v. 33, n. 2, abr./jun. 2013. p. 50-57. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jcol/v33n2/2237-9363-jcol-33-02-050.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2016.

FRANCESCHINI, J. et al. Reprodutibilidade da versão em português do Brasil do European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire em conjunto com seu módulo específico para câncer de pulmão. **J Bras Pneumol.**, v. 36, n. 5, set./out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 15 jul. 2013.

GOCKEL, I. et al. Long-term survivors of esophageal cancer: Disease-specific quality of life, general health and complications. **J of Surg Oncology**, v.102, n. 5, 2010. p. 516-522. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jso.21434/pdf>. Acesso em: 08 fev. 2016.

HOLMES, S.; DICKERSON, J. The quality of life: design and evaluation of a self-assessment instrument for use with cancer patients. **Int J Nurs Stud.**, v. 24, n. 1, 1987. p.15-24. Disponível em: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/0020-7489\(87\)90035-6](http://www.journalofnursingstudies.com/article/0020-7489(87)90035-6). Acesso em: 15 out. 2013.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatística do século XX**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/29092003estatisticasecxxhtml.shtm>. Acesso em: 08 nov. 2015.

KHAN, S. A. Influence of enhanced recovery after surgery pathways and laparoscopic surgery on health-related quality of life. **Colorectal Dis.**, v. 15, n. 7, 2013. p. 900-907. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/codi>. Acesso em: 06 fev. 2016.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Quality of Life – Conceptual Issues. **Revista Salus.**, v.1, n.1, jan/jun 2007. p.13-15. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/>. Acesso em: 31 out. 2015.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. WHOQOL-bref, an instrument for quality of life assessment: a systematic review. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 31, n. 3, 2009. p. 1-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3s0/v31n3a07s1.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.

LAGERGREN, P. et al. (2007). Health-related quality of life among patients cured by surgery for esophageal cancer. **Cancer**, v. 110, n. 3, 2007. p. 686-693. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/cncr.22833>. Acesso em: 03 fev. 2016.

LIMA, M. J. B.; PORTELA, M. C. Elaboração e avaliação da confiabilidade de um instrumento para medição da qualidade de vida relacionada à saúde de idosos independentes. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 8, 2010. p. 1651-1662. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n8/18.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2015.

LIZDENIS, P. et al. Short-term results of quality of life for curatively treated colorectal cancer patients in Lithuania. **Medicina**, v. 51, n. 1, 2015. p. 132-37. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/>. Acesso em: 06 fev. 2016.

MALMSTRÖM, M. et al. Quality of life measurements as an indicator for timing of support after oesophagectomy for cancer: a prospective study. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 96, 2015. Disponível em:

<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0747-x>. Acesso em: 03 fev. 2016.

MINAYO, M. C; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário, **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, 2000. p. 7-18. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; **Instituto Nacional do Câncer – INCA**. Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 2 ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: Pro-Onco. 1993. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=98. Acesso em: 08 set. 2016.

_____; **Instituto Nacional do Câncer – INCA**. Estimativa 2014/2015 – Incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa2014.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2014.

_____; **Instituto Nacional do Câncer – INCA**. Estimativa 2016/2017 – Incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/estimativa-2016.asp>. Acesso em: 04 de dez 2015.

_____; **Instituto Nacional do Câncer – INCA**. Câncer – O que é. 2016. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>. Acesso em: 15 jan. 2016.

_____; **Instituto Nacional do Câncer – INCA**. Câncer de Pâncreas. 2016. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pancreas>. Acesso em: 27 ago. 2016.

_____; **Instituto Nacional do Câncer – INCA**. Câncer de Fígado. 2016. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/figado>. Acesso em: 27 ago. 2016.

MUNENE, G. The quality of life trajectory of resected gastric cancer. **Jour of surgic oncol.**, v. 105, n. 4, 2012. p. 337-341. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jso.22139/epdf>. Acesso em: 03 fev. 2016.

NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O. Fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, 2010. p. 125-130. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acessado em: 04 ago. 2013.

NUNES, S. M. et al. Um estudo longitudinal sobre qualidade de vida em pacientes submetidos a cirurgia oncológica na ULS de Castelo Branco mediante a aplicação do SF-36. **Amato Lusitano: Revista de Saúde**, Castelo Branco, Portugal, n. 30, p. 6-11, 2012. Disponível em: <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/>. Acesso em: 19 abr. 2014.

OLIVEIRA, A. P.; GOMES A. M. T. Representational structure of cancer among patients: revealing its meanings and dimensions. **Rev. enferm.**, v. 16, n. 4, 2008. p. 525-531. Disponível em: www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a12.pdf. Acesso em: 02 nov. 2015.

OLIVEIRA, T. A. N. de et al. Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes Submetidos à Ressecção Colorretal por Via Laparoscópica ou Aberta em Período Pós-Operatório Inicial. **Rev bras Coloproct.**, v. 30, n. 1, 2010. p. 37-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802010000100005. Acesso em: 06 fev. 2016.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. **Cáncer**. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es>. Acesso em: 19 jun 2015.

PASQUALI, L. et al. **QSG – Questionário de Saúde Geral: Adaptação Brasileira**. São Paulo. Casa do Psicólogo, 1996.

PATRICK, D. L. A qualidade de vida pode ser medida? Como? In: FLECK, M. P. A. (Org). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre, Artmed, 2008, p. 29-39.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte**, v.26, n.2, 2012. p.241-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n2/07.pdf>. Acesso em: 14 out. 2015.

POLLETT, W. G. et al. Quality of life after surgery in individuals with familial colorectal cancer: does extended surgery have an adverse impact? **ANZ J Surg.**, v. 84, n. 5, 2014. p. 359-364. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ans.12336/epdf>. Acesso em: 03 fev. 2016.

RAMOS, B. F.; LUSTOSA, M. A. Câncer de mama feminino e Psicologia. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, jun. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151608582009000100007&script=sci_arttext. Acesso em: 02 nov. 2015.

RAMAKRISHNAIAH, V. P. N. et al. Quality of life after oesophagectomy in patients with carcinoma of oesophagus: A prospective study. **Indian J Cancer**, v. 51, n. 3, 2014. p. 346-351. Disponível em: <http://www.indianjcancer.com/article.asp?issn=0019-509X>. Acesso em: 06 fev. 2016.

ROSAS, M. S. L. et al. Incidência do Câncer no Brasil e o Potencial Uso dos Derivados de Isatinas na Cancerologia Experimental. **Rev. Virtual Quim.**, v.5, n. 2, 2013. p. 243-265. Disponível em: <http://www.uff.br/RVQ/index.php/rvq/article/viewArticle/407>. Acesso em: 31 ago. 2015.

SAMARASAM, I. et al. Palliative gastrectomy in advanced gastric cancer: is it worthwhile? **ANZ Journal of surgery**, v. 76, n. 1-2, 2006. p. 60-63. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1111/j.1445-2197>. Acesso em: 03 fev. 2016.

SAMAPIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de Revisão Sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 11, n.1, 2007. p. 83-89. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>. Acesso em: 03 de set 2016.

SCARPA, M. et al. Health-related quality of life in patients esophageal cancer predictors analysis at the different steps of treatment. **J Gastrointest Surg.**, v. 142, 2013. p. 421-433. Disponível em: [http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(12\)64064-5/pdf](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(12)64064-5/pdf). Acesso em: 15 set. 2013.

SCHÁVELZON, J. Psicossomática e câncer. In: MELLO FILHO, J. de; BURD, M. (Org.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre. Artmed, 2010, p. 296-309.

SCHUBART, J. R. et al. Quality of Life Assessment in Postoperative Patients with Upper GI Malignancies. **Journal Surgical Research**, v. 163, n. 1, 2010. p. 40-46 Disponível em: [http://www.journalofsurgicalresearch.com/article/S0022-4804\(10\)00444-0/pdf](http://www.journalofsurgicalresearch.com/article/S0022-4804(10)00444-0/pdf). Acesso em: 07 fev. 2016.

SEBASTIANI, R. W. Atendimento Psicológico no Centro de Terapia Intensiva. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **Psicologia Hospitalar Teoria e Prática**. São Paulo, Pioneira, 1994, p. 29-71.

SEED, Schlumberger Excellence in Education Development. **O papel da Tecnologia na Medicina**. 2009. Disponível em: <http://www.planetseed.com/pt-br/relatedarticle/do-seculo-xx-em-diante-o-papel-da-tecnologia>. Acesso em: 01 nov. 2015.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. da C. Qualidade de Vida e Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno Saúde Pública**, v. 20, n. 2, mar./abr. 2004. p. 580-588. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acesso em: 14 mar. 2013.

SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 2, abr./jun. 2008. p. 231-237. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a05v13n2>. Acesso em: 16 ago. 2014.

SIQUEIRA, K. M.; BARBOSA, M. A.; BOEMER, M. R. O Vivenciar a situação de ser com câncer: Alguns des-velamentos. **Rev Latino Am. Enfermagem**, Maringá, v. 15, n. 4, jul./ago. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext. Acesso em: 05 maio 2013.

SILVEIRA, M. F. et al. Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12-item health survey (SF-12). **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 18, n. 7, 2013. p. 1923-1931. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/07.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2016.

SORIANO, M. et al. Cirugía abierta vs. laparoscópica: calidad de vida y sintomatología ansioso-depresiva en cáncer colorrectal. **Rev Argent Coloproct.**, v.24, n.1, 2013. p.29-36. Disponível em: http://sacp.org.ar/revista/files/PDF/24_01_07.pdf. Acesso em: 03 fev. 2016.

STRAUB, R. O. Câncer. In: **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre. Artmed, 2005. p. 353-391.

TAVARES, J. S. C.; TRAD, L. A. B. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. **Cad. de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, 2005. p. 426-435. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf>.

TESTA, M. A.; SIMONSON, D. C. Assessment of quality of life outcomes. **N Engl J Med.**, v. 334, n. 13, 1996. p. 835-840. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199603283341306>. Acesso em: 30 out. 2015.

VARTANIAN, J. G. et. al. Questionários para a avaliação de Qualidade de Vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço validados no Brasil. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 36, n. 2, 2007. p. 108-115. Disponível em: Disponível em: <http://www.sbccp.netpoint.br/>. Acesso em: 15 jul. 2013.

VIDO, M. B.; FERNANDES, R. A. Q. Quality of life: considerations about concept and instruments of measure. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/870>. Acesso em 06 abr. 2014.

WISOSKY, G. **A união da medicina e da tecnologia em prol do ser humano**. São Bernardo do Campo. 2015. Disponível em: <http://canaltech.com.br/noticia/saude/A-uniao-da-medicina-e-da-tecnologia-em-prol-do-ser-humano/>. Acesso em: 01 nov. 2015.

YASUDA, K. et al. Long-term quality of life after laparoscopy-assisted distal gastrectomy for gastric cancer. **Surg Endosc.**, v. 21, n. 12, 2007. p. 2150-2153. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00464-007-9322-9>. Acesso em: 03 fev. 2016.

ZANDONAI, A. P. et. al. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. **Rev. Eletr. Enfermagem**, v. 12, n. 3, 2010. p. 554-561. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/>. Acesso em: 03 abr. 2013.

ZHANG, H. et al. Improved quality of life in patients with gastric cancer after esophagogastronomy reconstruction. **World J Gastroenterol.**, v. 15, 2009. p. 3183-3190. Disponível em: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v15/i25/3183.htm>. Acesso em: 06 fev. 2016.

ZHANG, M. et al. Comparison of the health-related quality of life in patients with narrow gastric tube and whole stomach reconstruction after oncologic esophagectomy: A prospective randomized study. **Scand Journal of Surg.**, v. 102, 2013. p. 77-82. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23820680>. Acesso em: 03 fev. 2016.

_____. Methods of reconstruction after esophagectomy on long-term health-related quality of life: a prospective, randomized study of 5-year follow-up. **Med Oncol.**, v. 32, 2015. p. 122-126. Disponível em: <http://download.springer.com/static/pdf/493/art%20>. Acesso em: 03 fev. 2016.

ANEXOS

APÊNDICE I – Questionário Sociodemográfico

ANEXO I – Parecer do Comitê de Ética

ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

ANEXO III – Roteiro de Avaliação Psicológica e de Exame Psíquico

ANEXO IV – Questionário de Saúde Geral (QSG)

ANEXO V – Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS - WHOQOL-bref.

ANEXO VI – Questionário de Qualidade de Vida da *European Organization for Research and Treatment of Cancer* - EORTC QLQ-C30.

ANEXO VII – Normas de publicação dos respectivos periódicos

APÊNDICE I

HOSPITAL DAS CLÍNICAS – UFG
SERVIÇO DE PSICOLOGIA
CLÍNICA CIRÚRGICA

Questionário Sociodemográfico

Nome: _____
Idade: _____ Data de Nascimento: _____
Naturalidade: _____
Sexo: _____ Estado Civil: _____ Nº de filhos: _____
Escolaridade: _____
Profissão: _____
Religião: _____
Procedência: _____
Data internação: _____
Prontuário: _____ Leito: _____
Psicólogo: _____ Data 1º atendimento: _____

ANEXO I

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer do Aparelho Gastrointestinal

Pesquisador: Luciana Gusmão

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24527613.6.0000.5078

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 529.552

Data da Relatoria: 12/12/2014

Apresentação do Projeto:

É um projeto de pesquisa com a finalidade de curso de pós graduação no nível de mestrado. A pesquisa proposta é a avaliação da qualidade de vida de pacientes portadores de câncer do aparelho digestivo internados no Hospital das Clínicas da UFG.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário desta pesquisa é avaliar a qualidade de vida percebida e relacionada à saúde, de pacientes portadores de câncer do aparelho digestivo internados no Hospital das Clínicas. Os objetivos secundários são a caracterização de um perfil sócio demográfico destes pacientes e avaliar a saúde geral dos pacientes e a qualidade de vida, correlacionando as diferentes avaliações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos foram satisfatoriamente descritos, bem como a garantia de assistência psicológica em caso de surgirem alterações ou sintomas decorrentes da pesquisa. Os benefícios foram adequadamente descritos no TCLE, inclusive informando o benefício de um momento de reflexão acerca da saúde e da qualidade de vida que a pesquisa proporciona ao participante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É um estudo cujo tema proposto é de grande relevância devido a proposta de avaliar a qualidade de vida dos pacientes. A pesquisadora é adequadamente qualificada para executar o estudo proposto. A descrição geral do projeto apresenta-se resumida, deixando de apresentar

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cepcufg@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 529.552

informações essenciais referentes ao método, tais como, a descrição detalhada da amostra de participantes e o momento em que eles se encontram no tratamento da doença o que pode interferir nos resultados a serem obtidos. Quanto ao tamanho da amostra há informação de 50 participantes na folha de rosto, entretanto, no texto do projeto não há informações, O cronograma encontra-se inadequado devido à informar coleta de dados. No TCLE há poucas informações sobre os objetivos e a importância do tema da pesquisa. As informações sobre riscos e benefícios estão adequadamente descritas no TCLE, porém é importante informar o tempo estimado para a coleta de dados, tendo em vista que os questionários são compostos de grande número de questões (30 e 60) e perguntas abertas. No processo de obtenção do TCLE é importante que este ocorra em ambiente reservado, evitando exposição e constrangimento ao participante. No documento apresentado não há informações do local em que será aplicado o TCLE e aplicação dos questionários. A equipe de pesquisadores possui capacitação adequada para o desenvolvimento da pesquisa. O direito de solicitar indenização em caso de danos causados pela pesquisa foi devidamente informado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: constam informações resumidas sobre os objetivos e a importância da pesquisa; necessita informação sobre o tempo estimado de preenchimento dos questionários;

Forma de obtenção do TCLE: necessita informações sobre o local onde será aplicado o instrumento;

Recomendações:

Substituir o termo "sujeito" por "participante", conforme resoluções atuais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- 1) TCLE: informar tempo estimado para o preenchimento dos questionários; fornecer mais informações acerca da importância da pesquisa e objetivos desta;
- 2) Obtenção do TCLE: informar local de aplicação do instrumento, por exemplo: sala privativa na enfermaria da clínica, sala no setor de psicologia, etc;
- 3) Método e desenho do estudo: informar características da amostra, tais como número de participantes, fases do tratamento;
- 4) Cronograma: adequar o período de coleta de dados

Situação do Parecer:

Pendente

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephcufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 529.552

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto com pendências.

Informamos que de acordo com a Resolução CNS 466/2012 o pesquisador responsável tem até 30 dias para encaminhar a este Comitê, via Plataforma Brasil, as respostas às pendências. Findo este prazo o projeto será considerado "arquivado".

GOIANIA, 13 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador)

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephcufg@yahoo.com.br

Página 03 de 03

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor (a) está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa que será realizada durante seu tratamento no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG). Meu nome é **Luciana Marya Gusmão Tartuce**, sou a pesquisadora responsável e minha área de atuação é a Psicologia. O título da pesquisa é “**Qualidade de Vida de Pacientes Cirúrgicos com Câncer do Aparelho Gastrointestinal**”, tem como objetivo traçar o perfil sociodemográfico do paciente cirúrgico com câncer do aparelho gastrointestinal assistido na Clínica Cirúrgica do HC/UFG, bem como identificar aspectos clínicos do mesmo, além de descrever e compreender a qualidade de vida percebida e relacionada à saúde de do referido paciente.

A pesquisadora se compromete a manter em sigilo toda e qualquer informação que possa identificá-lo individualmente. Caso o Sr.(a) aceite participar desta pesquisa após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine em todas as folhas ao final deste documento, que está em duas vias e que também será assinado por mim, como pesquisadora. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Luciana Marya Gusmão Tartuce, nos telefones: (62) 3269-8284 e (62) 8221-9792.

Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3269-8338 – 3269-8426 ou no endereço: 1ª Avenida S/Nº Setor Leste Universitário, Unidade de Pesquisa Clínica, 2º andar.

Informações a respeito da coleta de dados:

Caso aceite participar deste estudo, os dados serão colhidos durante seu tratamento no HC, e serão realizadas duas etapas, distribuídas em dois encontros em dias diferentes, sendo eles:

- No primeiro encontro, que ocorrerá 30 dias após sua cirurgia juntamente com seu retorno ao ambulatório médico, no ambulatório de Psicologia, será realizado o questionário sócio-demográfico, onde são informados dados como: idade, sexo, escolaridade, estado civil, religião; e o questionário clínico contendo dados como: doenças associadas, conhecimento do diagnóstico, tempo de internação, internações anteriores entre outros, com duração estimada de dez minutos. Neste mesmo encontro será aplicado o Questionário de Saúde Geral (QSG), questionário que avalia diversos aspectos da sua saúde, também será aplicado um questionário que avalia a qualidade de vida genérico, que é denominado WHOQOL - Bref, e finalizando será aplicado um questionário que avalia a qualidade de vida específico, que é denominado EORTC-QLQ-C30, com duração estimada de 50 minutos.

- No segundo encontro, que ocorrerá 60 dias após sua cirurgia, no ambulatório de Psicologia, será aplicado o Questionário de Saúde Geral (QSG), questionário WHOQOL - Bref o questionário EORTC-QLQ-C30, com duração estimada de 45 minutos.

Riscos e Benefícios

Esta pesquisa apresenta risco mínimo porque o senhor já se encontra em processo terapêutico. Contudo durante a pesquisa, ao responder os questionários o Sr. (a) poderá sentir-se cansado, frustrado, ou apresentar algum desconforto. Caso haja algum dano decorrente dos processos da pesquisa, o (a) Sr. (a) será devidamente assistido pelo Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, que disponibilizará os procedimentos adequados para sanar esses danos, pelo tempo necessário, sem qualquer ônus. O participante tem direito a pleitear indenização, conforme as leis vigentes no país, em caso de danos decorrentes de sua participação na pesquisa.

Nesta pesquisa o Sr. (a) poderá se beneficiar pois a própria coleta de dados, proporcionará um momento de reflexão sobre a sua realidade de sua Qualidade de Vida e sobre aspectos de sua saúde, e a análise da mesma permitirá a elaboração de plano de intervenção psicológico adequado a sua realidade. Além disso, os resultados dessa pesquisa poderão beneficiar outras pessoas com o mesmo diagnóstico, uma vez que ela nos auxiliará na

identificação das necessidades dos pacientes e quão a Qualidade de Vida destes está afetada.

Os resultados desta pesquisa serão publicados, bem como apresentados em eventos e atividades científicas, mas sempre garantindo o sigilo e assegurando sua privacidade, pois não há identificação no instrumento, não sendo divulgados os nomes dos participantes da pesquisa. Os dados coletados ficarão sob a guarda dos responsáveis pela pesquisa até o período de conclusão do estudo e quando ao seu término serão destruídos, atendendo a especificação da resolução 466/2012 do Ministério da Saúde.

É garantido ao (à) senhor (a) desistir de sua colaboração a qualquer momento, resguardando o direito de retirar seu consentimento sem penalidades. Agradecemos antecipadamente sua participação.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu _____,
RG nº _____, CPF nº _____, Prontuário nº _____,
abaixo assinado, concordo em participar do estudo: Qualidade de Vida de Pacientes Cirúrgicos com Câncer do Aparelho Gastrointestinal, sob a responsabilidade da psicóloga Luciana Marya Gusmão Tartuce, como sujeito voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento, assistência e tratamento.

Goiânia, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do sujeito ou responsável

Assinatura



Dactiloscópica:

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Pesquisadora Responsável
Luciana Marya Gusmão Tartuce

ANEXO III

SERVIÇO DE PSICOLOGIA HOSPITALAR

(SEBASTIANI, R.W. & FONGARO, M.L - in ANGERAMI - CAMON, V. A . [org]
- "E a Psicologia Entrou no Hospital", SP, Ed. Pioneira, 1996)

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Nome: N°:

Idade: Sexo: Est.Civil: Religião:

Data internação:/...../.....

Psicólogo: Médico:

Serviço/Depto: Diag.Médico:

Data (atendimento):/...../.....

1. ESTADO EMOCIONAL GERAL

	Bom	Reg.	Ruim	S/Dados
Autoconceito	()	()	()	()
Ansiedade	()	()	()	()
Depressão	()	()	()	()
Infom. sobre a Doença	()	()	()	()
Infom. sobre Tratamento	()	()	()	()
Relação com a Doença	()	()	()	()
Estrutura Emocional Básica	()	()	()	()
Defesas Predominantes	()	Positivas	()	Negativas
Ruptura Psicótica	()	Sim	()	Não

2. SEQUELAS EMOCIONAIS DO PACIENTE

	Presente		Ausente
	Forte	Leve	
Com Internação Anterior	()	()	()
Com Tratamento Anterior	()	()	()
Com Cirurgia Anterior	()	()	()
Com Separações	()	()	()
Com Perdas / Óbitos	()	()	()
Obs:.....			
.....			
.....			
.....			

3. TEMPERAMENTO EMOCIONAL OBSERVADO

Introvertido	()	Acentuado	()
Extrovertido	()	Compensado	()

4. POSTURA FRENTE À DOENÇA E A VIDA

Tendência Biófila () Tendência Necrófila ()

5. ESTADO ATUAL FRENTE À DOENÇA/ HOSPITALIZAÇÃO E A VIDA

Negação () Revolta ()

Barganha () Depressão ()

Aceitação () Ganho Secundário ()

Obs:.....
.....
.....
.....

6. QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO

6.1. Como era o paciente antes de adoecer?

.....
.....
.....
.....

6.2. Relate um dia na vida do paciente antes de adoecer.

.....
.....
.....
.....

6.3. Como foi descoberto o diagnóstico?

.....
.....
.....
.....

6.4. O paciente sabe de seu diagnóstico? Se não sabe, por quê?

.....
.....
.....
.....

6.5. Houve algum fato marcante na vida do paciente e/ou família antes ou depois do aparecimento da doença? Data:/...../.....

	Antes	Depois
Doença do Paciente	()	()
Doença na Família	()	()
Separação na Família	()	()
Morte na Família	()	()
Desemprego	()	()
Mudança de Casa	()	()
Mudança de Escola	()	()
Nascimento de Irmão	()	()
Hospitalizações na Família	()	()

Acidentes Domésticos	()	()
Acidentes de Trânsito	()	()
Viagens	()	()
Mudança de Emprego	()	()
Brigas Familiares	()	()
Dificuldades Econômicas	()	()
Outros	()	()

6.6. Houve mudança no comportamento do paciente ou na dinâmica familiar após o aparecimento da doença?

.....

.....

.....

.....

7. AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL

7.1. Infância (composição familiar, relação com os pais, vivências, acontecimentos relevantes).

.....

.....

.....

.....

.....

7.2. Adolescência (hábitos, sexualidade, grupos, vivências, acontecimentos relevantes).

.....

.....

.....

.....

.....

7.3. Vida adulta (rotina diária, situação conjugal, relações com parceiros, contato com filhos, vivências, organização do lar, expectativas de vida).

.....

.....

.....

.....

.....

7.4. Contatos sociais (empregos, amigos, participação na comunidade, lazer, atividades).

.....

.....

.....

.....

.....

8. EXAME PSÍQUICO

Identificação:

Nome:..... Leito nº:.....

Idade: Sexo:..... Est.Civil:..... Religião:.....

Data Internação:/...../.....

Psicólogo:..... Médico:.....

Diagnóstico Médico:

Data:/...../.....

8.1. Consciência (clínica)

- | | | |
|--------------------------------------|---|-----------------------------------|
| ☐ Normal | ☐ Torpor | ☐ Turvação |
| ☐ Obnubilação | ☐ Coma I (vigil) | ☐ Coma II |
| ☐ Coma III | ☐ Coma IV (decerebração) | |

Índice Glasgow:

8.2. Senso Percepção

- | | |
|--|---|
| ☐ Normal | ☐ Alucianção Olfativa |
| ☐ Ilusão | ☐ Alucinação Gustativa |
| ☐ Alucinação Visual | ☐ Alucinação Tátil |
| ☐ Alucinação Auditiva | ☐ Alucinação Cenestopática |

8.3. Pensamento

- | | |
|--|---|
| ☐ Normal | Qual? |
| ☐ Alteração da forma | Qual? |
| ☐ Alteração do curso | ☐ Confusão Mental |
| ☐ Alteração do conteúdo | ☐ Delírio Persecutório |
| | ☐ Delírio Religioso |
| | ☐ Delírio de Referência |
| | ☐ Delírio de Interpretação |
| | ☐ Delírio Hipocondríaco |

8.4. Linguagem

Obs:.....
.....
.....
.....

- | | |
|------------------------------------|--|
| ☐ Normal | ☐ Afasia |
| ☐ Dislalia | ☐ Ecolalia |
| ☐ Disartria | ☐ Outras: |

8.5. Memória

- | | |
|---|--|
| ☐ Normal | |
| ☐ Alteração de Fixação | ☐ Amnésia Anterógrada |

- ☐ Alteração de Evocação
- ☐ Hipomnésia
- ☐ Hipermnésia
- ☐ Dificuldades de Fixação
- ☐ Amnésia Retrógrada Total
- ☐ Amnésia Lacunar
- ☐ Amnésia Pós-Traumática

8.6. Inteligência/Cognição

- ☐ Normal
- ☐ Alteração na Inteligência Verbal
- ☐ Alteração na Inteligência Não-Verbal
- ☐ Alterações Cognitivas Específicas. Qual?

8.7. Consciência do Eu

- ☐ Normal
- ☐ Alteração no Eu Físico
- ☐ Alteração no Eu Psíquico
- ☐ Ruptura Psicótica
- ☐ Alteração na Orientação Autopsíquica:
 - ☐ Estranheza de Si Mesmo
 - ☐ Desordem Tempo Psicológico
 - ☐ Desordem Espaço Psicológico
- ☐ Alteração na Orientação Alo Psíquica:
 - ☐ Estranheza do Outro
 - ☐ Desordem Tempo Físico
 - ☐ Desordem Espaço Físico
- ☐ Despersonalização

8.8. Afetividade (Humor)

- ☐ Normal
- ☐ Depressão
- ☐ Mania
- ☐ Labilidade Afetiva
- ☐ Ambivalência Afetiva
- ☐ Amorfismo Afetivo
- ☐ Angústia
- ☐ Ansiedade
- ☐ Leve
- ☐ Maior
- ☐ Moderada
- ☐ De morte
- ☐ Reativa
- ☐ Reativa
- ☐ Aumentada
- ☐ Existencial
- ☐ Neurótica

8.9. Motivação e Volição

- ☐ Deseja e Operacionaliza (Normal)
- ☐ Deseja e não Operacionaliza
- ☐ Não Deseja

8.10. Manifestações Psíquicas e Comportamentais

	Sem Dados	Moderada	Acentuada
Culpa	()	()	()
Negação	()	()	()
Raiva	()	()	()
Hostilidade	()	()	()
Fantasias	()	()	()
Fantasias Mórbidas	()	()	()
Frustração	()	()	()
Impotência	()	()	()
Insegurança	()	()	()
Fracasso	()	()	()
Regressão	()	()	()
Dependência	()	()	()
Conformismo	()	()	()
Projeção	()	()	()
Isolamento	()	()	()
Desamparo	()	()	()
Pânico	()	()	()
Desconfiança	()	()	()
Despessoalização	()	()	()
Esperança	()	()	()
Ambiguidade	()	()	()
Hospitalismo +	()	()	()
Hospitalismo -	()	()	()
Estresse Psicorgânico	()	()	()
Agitação Psicomotora	()	()	()
Agressividade Autodirigida	()	()	()
Agressividade Alo Dirigida	()	()	()
Medo Real	()	()	()
Medo Fantasmático	()	()	()
Comportamento Fóbico	()	()	()
Sensação de Punição	()	()	()
Sensação de Abandono	()	()	()
Limitação de Atividades	()	()	()
Conflitos quanto à Privacidade	()	()	()
Privação de Liberdade	()	()	()
Perda de Autonomia	()	()	()
Esquema Corporal Modificado	()	()	()
Conflitos com Sexualidade	()	()	()
Outras			

8.11. Diagnóstico Psicológico

Hipóteses Diagnósticas

.....

.....

.....

.....

8.12. Focos Principais

.....
.....
.....

8.13. Conduta

.....
.....
.....

8.14. Síntese

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANEXO IV

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL (QSG)

INSTRUÇÕES. Gostaríamos de saber se você tem tido algumas enfermidades ou transtornos e como tem estado sua saúde nas últimas semanas. Por favor, marque simplesmente com um **X** a resposta que a seu ver corresponde mais com o que você sente ou tem sentido. Se por ventura nenhuma das quatro alternativas corresponderem à resposta que você gostaria de dar, mesmo assim escolha aquela que mais se aproxime você. Mas lembre-se que o interesse está em saber como você tem se sentido ultimamente e não como você se sentia no passado. É importante que você **RESPONDA A TODAS AS PERGUNTAS**.

VOCÊ ULTIMAMENTE:

1 – Tem se sentido perfeitamente bem e com boa saúde?

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| (1) melhor do que o de costume | (3) pior do que de costume |
| (2) como de costume | (4) muito pior do que de costume |

2 – Tem sentido necessidade de tomar fortificantes (vitaminas)?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não, mais do que de costume | (4) muito mais do que o de costume |

3 – Tem se sentido cansado (fatigado) e irritadiço?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não, mais do que de costume | (4) muito mais do que o de costume |

4 – Tem se sentido mal de saúde?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não, mais do que de costume | (4) muito mais do que o de costume |

5 – Tem sentido dores de cabeça?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não, mais do que de costume | (4) muito mais do que o de costume |

6 – Tem sentido dores na cabeça?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não, mais do que de costume | (4) muito mais do que o de costume |

7 – Tem sido capaz de se concentrar no que faz?

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| (1) melhor do que o de costume | (3) pior do que de costume |
| (2) como de costume | (4) muito pior do que de costume |

8 – Tem sentido medo de que você vá desmaiar num lugar público?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não, mais do que de costume | (4) muito mais do que o de costume |

9 – Tem sentido sensações (ondas) de calor ou de frio pelo corpo?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não, mais do que de costume | (4) muito mais do que o de costume |

10 – Tem suado (transpirado) muito?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não, mais do que de costume | (4) muito mais do que o de costume |

11 – Tem acordado cedo (antes da hora) e não tem conseguido dormir de novo?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não, mais do que de costume | (4) muito mais do que o de costume |

12 – Tem levantado sentindo que o sono não foi suficiente para lhe renovar as energias?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não, mais do que de costume | (4) muito mais do que o de costume |

13 – Tem se sentido muito cansado e exausto, até mesmo para se alimentar?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não, mais do que de costume | (4) muito mais do que o de costume |

14 – Tem perdido muito sono por causa de preocupações?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não, mais do que de costume | (4) muito mais do que o de costume |

15 – Tem se sentido lúcido e com plena disposição mental?

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| (1) melhor do que o de costume | (3) pior do que de costume |
| (2) como de costume | (4) muito pior do que de costume |

16 – Tem se sentido cheio de energia (com muita disposição)

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| (1) melhor do que o de costume | (3) pior do que de costume |
| (2) como de costume | (4) muito pior do que de costume |

17 – Tem sentido dificuldade de conciliar o sono? (pegar no sono)

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não, mais do que de costume | (4) muito mais do que o de costume |

18 – Tem tido dificuldade em permanecer dormindo após ter conciliado o sono (após ter pego no sono)?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não, mais do que de costume | (4) muito mais do que o de costume |

19 – Tem tido sonhos desagradáveis ou aterrorizantes?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não, mais do que de costume | (4) muito mais do que o de costume |

20 – Tem tido noites agitadas e maldormidas?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não, mais do que de costume | (4) muito mais do que o de costume |

21 – Tem conseguido manter-se em atividade e ocupado?

- | | |
|------------------------------|--------------------------------------|
| (1) mais do que o de costume | (3) um pouco menos do que de costume |
| (2) como de costume | (4) muito menos do que de costume |

22 – Tem gasto mais tempo para executar seus afazeres?

- | | |
|-------------------------------------|--|
| (1) mais rápido do que o de costume | (3) mais tempo do que de costume |
| (2) como de costume | (4) muito mais tempo do que de costume |

23 – Tem sentido que perde o interesse nas suas atividades diárias?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não, mais do que de costume | (4) muito mais do que o de costume |

24 – Tem sentido que está perdendo interesse na sua aparência pessoal?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não, mais do que de costume | (4) muito mais do que o de costume |

25 – Tem tido menos cuidado com suas roupas?

- | | |
|------------------------------------|--|
| (1) mais cuidado do que de costume | (3) menos cuidado do que de costume |
| (2) como de costume | (4) muito menos cuidado que de costume |

26 – Tem saído de casa com a mesma frequência de costume?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| (1) mais do que o de costume | (3) menos do que de costume |
| (2) como de costume | (4) muito menos do que de costume |

27 – Tem se saído tão bem quanto acha que a maioria das pessoas se sairia se estivesse em seu lugar?

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| (1) melhor do que o de costume | (3) pior do que de costume |
| (2) como de costume | (4) muito pior do que de costume |

28 – Tem achado que de um modo geral tem dado boa conta de seus afazeres?

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| (1) melhor do que o de costume | (3) pior do que de costume |
| (2) como de costume | (4) muito pior do que de costume |

29 – Tem se atrasado para chegar ao trabalho ou para começar seu trabalho em casa?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| (1) não, absolutamente | (3) pouco mais atrasado do que de costume |
| (2) mais atrasado do que de costume | (4) muito mais atrasado do que de costume |

30 – Tem se sentido satisfeito com a forma pela qual você tem realizado suas atividades (tarefa ou trabalho)?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| (1) mais satisfeito do que de costume | (3) menos satisfeito do que de costume |
| (2) como de costume | (4) muito menos satisfeito que de costume |

31 – Tem sido capaz de sentir calor humano e afeição por aqueles que o cercam?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| (1) mais do que o de costume | (3) menos do que de costume |
| (2) como de costume | (4) muito menos do que de costume |

32 – Tem achado fácil conviver com outras pessoas?

- | | |
|----------------------------------|--|
| (1) mais fácil do que de costume | (3) mais difícil do que de costume |
| (2) tão fácil como de costume | (4) muito mais difícil do que de costume |

33 – Tem gasto muito tempo batendo papo?

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| (1) mais tempo do que o de costume | (3) menos do que de costume |
| (2) tanto quanto de costume | (4) muito menos do que de costume |

34 – Tem tido medo de dizer alguma coisa às pessoas e passar por tolo (parecer ridículo)?

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não mais do que de costume | (4) muito mais do que de costume |

35 – Tem sentido que está desempenhando uma função útil na vida?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| (1) mais do que o de costume | (3) menos útil do que de costume |
| (2) como de costume | (4) muito menos do que de costume |

36 – Tem se sentido capaz de tomar decisões sobre suas coisas?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| (1) mais do que o de costume | (3) menos do que de costume |
| (2) como de costume | (4) muito menos do que de costume |

37 – Tem sentido que você não consegue continuar as coisas que começa?

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não mais do que de costume | (4) muito mais do que de costume |

38 – Tem se sentido com medo de tudo que tem que fazer?

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não mais do que de costume | (4) muito mais do que de costume |

39 – Tem se sentido constantemente sob tensão?

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não mais do que de costume | (4) muito mais do que de costume |

40 – Tem se sentido incapaz de superar suas dificuldades?

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não mais do que de costume | (4) muito mais do que de costume |

41 – Tem achado a vida uma luta constante?

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não mais do que de costume | (4) muito mais do que de costume |

42 – Tem conseguido sentir prazer nas suas atividades diárias?

- | | |
|------------------------------|--------------------------------------|
| (1) mais do que o de costume | (3) um pouco menos do que de costume |
| (2) como de costume | (4) muito menos do que de costume |

43 – Tem tido pouca paciência com as coisas?

- | | |
|--------------------------------|--|
| (1) não, absolutamente | (3) menos paciência do que de costume |
| (2) não mais do que de costume | (4) muito menos paciência que de costume |

44 – Tem se sentido irritado e mal-humorado?

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não mais do que de costume | (4) muito mais do que de costume |

45 – Tem ficado apavorado ou em pânico sem razões justificadas para isso?

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não mais do que de costume | (4) muito mais do que de costume |

46 – Tem se sentido capaz de enfrentar seus problemas?

- | | |
|----------------------------------|---|
| (1) mais capaz do que de costume | (3) menos capaz do que de costume |
| (2) como de costume | (4) muito menos capaz do que de costume |

47 – Tem sentido que suas atividades têm sido excessivas para você?

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não mais do que de costume | (4) muito mais do que de costume |

48 – Tem tido a sensação de que as pessoas olham para você?

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não mais do que de costume | (4) muito mais do que de costume |

49 – Tem se sentido infeliz e deprimido?

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não mais do que de costume | (4) muito mais do que de costume |

50 – Tem perdido a confiança em você mesmo?

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não mais do que de costume | (4) muito mais do que de costume |

51 – Tem se considerado como uma pessoa inútil (sem valor)?

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não mais do que de costume | (4) muito mais do que de costume |

52 – Tem sentido que a vida é completamente sem esperança?

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não mais do que de costume | (4) muito mais do que de costume |

53 – Tem se sentido esperançoso quanto ao seu futuro?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| (1) mais do que o de costume | (3) menos do que de costume |
| (2) como de costume | (4) muito menos do que de costume |

54 – Considerando-se todas as coisas tem se sentido razoavelmente feliz?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| (1) mais do que o de costume | (3) menos do que de costume |
| (2) assim como de costume | (4) muito menos do que de costume |

55 – Tem se sentido nervoso e sempre tenso?

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não mais do que de costume | (4) muito mais do que de costume |

56 – Tem sentido que a vida não vale a pena?

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| (1) não, absolutamente | (3) um pouco mais do que de costume |
| (2) não mais do que de costume | (4) muito mais do que de costume |

57 – Tem pensado na possibilidade de dar um fim em você mesmo?

- (1) definitivamente, não
- (2) acho que não

- (3) passou-me pela cabeça
- (4) definitivamente, sim

58 – Tem achado algumas vezes que não pode fazer nada porque está muito mal dos nervos?

- (1) não, absolutamente
- (2) não mais do que de costume

- (3) um pouco mais do que de costume
- (4) muito mais do que de costume

59 – Já se descobriu desejando estar morto e longe (livre) de tudo?

- (1) não, absolutamente
- (2) não mais do que de costume

- (3) um pouco mais do que de costume
- (4) muito mais do que de costume

60 – Tem achado que a idéia de acabar com a própria vida tem se mantido em sua mente?

- (1) definitivamente, não
- (2) acho que não

- (3) passou-me pela cabeça
- (4) definitivamente, sim

ANEXO V

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEVA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

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	4	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	1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	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	3.Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	4.O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	5.O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	6.Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	7.O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	8.Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	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	10.Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	11.Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	12.Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	13.Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	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	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	16.Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	17.Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	18.Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	19.Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	20.Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	21.Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	22.Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	23.Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	24.Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	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	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	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?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO VI



EORTC QLQ-C30 (versão 3.0.)

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. As informações que você fornecer permanecerão estritamente confidenciais.

Por favor, preencha suas iniciais:

Sua data de nascimento (dia, mês, ano):

Data de hoje (dia, mês, ano):

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
1. Você tem alguma dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem alguma dificuldade quando faz uma <u>longa</u> caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem alguma dificuldade quando faz uma <u>curta</u> caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4

Durante a última semana:

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
6. Tem sido difícil trabalhar ou realizar suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Tem sido difícil praticar seu hobby ou participar de atividades de lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem tido dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido enjoado/a?	1	2	3	4
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4
16. Você tem tido prisão de ventre?	1	2	3	4

Durante a última semana:

	Não	Pouco	Moderad	Muito
17. Você tem tido diarreia?	1	2	3	4
18. Você esteve cansado/a?	1	2	3	4
19. A dor interferiu em suas atividades diárias?	1	2	3	4
20. Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Você se sentiu nervoso/a?	1	2	3	4
22. Você esteve preocupado/a?	1	2	3	4
23. Você se sentiu irritado/a facilmente?	1	2	3	4
24. Você se sentiu deprimido(a)?	1	2	3	4
25. Você tem tido dificuldade para se lembrar das coisas?	1	2	3	4
26. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades <u>sociais</u> ?	1	2	3	4
28. A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?	1	2	3	4

Para as seguintes perguntas, por favor, faça um círculo em volta do número entre 1 e 7 que melhor se aplica a você.

29. Como você classificaria a sua saúde em geral, durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Ótima

30. Como você classificaria a sua qualidade de vida em geral, durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Ótima

ANEXO VII



ISSN 0103-863X versão
impressa

ISSN 1982-4327 versão
online

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Normas de publicação](#)
- [Tipo de colaboração aceita pela revista *Paidéia*](#)
- [Apreciação pela comissão editorial](#)
- [Direitos autorais/cuidados éticos](#)
- [Reprodução de outras publicações](#)
- [Autoria](#)
- [Orientações gerais para submissão](#)
- [Exemplos de citações no corpo do manuscrito](#)
- [Orientações para elaboração das referências](#)

Normas de publicação

A revista ***Paidéia*** é vinculada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Editada desde 1991, tem periodicidade quadrimestral e publica artigos originais na área de Psicologia. Os artigos publicados são de responsabilidade exclusiva dos autores, as opiniões e julgamentos neles contidos não expressam necessariamente aqueles relativos à Comissão Editorial.

Tipo de colaboração aceita pela revista *Paidéia*

1. Relato de pesquisa: investigação baseada em dados empíricos, utilizando metodologia científica. A revista ***Paidéia*** publica prioritariamente artigos destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais recentes. Limitado a 25 páginas, incluindo resumo, *abstract*, *resumen*, figuras, tabelas e referências (excluindo-se deste cômputo as folhas de rosto).

2. Estudo teórico: análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Limitado a 25 páginas, incluindo resumo, *abstract*, *resumen*, figuras, tabelas e referências (excluindo-se deste cômputo as folhas de rosto). A submissão de manuscritos desta natureza não é livre, limitando-se a autores convidados pelo Editor.

3. Revisão sistemática da literatura: análise de um corpo abrangente de investigação, relativo a assuntos de interesse para o desenvolvimento da Psicologia. A revisão sistemática deve descrever pormenorizadamente a metodologia utilizada para busca dos estudos originais, sendo que a ***Paidéia*** indica a utilização de uma das seguintes diretrizes: PRISMA, PICO, Cochrane ou Strobe. É necessário também explicitar os critérios utilizados na seleção dos estudos que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise). Espera-se que os autores definam claramente uma pergunta norteadora da revisão e, na análise da produção científica, identifiquem relações, contradições, lacunas e/ou inconsistências existentes na literatura. Também é esperado que, a partir dos resultados, os autores sugiram os próximos passos de investigação para a resolução dos problemas identificados. A revisão deve limitar-se a 25 páginas, incluindo resumo, *abstract*, *resumen*, figuras, tabelas e referências (excluindo-se deste cômputo a folha de rosto).

A revista ***Paidéia*** desencoraja fortemente a submissão de manuscritos multipartes de uma mesma pesquisa.

Apreciação pela comissão editorial

O processo de revisão editorial só terá início se o manuscrito encaminhado obedecer

estritamente às condições definidas nas Normas de Publicação. Caso contrário, o manuscrito submetido será recusado e arquivado. O manuscrito que se enquadra nas categorias 1 a 3, acima descritas, será submetido à pré-análise da Comissão Editorial. Quando verificado o cumprimento de todas as Normas de Publicação, será encaminhado para análise dos consultores *ad hoc*, pressupondo-se que: (a) não foi publicado e tampouco está sendo submetido a outro periódico, (b) manuscritos com conteúdo semelhante não deverão ter sido publicados ou estar em apreciação em qualquer veículo, (c) todas as pessoas listadas como autores aprovaram seu encaminhamento com vistas à publicação na revista **Paidéia**; (d) qualquer pessoa citada como fonte de comunicação pessoal aprovou previamente a citação por meio de documento por escrito.

O processo editorial da revista **Paidéia** pauta-se pela revisão às cegas (*double blind review*) realizada por pares, ou seja, as identidades dos autores e dos assessores *ad hoc* são mantidas incógnitas. A tramitação editorial inicia-se com a submissão do manuscrito à **Paidéia**, cujo recebimento é acusado pela Secretaria da revista. O original é analisado, preliminarmente, pela Comissão Editorial, de acordo com os seguintes critérios: (a) conteúdo, no que se refere à linha temática da revista; (b) originalidade, relevância do tema e qualidade da metodologia científica utilizada; (c) adequação às normas editoriais adotadas pelo periódico.

Após passar por essa etapa de pré-análise, pode-se ter como desfecho: (a) devolver o manuscrito aos autores solicitando modificações, quando não foram atendidas as exigências formais; (b) recusá-lo ou (c) dar prosseguimento ao processo de avaliação, caso o manuscrito atenda aos critérios supracitados.

Os manuscritos submetidos serão apreciados pela Comissão Editorial, que os encaminharão para análise de consultores *ad hoc* que tenham reconhecida competência na área de conhecimento em questão. O resumo do manuscrito é utilizado como veículo de consulta aos assessores. Em geral, entre três e cinco pesquisadores são convidados a emitir parecer. Caso um especialista convidado apresente qualquer impedimento de se manifestar sobre o manuscrito (conflito de interesses profissionais, financeiros, benefícios diretos e indiretos), a Comissão Editorial deve ser informada. O procedimento para primeira avaliação é iniciado com o envio do manuscrito na íntegra aos assessores *ad hoc* que acederam ao convite. No mínimo dois consultores avaliam cada manuscrito. A análise será baseada no instrumento de avaliação utilizado pela Revista. Os consultores, após análise acurada do manuscrito submetido, sugerem a recusa ou recomendam sua publicação – que pode ser condicionada à realização de alterações recomendadas. Cada consultor emite parecer em formulário padrão e o finaliza com seu julgamento, assinalando um dentre os cinco critérios descritos a seguir, sendo que três deles contemplam a possibilidade de aceitação e dois sugerem reprovação.

Em condição de aceitação: Excelente; Bom, com algumas deficiências; Bom, mas necessita de ampla revisão.

Sem condição de aceitação: Necessita de extensa reformulação para ser ressubmetido; Recusado para publicação.

A aceitação do manuscrito submetido pode ser condicionada a modificações que visam a melhorar a clareza ou precisão do texto. Os autores receberão as cópias dos pareceres dos consultores na íntegra, tendo a Comissão Editorial liberdade para emitir comentários sobre o manuscrito, que serão informados aos autores. Os manuscritos recomendados para publicação, mas sujeitos a modificações, deverão ser reformulados, no intuito de alcançar a aceitação final. A versão reformulada deve ser devolvida em 30 dias, juntamente com carta dos autores, enviada em documento suplementar e dirigida à Comissão Editorial, elencando as alterações que foram feitas no manuscrito, a partir das críticas/sugestões contidas no parecer emitido, e justificando aquelas que não foram acatadas. Caso os autores não encaminhem o manuscrito revisado e a carta-resposta no prazo estipulado, o processo editorial será encerrado, em qualquer etapa da submissão.

A carta-resposta contendo as justificativas, o manuscrito reformulado e o parecer da Comissão Editorial referente à versão original do manuscrito, serão apreciados pela Comissão Editorial. A critério desta, também poderão ser encaminhados aos consultores *ad hoc*, que apreciarão as reformulações realizadas e as cotejarão com os pareceres emitidos, avaliando também a consistência da argumentação dos autores. Após essa análise, caberá à Comissão julgar se o manuscrito pode ser publicado ou se ainda requer modificações, ou ainda se será recusado. Se a Comissão Editorial decidir que o manuscrito necessita de novas alterações, será solicitada nova reformulação aos autores, obedecendo-se ao processo descrito acima. O manuscrito poderá ter no máximo uma segunda reformulação.

Caso o manuscrito esteja em condições de aceite, a Comissão Editorial realizará uma última análise dos pareceres e do texto, no sentido de avaliar se ainda cabem alterações. Caso aprovado, o manuscrito será encaminhado para os procedimentos finais de normalização com vista à publicação. Cumpre esclarecer que, com base nos pareceres emitidos, cabe ao Editor responsável o julgamento final sobre a publicação ou recusa do manuscrito. Essa decisão será comunicada aos autores.

Em situações específicas (pareceres inconsistentes, questões éticas, julgamento ambivalente, dentre outras), a versão reformulada do manuscrito poderá ser também enviada a um terceiro consultor *ad hoc*. Em sua análise, o consultor poderá rejeitar o manuscrito, sugerir novas alterações que considerar necessárias ou aceitar a versão reformulada. A Comissão Editorial analisará os pareceres para deliberar, recomendando ou não a publicação.

O manuscrito aprovado será encaminhado para revisão bibliográfica realizada pela bibliotecária da revista e, posteriormente, será padronizado pela Comissão Editorial e Técnica da **Paidéia**, com vistas às últimas correções formais. Pequenas modificações na redação/estrutura do texto poderão ser realizadas a critério desta Comissão. Mediante tais procedimentos, os manuscritos aprovados são encaminhados para diagramação. A composição dos artigos aprovados para publicação em cada fascículo da revista leva em consideração a diversificação de autoria por região do país e instituições, o que implica que o aceite do manuscrito não é condicionado à sua imediata publicação.

Os arquivos em formato PDF são encaminhados para a equipe de bibliotecários a fim de que sejam feitas as indexações e a um profissional especializado para a preparação dos textos na metodologia SciELO. A última etapa consiste na distribuição dos exemplares impressos para autores, indexadores, bibliotecas vinculadas à Rede Brasileira de Bibliotecas da Área de Psicologia (ReBAP), corpo editorial e consultores *ad hoc*. Cada autor de artigo publicado receberá um exemplar do fascículo no qual seu estudo foi publicado. No último número de cada volume da revista será publicada a nominata dos consultores *ad hoc* que colaboraram na avaliação dos manuscritos no ano corrente.

Direitos autorais/cuidados éticos

A Comissão Editorial autoriza o livre acesso e a franca distribuição dos conteúdos publicados, desde que citada a fonte, ou seja, atribuindo-se crédito aos autores e à revista **Paidéia**, e preservado o texto na íntegra. O autor tem permissão para depositar a versão final (*postprint* / PDF do editor) em repositório institucional/temático ou página (*site*, *blog*) pessoal, imediatamente após a publicação, desde que em acesso aberto e sem qualquer período de embargo. Deverá fazer a referência completa à primeira publicação na revista **Paidéia**. O acesso ao artigo deverá ser, no mínimo, alinhado àquele oferecido pela revista.

A Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como pessoa jurídica, é proprietária e detentora dos direitos autorais derivados da publicação. Para a utilização dos artigos, a **Paidéia** adota a Licença *Creative Commons*, CC BY-NC Atribuição não comercial. Com essa licença é permitido acessar, baixar (*download*), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos

créditos autorais à revista **Paidéia**. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

Os manuscritos submetidos, quando derivados de estudos que envolvem seres humanos, devem obrigatoriamente ter sido aprovados por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme preconizam as diretrizes e normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde. Os autores deverão inserir a cópia digitalizada da declaração de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, conforme instruções adiante.

Reprodução de outras publicações

Citações com mais de 500 palavras, reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do detentor dos direitos autorais do trabalho original para a reprodução especificada na revista **Paidéia**. A permissão deve ser endereçada ao autor do manuscrito submetido. Os direitos obtidos secundariamente não serão repassados em nenhuma circunstância.

Autoria

A atribuição de autoria de um artigo pauta-se na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que tange à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A indicação dos nomes dos autores, logo abaixo do título do artigo, é limitada a seis. Excedendo-se esta quantidade, os colaboradores deverão ser listados na nota de agradecimentos.

Orientações gerais para submissão

A submissão do manuscrito deverá ser feita por sistema eletrônico de gerenciamento do processo de publicação (ScholarOne), disponível em <http://mc04.manuscriptcentral.com/paideia-scielo>. Manuscritos recebidos por correio convencional, fax, *e-mail* ou qualquer outra forma de envio não serão apreciados pela Comissão Editorial.

No ato da submissão, os autores devem anexar no sistema (no campo indicado):

- Arquivo em Word referente ao manuscrito,
- Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais (disponível no link <http://www.ffclrp.usp.br/divulgacao/paideia/ttda.pdf>, digitalizado e assinado por cada autor). Versão em inglês disponível no link <http://www.ffclrp.usp.br/divulgacao/paideia/ttdaEN-US.pdf>. Versão em espanhol disponível no link <http://www.ffclrp.usp.br/divulgacao/paideia/ttdaES-ES.pdf>.
- Arquivo digitalizado referente ao parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (quando o estudo envolver seres humanos), conforme disposto na seção III destas normas.

Os manuscritos encaminhados pelos autores, via *on line*, recebem protocolo numérico de identificação.

A *Paidéia* adota integralmente as normas de publicação do *Publication Manual of the American Psychological Association* (6a edição, 2010). É importante que alguns passos sejam previamente observados em relação à submissão: (1) revise cuidadosamente o texto com relação à correção gramatical, digitação e normas bibliográficas, bem como os itens que devem compor a submissão; (2) verifique se todos os requisitos das Normas de Publicação foram atendidos.

No ato da submissão *on-line*, o manuscrito deverá ser encaminhado à **Paidéia** em

um dos seguintes idiomas: português, inglês ou espanhol. Os textos deverão ser digitados em espaço duplo (distância entre linhas igual a 1 cm), justificado, em fonte tipo Times New Roman, tamanho 12, ao longo de todo texto, não excedendo o número de páginas estabelecido. O manuscrito deve ser paginado desde a folha de rosto, a qual receberá número de página 1. A página deverá ser tamanho A4, com formatação de margens de 2,5 cm (superior, inferior, esquerda e direita) e recuo da primeira linha do parágrafo: tab = 1,25cm.

A apresentação dos manuscritos deve seguir a seguinte ordem:

1. Folha de rosto não identificada contendo:

1.1. Título pleno em português, não devendo exceder 12 palavras;

1.2. Título pleno em inglês, compatível com o título em português;

1.3. Título pleno em espanhol, compatível com o título em português;

1.4. Sugestão de título abreviado em inglês para cabeçalho (máximo de 50 caracteres, contando-se letras, pontuações e espaço entre as palavras).

Atenção: Como a revisão dos manuscritos é feita às cegas quanto à identidade dos autores. É responsabilidade dos autores verificar que não haja elementos capazes de identificá-los em qualquer parte do texto. A revista ***Paidéia*** não se responsabiliza por procedimentos dos autores que não respeitem esta norma. O nome do autor deve ser removido das propriedades do arquivo, a partir da ferramenta "Propriedades do documento", opção do menu "Arquivo" do *MS Word*, e em qualquer outra parte do manuscrito enviado. Não serão aceitos anexos e apêndices, ilustrações coloridas, reprodução de fotografias, tabelas com sombreamento, tampouco notas de rodapé no corpo do texto. A reprodução de qualquer parte de obra publicada só será permitida quando acompanhada de documento dos autores da referida obra, autorizando a publicação na revista.

Em caso de aprovação, os artigos serão publicados em inglês, tanto na versão impressa como na versão *on-line*. Ou seja, para que seja publicado, os autores deverão providenciar a versão completa do manuscrito (tal como aprovado) para o inglês e arcar com os custos de sua tradução. Para assegurar a qualidade e uniformidade dos textos traduzidos para o idioma inglês, esse trabalho deverá ser realizado necessariamente por um dos tradutores indicados e credenciados junto à revista. O Comitê de Tradutores Credenciados é constituído por profissionais altamente capacitados e com experiência comprovada na versão de textos científicos. Os autores não serão submetidos a nenhuma taxa de submissão de artigos e de avaliação (APCs charges e submission charges).

2. Resumo em português. Deve ter no máximo 150 palavras. No caso de relato de pesquisa, o resumo deve incluir, obrigatoriamente: uma descrição sumária do problema investigado, objetivo, características pertinentes da amostra, método utilizado para a coleta de dados, resultados e conclusões (ou considerações finais, no caso de estudos qualitativos). As considerações finais devem apresentar as implicações ou aplicações do conhecimento produzido. Para os relatos de pesquisa, o método deve oferecer informações consistentes sobre os participantes, instrumentos e procedimentos utilizados. Apenas os resultados mais importantes, que respondem aos objetivos da pesquisa, devem ser mencionados no resumo. Não devem ser incluídas referências.

Ao resumo devem-se seguir 3 a 5 palavras-chave para fins de indexação do manuscrito – devem ser escolhidas palavras que classifiquem o conteúdo do texto com precisão adequada, que permitam que ele seja recuperado juntamente com artigos semelhantes, e que possivelmente seriam evocadas por um pesquisador ao efetuar levantamento bibliográfico. As palavras-chave devem ser selecionadas obrigatoriamente com o auxílio da ferramenta encontrada em: <http://www.bvs->

psi.org.br/ – consultar: Terminologias, e Terminologia Psi, onde está disponibilizado o Vocabulário de Termos em Psicologia.

O resumo de uma revisão sistemática da literatura ou de um estudo teórico deve incluir: tópico tratado (em uma frase), objetivo, tese ou construto sob análise ou organizador do estudo, fontes utilizadas (por exemplo, observação feita pelo autor, literatura indexada em bases) e conclusões.

3. Abstract. Deve ter no máximo 150 palavras. O *abstract* deve obedecer às mesmas especificações para a versão em português, seguido de *keywords*, compatíveis com as palavras-chave, de acordo com o Vocabulário de Termos em Psicologia.

4. Resumen. Deve ter no máximo 150 palavras. O *resumen* deve obedecer às mesmas especificações para a versão em português, seguido de *Palabras clave*, compatíveis com as palavras-chave, de acordo com o Vocabulário de Termos em Psicologia.

5. Texto propriamente dito. O manuscrito deve ter uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por um sistema de títulos e subtítulos que reflitam tal padronização. O manuscrito deve iniciar com uma introdução e deve incluir os seguintes títulos de seção: Método, Resultados e Discussão. Como a introdução do manuscrito é facilmente identificada pela sua posição no texto, não é necessário inserir o título Introdução. Nos relatos de pesquisa, a seção Método deve incluir obrigatoriamente os seguintes subtítulos: Participantes, Instrumentos, Procedimento (sendo este subdividido em Coleta de dados e Análise dos dados), e por fim o subtítulo Considerações Éticas, na qual os autores devem mencionar a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, o nome da instituição em que o comitê está lotado e o nº do protocolo. Os autores devem terminar a seção Discussão com um comentário bem fundamentado justificando a importância das descobertas do estudo. Nessa seção, que conclua o texto, os autores deverão apresentar as principais contribuições que a pesquisa oferece para a área de conhecimento no âmbito da Psicologia. Além das implicações e eventuais aplicações do conhecimento produzido, também devem apontar as limitações do estudo e os seus desdobramentos em termos de perspectivas de futuras investigações.

Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto. As citações de autores deverão ser feitas de acordo com as normas da APA, exemplificadas na seção VII. No caso de reprodução na íntegra de um texto, a transcrição deve ser delimitada por aspas e a citação do autor deve ser seguida do número da página citada. Uma citação literal com 40 ou mais palavras deve ser apresentada em bloco próprio, sem aspas, começando em nova linha, com recuo de 5 espaços a partir da margem esquerda, na mesma posição de um novo parágrafo. O tamanho da fonte deve ser 12, como no restante do texto. Recomenda-se que esse tipo de citação seja utilizado com parcimônia, devendo, de preferência, ser evitado. O teor do conteúdo e a exatidão das citações do manuscrito são de inteira responsabilidade dos autores.

6. Referências. As referências utilizadas devem ser coerentes com o fundamento teórico-metodológico do estudo. Nesse sentido, deverão recuperar a literatura produzida sobre a temática investigada, privilegiando artigos científicos em detrimento de outras modalidades de publicação. As referências devem ser atualizadas. Pelo menos 50% do conjunto das publicações referenciadas deverão datar dos últimos cinco anos, contados a partir da submissão do manuscrito. O não atendimento a essa norma implicará na devolução do manuscrito aos autores. Caberá ao Editor, com apoio da Comissão Editorial e dos assessores *ad hoc*, julgar casos especiais que não se enquadrem estritamente neste critério.

7. As Figuras e Tabelas deverão ser inseridas após a seção de Referências. No entanto, o local de inserção sugerido deve ser indicado no corpo do texto. As palavras Figura e Tabela no texto devem ser sempre grafadas com a primeira letra em maiúscula, acompanhadas do respectivo número ao qual se referem. Expressões tais como “a Tabela acima” ou “a Figura abaixo” não devem ser utilizadas, porque

no processo de editoração sua localização pode ser alterada. As normas da APA não incluem as denominações Quadros ou Gráficos, apenas Tabelas e Figuras. Figuras e Tabelas devem ser apresentadas com as respectivas legendas e títulos, uma em cada página.

7.1 Figuras, incluindo legenda, em preto e branco, na versão publicada não poderão exceder a largura de 8,3 cm para figuras simples, e de 17,5 cm para figuras complexas. O autor deverá cuidar para que as legendas mantenham qualidade de leitura, caso a redução seja necessária. Não serão aceitas reproduções de desenhos ou fotografias de nenhum tipo. A quantidade de figuras e tabelas não deve exceder cinco unidades.

7.2 Tabelas, incluindo título e notas, deverão ser produzidas em preto e branco, uma por página. Na publicação impressa a tabela não poderá exceder 17,5 cm de largura por 23,7 cm de comprimento. Ao prepará-las, o autor deverá limitar sua largura a 60 caracteres, para tabelas simples a ocupar uma coluna impressa, incluindo três caracteres de espaço entre colunas da tabela, e limitar a 125 caracteres para tabelas complexas a ocupar duas colunas impressas. O comprimento da tabela não deve exceder 55 linhas, incluindo título e rodapé(s). Para outros detalhamentos, especialmente em casos atípicos, o manual da APA deve ser consultado. A quantidade de figuras e tabelas não deve exceder cinco unidades.

A apresentação de informações numéricas e estatísticas deverá seguir o preconizado no *Publication Manual of the American Psychological Association* (6a edição, 2010). Para os manuscritos redigidos em língua portuguesa, solicita-se a normalização das informações numéricas e estatísticas conforme recomendações de Carzola, Silva e Vendramini (2009) no livro *Publicar em Psicologia: Um enfoque para a revista científica*, que pode ser acessado gratuitamente no seguinte endereço eletrônico: <http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/biblioteca/Publicar-em-Psicologia.pdf>

Ressalva-se que, no caso de artigos redigidos em língua portuguesa, eventuais inconsistências entre os padrões do manual da APA e a redação em língua portuguesa devem ser resolvidas pelos autores considerando-se as regras gerais de redação desta língua.

A formatação do arquivo do manuscrito, bem como a elaboração de tabelas, figuras e demais elementos deverão seguir rigorosamente o que está preconizado no manual da APA. Recomenda-se que os autores, antes da submissão, avaliem se o manuscrito está em acordo com *check-list* apresentado nas páginas 241-243 do manual da APA. Ressalta-se que a não observância desses elementos podem constituir motivo de rejeição sumária do manuscrito pela Comissão Editorial, caso não sejam cumpridos conforme as normas especificadas. Como fonte complementar aos autores recomenda-se a consulta à informação *on line* sobre o manual de publicação da APA no seguinte endereço: <http://www.apastyle.org/>

Exemplos de citações no corpo do manuscrito

Citação de artigo de autoria múltipla

1. Dois autores

O sobrenome dos autores é explicitado em todas as citações, usando e ou & conforme as seguintes situações:

O método proposto por Siqueland e Delucia (1969)... O & deve ser utilizado quando: o método foi inicialmente proposto para o estudo da visão (Siqueland & Delucia, 1969).

2. De três a cinco autores

O sobrenome de todos os autores deve ser explicitado na primeira citação. Da segunda citação em diante, somente o sobrenome do primeiro autor é explicitado, seguido de "et al.", e o ano, se for a primeira citação de uma referência dentro de um mesmo parágrafo:

Spielberger, Gorsuch e Lushene (1924) verificaram que [primeira citação do texto]

Spielberger et al. (1924) verificaram que [citação subsequente, primeira no parágrafo]

Spielberger e et al. verificaram [omite o ano em citações subsequentes dentro de um mesmo parágrafo]

Exceção: Se a forma abreviada gerar aparente identidade de dois trabalhos em que os coautores diferem, os coautores são explicitados até que a ambiguidade seja eliminada. Os trabalhos de Hayes, S. C., Brownstein, A. J., Haas, J. R., & Greenway, D. E. (1986) e Hayes, S. C., Brownstein, A. J., Zettle, R. D., Rosenfarb, I., & Korn, Z. (1986) são assim citados:

Hayes, Brownstein, Haas et al. (1986) e Hayes, Brownstein, Zettle et al. (1986) verificaram que...

Na seção de Referências todos os nomes devem ser relacionados.

3. Seis ou mais autores

No texto, desde a primeira citação, só o sobrenome do primeiro autor é mencionado, seguido de "et al.", exceto se este formato gerar ambiguidade, caso em que a mesma solução indicada no item anterior deve ser utilizada.

Na seção de referências todos os nomes devem ser relacionados.

Citações de trabalho discutido em uma fonte secundária

O manuscrito utiliza como fonte um trabalho discutido em outro estudo, sem que o trabalho original tenha sido consultado (por exemplo, um estudo do Flavell, citado por Shore, 1982). Esse tipo de citação deve ser evitada ao máximo, limitando-se a casos específicos que devem ser comunicados e justificados ao editor em mensagem à parte. No texto, use a seguinte citação:

Flavell (conforme citado por Shore, 1982) acrescenta que estes estudantes...

Na seção de Referências informar a fonte secundária, no caso Shore, utilizando o formato apropriado.

Citações de obras antigas reeditadas

Autor (data da publicação original / data da edição consultada). Ex.: Franco (1790/1946).

Citação de comunicação pessoal

Este tipo de citação deve ser evitado, por não oferecer informação recuperável por meios convencionais. Se inevitável, deve aparecer no texto, mas não na seção de Referências.

C. M. L. C. Zannon (comunicação pessoal, 30 de outubro de 1994)

Orientações para elaboração das referências

As referências devem ser ordenadas de acordo com as regras gerais que seguem. Trabalho de autoria única e do mesmo autor é ordenado por ano de publicação, sendo a mais antiga a primeira. Trabalhos de autoria única precedem trabalhos de autoria múltipla, quando o sobrenome é o mesmo. Trabalhos em que o primeiro autor é o mesmo, mas coautores diferem, são ordenados por sobrenome dos coautores. Trabalhos com a mesma autoria múltipla são ordenados por data, sendo o mais antigo primeiro. Trabalhos com a mesma autoria e a mesma data são ordenados alfabeticamente pelo título, desconsiderando a primeira palavra se for artigo ou pronome, exceto quando o próprio título contiver indicação de ordem; o ano é imediatamente seguido de letras minúsculas. Quando repetido, o nome do autor não deve ser substituído por travessão ou outros sinais. A formulação da lista de referências deve ser apropriada à tarefa de revisão e de editoração, contendo espaço duplo, fonte 12. Cada uma das referências deve aparecer como um novo parágrafo, *com recuo de 0,5 cm da margem esquerda a partir da segunda linha*. É preciso revisar cuidadosamente as Normas de Publicação da revista antes de preparar suas referências, para obedecer a todos os critérios. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Abaixo são mencionados exemplos de tipos comuns de referência.

1. Relatório técnico

Birney, A. J., & Hall, M. M. (1981). *Early identification of children with written language disabilities* (Rep. No. 81-1502). Washington, DC: National Education Association.

2. Trabalhos apresentados em congresso e simpósios

A **Paidéia** não aceita referências a trabalhos apresentados em congressos e simpósios, mesmo os publicados em anais de eventos. Sugere-se substituir essas referências por um artigo publicado do mesmo assunto.

3. Teses e dissertações

As referências a teses e dissertações devem ser evitadas. Dê preferência aos artigos que elas tenham originado, isto é, cite a publicação indexada. Se não houver artigo publicado derivado da tese ou da dissertação, cite outro artigo do mesmo tema. Caso seja **imprescindível** para o estudo a citação de teses e dissertações, estas devem estar disponíveis on-line em uma base de dados institucional ou comercial:

3.1 Dissertação de mestrado disponível em base comercial

McNiell, D. S. (2006). *Meaning through narrative: A personal narrative discussing growing up with an alcoholic mother* (Master's thesis). Available from ProQuest Dissertation and Theses database. (UMI No. 1434728)

3.2 Tese de doutorado disponível em base de dados institucional

Juran, R. (2013). *The relationship between perceived thought control ability, mindfulness, and anxiety* (Doctoral dissertation). Retrieved from <https://etd.ohiolink.edu/>

Se a tese ou a dissertação utilizada como fonte não estiver em inglês, informe o título original e, entre colchetes, a tradução para a língua inglesa tal como consta no documento original:

Sá, E. M. M. (2012). *Habilidades sociais, bem-estar psicológico e rendimento escolar [Social skills, psychological well-being and school performance]* (Doctoral dissertation, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal). Retrieved from <http://ria.ua.pt/handle/10773/9222>

4. Livros

Arendt, H. (1998). *The human condition* (2nd ed.). Chicago, IL: The University of Chicago Press.

Se o livro utilizado como fonte não estiver em inglês, informe o título original e, entre colchetes, a tradução para a língua inglesa:

Pitiá, A. C. A., & Santos, M. A. (2005). *Acompanhamento terapêutico: A construção de uma estratégia clínica* [Therapeutic accompaniment: Building a clinical strategy] (2nd ed.). São Paulo, SP: Vetor.

5. Capítulo de livro

Blough, D. S., & Blough, P. (1977). Animal psychophysics. In W. K. Honig & J. E. Staddon (Orgs.), *Handbook of operant behavior* (pp. 514-539). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Se o capítulo do livro utilizado como fonte não estiver em inglês, informe o título do capítulo original juntamente com o título do livro original e, entre colchetes, a tradução para a língua inglesa dos dois títulos:

Hoffman, L. W. (1979). Experiência da primeira infância e realizações femininas [Early childhood experience and female achievements]. In H. Bee (Org.), *Psicologia do desenvolvimento: Questões sociais* [Developmental psychology: Social issues] (pp. 45-65). Rio de Janeiro, RJ: Interamericana.

6. Livro traduzido em língua portuguesa

Kuhn, T. (1996). *A estrutura das revoluções científicas* [The structure of scientific revolutions] (B. Boeira & N. Boeira, Trans.). São Paulo, SP: Perspectiva. (Original work published 1970)

Salvador, C. C. (1994). *Aprendizagem escolar e construção de conhecimento* [School learning and knowledge building] (E. O. Dihel, Trans.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Original work published 1990).

Se a tradução em língua portuguesa de um trabalho em outra língua é empregada como fonte, informar o ano da tradução em português e indicar o ano de publicação do trabalho original no final da referência. No corpo do texto, citar o ano da publicação original e o ano da tradução: (Salvador, 1990/1994). Incluir o título original e, entre colchetes, a tradução para a língua inglesa.

7. Obras antigas em reedição em datas muito posterior

Franco, F. M. (1946). *Tratado de educação física dos meninos*. Rio de Janeiro, RJ: Agir. (Original published work published 1790)

8. Autoria institucional

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Conselho Federal de Serviço Social. Conselho Federal de Psicologia. (2007). *Parâmetros para atuação de assistentes sociais e psicólogos(as) na política de assistência social* [Parameters for social workers and psychologists' performance in the Social Assistance Policy]. Retrieved from <http://site.cfp.org.br/publicacao/parmetros-para-atuao-de-assistentes-sociais-e-psicologos-as-na-politica-de-assistencia-social/>

Para materiais disponíveis on-line, não incluir data de acesso a não ser que a fonte do

material mude com o passar do tempo (ex., wikis).

9. Artigo em periódico científico (com e sem DOI)

Se o artigo utilizado como fonte não estiver em inglês, informe o título original e, entre colchetes, a tradução para a língua inglesa tal como consta no próprio artigo:

Dugnani, K. C. B., & Marques, S. L. (2011). Construção e validação de instrumento para prática interventiva na adoção [Construction and validation of an instrument for intervening practices in adoption]. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 21(50), 317-328. doi:[10.1590/S0103-863X2011000300004](https://doi.org/10.1590/S0103-863X2011000300004)

Artigos publicados em periódicos bilíngues, em que o inglês seja uma das línguas, devem ser referenciados com o título em inglês:

Castaño-Perez, G. A., & Calderon-Vallejo, G. A. (2014). Problems associated with alcohol consumption by university students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(5), 739-746. doi:[10.1590/0104-1169.3579.2475](https://doi.org/10.1590/0104-1169.3579.2475)

Se o artigo publicado on-line não possuir o digital object identifier (DOI), informar a URL. Não informe data de acesso.

Kirst-Conceição, A. da C., & Martinelli, S. de C. (2014). Análises psicométricas iniciais de uma Escala de Empatia Infantojuvenil (EEmpa-IJ) [Initial psychometric analysis of an Child and Youth Empathy Scale (EEmpa-IJ)]. *Avaliação Psicológica*, 13(3), 351-358. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=1677-0471&lng=pt&nrm=iso

10. Artigo no Prelo

Evitar esse tipo de referência. Caso seja imprescindível, não fornecer ano, volume ou número de páginas até que o artigo esteja publicado. Respeitada a ordem de nomes, será a última referência do autor.

Carvalho, L. F., & Primi, R. (in press). Development and internal structure investigation of the Dimensional Clinical Personality Inventory. *Psicologia: Reflexão e Crítica*.

11. Documentos Legislativos

Decreto No. 3.298. (1999, 20 de dezembro). Regulamenta a política nacional para a integração da pessoa portadora de deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências [Regulates the national policy for the integration of the disabled person, consolidates norms of protection and other measures]. Brasília, DF: Presidência da República.

Lei No. 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (1996, 23 de dezembro). Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional [Establishes the Guidelines and Bases of the National Education]. *Diário Oficial da União, seção 1*.
Constituição da República Federativa do Brasil. (1988, 5 de outubro). Recuperado



ISSN 0104-1169 *versão impressa*

ISSN 1518-8345 *versão on-line*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Instruções para preparação e submissão dos manuscritos](#)
- [Preparo do artigo](#)
- [Exemplos de referências](#)
- [Ensaio clínico randomizados, Revisões sistemáticas, Metanálises, Estudos observacionais em epidemiologia e Estudos qualitativos](#)

Instruções para preparação e submissão dos manuscritos

Política editorial

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) tem como missão contribuir para o avanço do conhecimento científico e da prática profissional da enfermagem e de outras áreas da saúde por meio da publicação de artigos de relevância, interesse, qualidade e originalidade. A revista recebe artigos nos idiomas inglês, português ou espanhol, nas categorias Artigo Original, de Revisão e Cartas ao Editor, sendo prioritários os Originais. Sua periodicidade é bimestral e os números especiais são publicados a critério do Conselho de Editores. O processo de avaliação adotado é o de revisão por pares, preservado o anonimato dos autores e revisores.

A RLAE apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos em acesso aberto.

Assim como o ICMJE e a Rede EQUATOR, a RLAE defende as iniciativas destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de pesquisa por meio do estímulo à utilização de guias internacionais pelos autores na preparação dos artigos de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, metanálises, estudos observacionais em epidemiologia e estudos qualitativos. Os guias internacionais são compostos por checklists e fluxogramas disponíveis nas declarações CONSORT, PRISMA, STROBE e COREQ.

- . Ensaio clínico randomizado - CONSORT ([checklist](#) e [fluxograma](#)).
- . Revisões sistemáticas e metanálises - PRISMA ([checklist](#) e [fluxograma](#)).
- . Estudos observacionais em epidemiologia - STROBE ([checklist](#))
- . Estudos qualitativos - COREQ ([checklist](#)).

A RLAE desencoraja fortemente a submissão artigos multipartes e resultados parciais de uma mesma pesquisa, bem como a submissão de artigos cujos dados foram coletados há mais de 3 anos.

Categorias de artigos

Artigos originais

São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados.

São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral.

Artigos de revisão

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

Cartas ao Editor

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

Processo de julgamento

Os artigos submetidos, se encaminhados de acordo com as normas de publicação, são enviados à pré-análise do Editor Científico Chefe e, posteriormente, ao Editor Associado para seleção de consultores. Após a avaliação dos consultores, o Editor Associado realiza uma recomendação para o Editor Científico Chefe que decidirá pela aprovação, reformulação ou recusa do artigo.

Autoria

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

Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos (consultar Preparo dos manuscritos).

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

Direitos autorais

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da revista, transferidos por meio da Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais assinada pelos autores (Download no site da revista). Para a utilização dos artigos, a RLAE adota a Licença Creative Commons, CC BY Atribuição não comercial. Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos autorais à RLAE. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

Custos de publicação

Os custos de publicação na RLAE são compostos pelo pagamento da taxa de submissão e dos serviços de tradução para a publicação em três idiomas.

Taxa de Submissão

A taxa de submissão é solicitada no ato da submissão do artigo e não será devolvida aos

autores dos artigos recusados, seja na pré-análise ou na avaliação por pares, bem como aos autores dos artigos cujas correções foram solicitadas pela revista e não atendidas pelos autores.

Valor: R\$200,00

Forma de pagamento: depósito bancário

Banco do Brasil

Favorecido: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

CNPJ: 63.025.530/0027-43

Agência: 1964-X

Conta Corrente: 8486-7

As orientações de como enviar o comprovante de pagamento da taxa de submissão estão descritas em Instruções aos Autores.

Traduções

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

Preparo do artigo

Estrutura

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

Os Agradecimentos deverão constar apenas na Title Page.

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

Papel

- . A4
- . Margens superiores, inferiores e laterais de 2,5cm

Quantidade de páginas

- . Artigos Originais: 17 págs. (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências)
- . Artigos de Revisão: 25 págs. (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências)

Formatação

- . Fonte Times New Roman 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas)
- . Espaçamento duplo entre linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas

. Formatação não permitida no meio do texto: negrito, sublinhado, caixa alta, marcadores do MS Word. Para destaques utilizar itálico. Obs: entende-se por meio do texto os parágrafos e não o título do artigo, seções e subseções.

Título

- . Conciso e informativo com até 15 palavras. Excepcionalmente poderão conter até 25 palavras.
- . Somente no idioma do artigo e não mais em três idiomas
- . Negrito
- . Itens não permitidos: caixa alta, siglas e localização geográfica da pesquisa

Resumo

O resumo é um item de apresentação do artigo e de fundamental importância na decisão do leitor em acessar o texto completo e o referenciar, por isso, especial atenção deve ser direcionada à sua apresentação.

O resumo deve ser a versão condensada do texto completo e suas informações devem assegurar a clareza do texto e a fidedignidade dos dados, jamais apresentando dados divergentes do texto.

O *Objetivo* deve ser claro, conciso e descrito no tempo verbal infinitivo. Exemplos: analisar, relacionar, comparar, conhecer.

O *Método* deve conter informações suficientes para que o leitor possa entender a pesquisa. Os estudos descritivos devem apresentar o tipo de estudo, amostra, instrumento e o tipo de análise. Os estudos analíticos também devem acrescentar o número de sujeitos em diferentes grupos, desfecho primário, tipo de intervenção e o tempo do estudo.

Os *Resultados* devem ser concisos, informativos e apresentar principais resultados descritos e quantificados, inclusive as características dos sujeitos e análise final dos dados.

As *Conclusões* devem responder estritamente aos objetivos, expressar as considerações sobre as implicações teóricas ou práticas dos resultados e conter três elementos: o resultado principal, os resultados adicionais relevantes e a contribuição do estudo para o avanço do conhecimento científico.

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

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

- . Somente no idioma do artigo e não mais em três idiomas
- . Estruturado em Objetivos, Método, Resultados e Conclusão
- . Redigido em um único parágrafo
- . Fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo entre linhas
- . Até 200 palavras

Descritores

- . Descritores em português
- . Descritores em inglês
- . Descritores em espanhol
- . Selecionados da lista de Descritores em Ciências da Saúde ou Mesh
- . Mínimo de 3 e máximo de 6
- . Separados entre si por ponto e vírgula
- . Primeiras letras de cada palavra do descritor em caixa alta, exceto artigos e preposições

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

- . Negrito
- . Caixa alta somente na primeira letra
- . Itens não permitidos: excessivas subseções, subseções com nomes extensos e em itálico, marcadores do MS Word

Introdução

Deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas e de abrangência nacional e internacional.

Método

Deve informar o método empregado, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

Resultados

Devem estar limitados somente a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto complementa e não repete o que está descrito em tabelas e figuras. Para artigos quantitativos é necessário apresentar os resultados separados da discussão.

Discussão

A Discussão deve enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que advêm deles. Não repetir em detalhes os dados ou outras informações inseridos nas seções: Introdução ou Resultados. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes.

Conclusão

A Conclusão deve responder aos objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Evitar afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o artigo contenha os dados e análise econômica apropriada. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses.

Não citar referências bibliográficas.

Tabelas

Título informativo, claro e completo indicando o que se pretende representar na tabela. Conter:

- . a distribuição "do que / de quem"
- . de acordo com "o que" ela foi realizada
- . cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados

Exemplo: Tabela 1 - Distribuição das mulheres submetidas à quimioterapia para câncer de mama, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade. Fortaleza, CE, Brasil, 2010

- . Localizado acima da tabela

Formatação

- . Elaboradas com a ferramenta de tabelas do MS Word
- . Dados separados corretamente por linhas e colunas de forma que cada dado esteja em uma célula
- . Traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior tabela
- . Fonte Times New Roman 12, espaçamento simples entre linhas

Formatação não permitida

- . Quebras de linhas utilizando a tecla Enter
- . Recuos utilizando a tecla Tab
- . Espaços para separar os dados
- . Caixa alta
- . Sublinhado
- . Marcadores do MS Word
- . Cores nas células

Cabeçalho

- . Negrito
- . Sem células vazias

Tamanho

- . Evitar tabelas com mais de uma página
- . Tabelas de apenas uma ou duas linhas devem ser convertidas em texto

Quantidade

- . Até 5 itens entre tabelas e figuras

Menção no texto

- . Obrigatória. Ex: conforme a Tabela 1

Inserção no texto

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

Notas de rodapé

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

Siglas

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

Valores monetários

Podem ser apresentados em dólares ou em salários mínimos da época e do país da pesquisa. Se apresentados em dólares deve-se informar a cotação e a data da cotação em nota de rodapé da tabela, se apresentados em salários mínimos deve-se informar o valor do salário mínimo, a data e o país também em nota de rodapé.

Figuras

São figuras: Quadros, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas e fotos.

Título

- . Localizado abaixo da figura

Quadros

- . São semelhantes as tabelas, porém contém dados textuais e não numéricos, são fechados nas laterais e contém linhas internas
- . Quando construídos com a ferramenta de tabelas do MS Word poderão ter o tamanho máximo de uma página, e não somente 16x10cm como as demais figuras.
- . Fonte Times New Roman 12, espaçamento simples entre linhas
- . Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura

Gráficos

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

Desenhos, esquemas, fluxogramas

- . Construídos com ferramentas adequadas, de preferência com a intervenção de um profissional de artes gráficas
- . Lógicos e de fácil compreensão
- . Plenamente legíveis e nítidos
- . Em tons de cinza e não em cores

- . Tamanho máximo de 16x10cm
- . Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura

Fotos

- . Em alta resolução (mínimo de 900 dpi)
- . Plenamente legíveis e nítidas
- . Tamanho máximo de 16x10cm
- . Em preto e branco e não em cores
- . Fotos contendo pessoas devem ser tratadas para que as mesmas não sejam identificadas

Quantidade

- . Até 5 itens entre tabelas e figuras

Menção no texto

- . Obrigatória. Ex: conforme a Figura 1

Inserção no texto

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

Siglas

- . Restritas ao mínimo necessário
- . Descritas por extenso em nota de rodapé da figura utilizando os símbolos sequenciais *,[†],[‡],[§],||,[¶],**,††,‡‡

Formato e resolução para publicação

Poderá ser solicitado pela revista o reenvio da figura em alta resolução (mínimo de 900 dpi) e em formato de arquivo TIFF (sugere-se a intervenção de um profissional de artes gráficas).

Citações no texto

Formatação

- . Números arábicos, sobrescritos e entre parênteses. Ex: (12)
- . Ordenadas consecutivamente, sem pular referência

Citações de referências sequenciais

- . separadas por traço e não por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: (1-2), (4-5), (5-9)

Citações de referências intercaladas

- . separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: (8,14),

(10,12,15)

Local de inserção

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

Citações "ipsis literes"

. entre aspas, sem itálico, tamanho 12, na sequência do texto.

Itens não permitidos

. espaço entre a citação numérica e a palavra que a antecede
. indicação da página consultada
. nomes de autores, exceto os que constituem referencial teórico
. citações nas Conclusões

Siglas

. No texto: descritas por extenso na primeira vez em que aparecem
. Nas tabelas e nas figuras: o mínimo necessário, descritas por extenso em nota de rodapé utilizando os símbolos sequenciais *,†,‡,§,||,¶,**,††,‡‡
. Não são permitidas no título do artigo e no resumo

Falas de sujeitos

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

Notas de Rodapé

. No texto: indicadas por asterisco, iniciadas a cada página, restritas ao mínimo necessário
. Nas tabelas e figuras: indicadas pelos símbolos sequenciais *,†,‡,§,||,¶,**,††,‡‡ apresentando-os tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé, e não somente em um dos dois lugares.
. Nas figuras que são imagens deverão estar em formato de texto e não no interior da imagem

Referências

. Estilo Vancouver
. Artigos Originais: até 25 referências
. Artigos de Revisão: sem limite máximo
. Referências com mais de 6 autores: seis primeiros seguidos de et al.
. Referências da RLAE citadas em inglês

Modelo de referências

PERIÓDICOS

1 - Artigo padrão

Figueiredo EL, Leão FV, Oliveira LV, Moreira MC, Figueiredo AF. Microalbuminuria in nondiabetic and nonhypertensive systolic heart failure patients. *Congest Heart Fail*. 2008;14(5):234-8.

2 - Artigo com mais de seis autores

Silva ARV, Damasceno MMC, Marinho NBP, Almeida LS, Araújo MFM, Almeida PC, et al. Hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza, CE, Brasil. *Rev. bras. enferm*. 2009;62(1):18-24.

3 - Artigo cujo autor é uma organização

Parkinson Study Group. A randomized placebo-controlled trial of rasagiline in levodopa-treated patients with Parkinson disease and motor fluctuations: the PRESTO study. *Arch Neurol*. 2005;62(2):241-8.

4 - Artigo com múltiplas organizações como autor

Guidelines of the American College of Cardiology; American Heart Association 2007 for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. Part VII. *Kardiologiia*. 2008;48(10):74-96. Russian.

5 - Artigo de autoria pessoal e organizacional

Franks PW, Jablonski KA, Delahanty LM, McAteer JB, Kahn SE, Knowler WC, Florez JC; Diabetes Prevention Program Research Group. Assessing gene-treatment interactions at the FTO and INSIG2 loci on obesity-related traits in the Diabetes Prevention Program. *Diabetologia*. 2008;51(12):2214-23. Epub 2008 Oct 7.

6 - Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. *J Neurosurg*. 2005;102(3):489-94.
Infram JJ 3rd. Speaking of good health. *Tenn Med*. 2005 Feb;98(2):53.

7 - Artigo com indicação de subtítulo

El-Assmy A, Abo-Elghar ME, El-Nahas AR, Youssef RF, El-Diasty T, Sheir KZ. Anatomic predictors of formation of lower caliceal calculi: Is it the time for three-dimensional computed tomography urography? *J Endourol*. 2008;22(9):2175-9.

8 - Artigo sem indicação de autoria

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. *Arq Bras Cardiol* 2000;75(6):28-32.

9 - Artigo em idioma diferente do português

Grimberg M. [Sexualidade, experiências corporais e gênero: um estudo etnográfico entre pessoas vivendo com HIV na área metropolitana de Buenos Aires, Argentina]. *Cad Saúde Pública* 2009;25(1):133-41. Espanhol.

10 - Artigo publicado em múltiplos idiomas

Canini SRMS, Moraes SA, Gir E, Freitas ICM. Percutaneous injuries correlates in the nursing team of a Brazilian tertiary-care university hospital. *Rev Latino-am Enfermagem set/out* 2008;16(5):818-23. Inglês, Português, Espanhol.

11 - Artigo com categoria indicada (revisão, abstract etc.)

Silva EP, Sudigursky D. Conceptions about palliative care: literature review. *Concepciones sobre cuidados paliativos: revisión bibliográfica*. [Revisão]. *Acta Paul*

Enferm. 2008;21(3):504-8.

12 - Artigo publicado em fascículo com suplemento

Wolters ECh, van der Werf YD, van den Heuvel OA. Parkinson's disease-related disorders in the impulsive-compulsive spectrum. J Neurol. 2008;255 Suppl 5:48-56. Abstracts of the 7th Annual Cardiovascular Nursing Spring Meeting of the European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions. March 23-24, 2007. Manchester, United Kingdom. Eur J Cardiovasc Nurs. 2007;6 Suppl 1:S3-58.

de Leon-Casasola O. Implementing therapy with opioids in patients with cancer. [Review]. Oncol Nurs Forum. 2008;35 Suppl:7-12.

13 - Parte de um volume

Jiang Y, Jiang J, Xiong J, Cao J, Li N, Li G, Wang S. Retraction: Homocysteine-induced extracellular superoxide dismutase and its epigenetic mechanisms in monocytes. J Exp Biol. 2008;211 Pt 23:3764.

14 - Parte de um número

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. N Z Med J 1994;107(986 Pt 1):377-8.

15 - Artigo num fascículo sem volume

Vietta EP. Hospital psiquiátrico e a má qualidade da assistência. Sinopses 1988.

16 - Artigo num periódico sem fascículo e sem volume

Oguisso T. Entidades de classe na enfermagem. Rev Paul Enfermagem 1981;6-10.

17 - Artigo com paginação indicada por algarismos romanos

Stanhope M, Turner LM, Riley P. Vulnerable populations. [Preface]. Nurs Clin North Am. 2008;43(3):xiii-xvi.

18 - Artigo contendo retratação

Duncan CP, Dealey C. Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. Br J Nurs. 2007;16(1):34-8. Retraction in: Bailey A. Br J Nurs. 2007;16(15):915.

19 - Artigos com erratas publicadas

Pereira EG, Soares CB, Campos SMS. Proposal to construct the operational base of the educative work process in collective health. Rev Latino-am Enfermagem 2007 novembro-dezembro; 15(6):1072-9. Errata en: Rev Latino-am Enfermagem 2008;16(1):163.

20 - Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (*ahead of print*)

Ribeiro Adolfo Monteiro, Guimarães Maria José, Lima Marília de Carvalho, Sarinho Sílvia Wanick, Coutinho Sônia Bechara. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Rev Saúde Pública;43(1). ahead of print Epub 13 fev 2009.

21 - Artigo provido de DOI

Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN de. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. Rev Saúde Pública 2008;42(6):1027-1233. doi: 10.1590/S0034-89102008005000057.

22 - Artigo no prelo

Barroso T, Mendes A, Barbosa A. Analysis of the alcohol consumption phenomenon among adolescents: study carried out with adolescents in intermediate public education. Rev Latino-am Enfermagem. In press 2009.

23 - Artigo em idioma diferente do inglês

Arilla Iturri S, Artázcoz Artázcoz MA. External temporary pacemakers. Rev Enferm. 2008;31(11):54-7. Spanish.

LIVROS E OUTRAS MONOGRAFIAS**24 - Livro padrão**

Ackley BJ, Ladwig GB. Nursing Diagnosis Handbook: an evidence-based guide to planning care. 8th.ed. New York: Mosby; 2007. 960 p.
Bodenheimer HC Jr, Chapman R. Q&A color review of hepatobiliary medicine. New York: Thieme; 2003. 192 p.

25 - Livro cujo nome do autor possui designação familiar

Strong KE Jr. How to Select a Great Nursing Home. London: Tate Publishing; 2008. 88 p.

26 - Livro editado por um autor/editor/organizador

Bader MK, Littlejohns LR, editors. AANN core curriculum for neuroscience nursing. 4th. ed. St. Louis (MO): Saunders; c2004. 1038 p.

27 - Livro editado por uma organização

Advanced Life Support Group. Pre-hospital Paediatric Life Support. 2nd ed. London (UK): BMJ Books/Blackwells; 2005.
Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

28 - Livro sem autor/editor responsável

HIV/AIDS resources: a nationwide directory. 10th ed. Longmont (CO): Guides for Living; c2004. 792 p.

29 - Livro com edição

Modlin IM, Sachs G. Acid related diseases: biology and treatment. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2004. 522 p.

30 - Livro publicado em múltiplos idiomas

Ruffino-Neto A; Villa, TCS, organizador. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais. São Paulo: Instituto Milênio Rede TB, 2000. 210 p. Português, Inglês.

31 - Livro com data de publicação/editora desconhecida e/ou estimada

Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos da Secretaria Geral (BR). Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: controle das doenças transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, [199?]. 96 p.
Hoobler S. Adventures in medicine: one doctor's life amid the great discoveries of 1940-1990. [place unknown]: S.W. Hoobler; 1991. 109 p.

32 - Livro de uma série com indicação de número

Malvárez, SM, Castrillón Agudelo, MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2005. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos HSR, 39).

33 - Livro publicado também em um periódico

Cardena E, Croyle K, editors. Acute reactions to trauma and psychotherapy: a multidisciplinary and international perspective. Binghamton (NY): Haworth Medical Press; 2005. 130 p. (Journal of Trauma & Dissociation; vol. 6, no. 2).

34 - Capítulo de livro

Aguiar WMJ, Bock AMM, Ozella S. A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. In: Bock AMM, Gonçalves Furtado O.

Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia. São Paulo (SP): Cortez; 2001. p. 163-78.

PUBLICAÇÕES DE CONFERÊNCIAS

35 - Proceedings de conferência com título

Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2008. 320 p.

36 - Trabalho apresentado em evento e publicado em anais

Silva EC da, Godoy S de. Tecnologias de apoio à educação a distância: perspectivas para a saúde. In Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2008. p. 255-60.

37 - Abstract de trabalho de evento

Chiarenza GA, De Marchi I, Colombo L, Olgiati P, Trevisan C, Casarotto S. Neuropsychophysiological profile of children with developmental dyslexia [abstract]. In: Beuzeron-Mangina JH, Fotiou F, editors. The olympics of the brain. Abstracts de 12th World Congress of Psychophysiology; 2004 Sep 18-23; Thessaloniki, Greece. Amsterdam (Netherlands): Elsevier; 2004. p. 16.

TESES E DISSERTAÇÕES - *sugere-se que sejam citados os artigos oriundos da mesmas*

38 - Dissertação/tese no todo

Arcêncio RA. A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008. 141 p.

RELATÓRIOS

39 - Relatórios de organizações

Ministério da Saúde (BR). III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não - efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde; 2002. 211 p. Relatório final.

Page E, Harney JM. Health hazard evaluation report. Cincinnati (OH): National Institute for Occupational Safety and Health (US); fev 2001. 24 p. Report n. HETA2000-0139-2824.

PATENTE

40 - Patente

Shimo AKK, inventor; EERP assina. Sanitário portátil; Patente MV 7, 501, 105-0. 12 junho 1995.

JORNAIS

41 - Matéria de jornal diário

Gaul G. When geography influences treatment options. Washington Post (Maryland Ed.). 2005 Jul 24;Sect. A:12 (col. 1).

Talamone RS. Banida dos trotes, violência cede lugar à solidariedade. USP Ribeirão 16 fev 2009; Pesquisa: 04-05.

LEGISLAÇÃO

42 - Legislação

Lei n. 8213 de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na internet]. 14 ago 1991. [citado 4 jul 2008]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>

43 - Código legal

Occupational Safety and Health Act (OSHA) of 1970, 29 U.S.C. Sect. 651 (2000).

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

44 - Livro na íntegra na internet

Berthelot M. La synthèse chimica. [internet]. 10eme. ed. Paris (FR): Librairie Germer Baillière; 1876. [acesso em: 13 fev 2009]. Disponível em: <http://www.obrasraras.usp.br/livro.php?obra=001874>

45 - Livro na internet com múltiplos autores

Collins SR, Kriss JL, Davis K, Doty MM, Holmgren AL. Squeezed: why rising exposure to health care costs threatens the health and financial well-being of American families [internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Sep [acesso em: 2 nov 2006]. 34 p. Disponível em: http://www.cmwf.org/usr_doc/Collins_squeezedrisinghlthcarecosts_953.pdf

46 - Capítulo de livro na internet

National Academy of Sciences, Committee on Enhancing the Internet for Health Applications: Technical Requirements and Implementation Strategies. Networking Health: Prescriptions for the Internet [Internet]. Washington: National Academy Press; 2000. Chapter 2, Health applications on the internet; [Acess: 13 fev 2009]; p. 57-131. Available from: http://bo.s.nap.edu/openbo.php?record_id=9750&p_age=57
National Academy of Sciences (US), Institute of Medicine, Board on Health Sciences Policy, Committee on Clinical Trial Registries. Developing a national registry of pharmacologic and biologic clinical trials: workshop report [internet]. Washington: National Academies Press (US); 2006. Chapter 5, Implementation issues; [cited 2009 Nov 3]; p. 35-42. Available from: <http://newton.nap.edu/bo/s/030910078X/html/35.html>

47 - Livros e outros títulos individuais em CD-ROM, DVD, ou disco

Kacmarek RM. Advanced respiratory care [CD-ROM]. Version 3.0. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2000. 1 CD-ROM: sound, color, 4 3/4 in.

48 - Livro em CD-ROM, DVD, ou disco em um *proceedings* de conferência

Colon and rectal surgery [CD-ROM]. 90th Annual Clinical Congress of the American College of Surgeons; 10-14 out 2004; New Orleans, LA. Woodbury (CT): Cine-Med; c2004. 2 CD-ROMs: 4 3/4 in.

49 - Monografia na internet

Agency Facts. Facts 24. Agência Europeia para a segurança e a saúde no Trabalho. 2002. Violência no trabalho. [Acesso em: 27 fev 2008]. Disponível em: <http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/24/factsheetsn24-pt.pdf>
Moreno AMH, Souza ASS, Alvarenga G Filho, Trindade JCB, Roy LO, Brasil PEA, et al. Doença de Chagas. 2008. [Acesso em: 27 fev 2008]. Disponível em: <http://www.ipecc.fiocruz.br/pepes/dc/dc.html>

50 - Artigo de periódico na internet

Lin SK, McPhee DJ, Muguet FF. Open access publishing policy and efficient editorial procedure. Entropy [internet]. 2006 [acesso em: 08 jan 2007];8:131-3. Disponível

em: <http://www.mdpi.org/entropy/htm/e8030131.htm>

51 - Artigo da *internet* com número de DOI

Almeida AFFF, Hardy E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. Rev Saúde Pública [internet]. 2007. [Acessado em 28 novembro 2008];41(4):565-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400010&lng=&nrm=iso

52 - Artigo de periódico da *internet* com partícula hierárquica no nome

Seitz AR, Nanez JE Sr, Holloway S, Tsushima Y, Watanabe T. Two cases requiring external reinforcement in perceptual learning. J Vis [internet]. 22 ago 2006 [acesso em: 9 jan 2007];6(9):966-73. Disponível em: <http://journalofvision.org//6/9/9/>

53 - Artigo de periódico da *internet* com organização como autor

National Osteoporosis Foundation of South Africa. Use of generic alendronate in the treatment of osteoporosis. S Afr Med J [internet]. 2006 Aug [acesso em: 9 jan 2009];96(8):696-7. Disponível em: http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?sessionid=0:autho=pubmed:password=pubmed2004&/AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/m_samj/m_samj_v96_n8_a12.pdf

54 - Artigo de periódico da *internet* com paginação em números romanos

Meyer G, Foster N, Christrup S, Eisenberg J. Setting a research agenda for medical errors and patient safety. Health Serv Res [Internet]. abril 2001 [acesso em: 9 jan 2009];36(1 Pt 1):x-xx. Disponível em: http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?art_id=1089210&blobtype=pdf

55 - Artigo de periódico da *internet* com mesmo texto em dois ou mais idiomas

Alonso Castillo BAA, Marziale MHP, Alonso Castillo MM, Guzmán Facundo FR, Gómez Meza MV. Situações estressantes de vida, uso e abuso de álcool e drogas em idosos de Monterrey, México = Stressful situations in life, use and abuse of alcohol and drugs by elderly in Monterrey, México = Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en adultos mayores de Monterrey, México. Rev Latino-am Enfermagem [internet]. jul/ago 2008 [Acesso em 24 novembro 2008];16(no. Spe):509-15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issue_s&pid=0104-1169&lng=pt&nrm=iso Português, Inglês, Espanhol.

56 - Artigo de periódico da *internet* com título em idioma diferente do português

Tomson A, Andersson DE. [Low carbohydrate diet, liquorice, spinning and alcohol—life-threatening combination]. Lakartidningen. 2008 Oct 1-7;105(40):2782-3. Swedish.

57 - *Proceedings* de conferência na *internet*

Basho PG, Miller SH, Parboosingh J, Horowitz SD, editors. Credentialing physician specialists: a world perspective [internet]. Proceedings; 08-10 jun 2000; Chicago. Evanston (IL): American Board of Medical Specialties, Research and Education Foundation; [acesso em 3 nov 2006]. 221 p. Disponível em: <http://www.abms.org/publications.asp>

58 - Legislação na *internet*

Lei 8.213, de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providências. 1991. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em: http://www.trt02.gov.br/Geral/tribunal2/Legis/Leis/8213_91.html

59 - Documentos publicados na *internet*

Organização Internacional do Trabalho (OIT). A eliminação do trabalho infantil: um objetivo ao nosso alcance. Suplemento - Brasil Relatório Global - 2006. 2006. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em: http://www.oitbrasil.org.br/info/download/GR_2006_Suplemento_Brasil.pdf

60 - Verbetes de dicionário na *internet*

Merriam-Webster medical dictionary [internet]. Springfield (MA): Merriam-Webster Incorporated; c2005. Cloning; [cited 2006 Nov 16]; [about 1 screen]. Available from: <http://www2.merriam-webster.com/cgi-bin/mwmednlm?bo=Medical&va=cloning>

61 - Tese e Dissertação na *internet* (sugere-se que sejam citados os artigos oriundos das mesmas)

Sperandio DJ. A tecnologia computacional móvel na sistematização da assistência de enfermagem: avaliação de um *software* - protótipo [tese na *internet*]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008 [acesso em: 13 fev 2009]. 141 p. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11092008-165036/publico/DirceleneJussaraSperandio.pdf>

62 - Homepage na *internet*

Biblioteca Virtual em Saúde [internet]. São Paulo: BIREME/HDP/OPAS/OMS; 1998 [acesso em: 13 fev 2009]. Disponível em: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=pt>

63 - Bases de dados/sistemas de recuperação na *internet* com autor individual/organização

Vucetic N, de Bri E, Svensson O. Clinical history in lumbar disc herniation. A prospective study in 160 patients [internet]. São Paulo (SP): Centro Cochrane do Brasil/Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo. [1996] - [atualizada em 29 jan 2009; acesso em: 12 fev 2009]. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/>
Ministério da Previdência Social (BR). Base de dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social: resumo de acidentes do trabalho-2006. [internet]. [acesso em: 7 fev 2009]. Disponível em: <http://creme.dataprev.gov.br/temp/DACT01consulta34002030.htm>

64 - Bases de dados na íntegra na *internet*

Bases de Datos de Tesis Doctorales (TESEO) [internet]. Madrid: Ministerio de Educacion y Ciencia. [1976] - [acesso em: 12 fev 2009]. Disponível em: <http://www.mcu.es/TESEO/teseo.html>

65 - Matéria de jornal na *internet*

Russo N. Transplantes crescem 12,5% em 98. Folha de São Paulo 19 jan 1999. [acessado em 5 de setembro de 2008]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff19019920.htm>

Ensaaios clínicos randomizados, Revisões sistemáticas, Metanálises, Estudos observacionais em epidemiologia e Estudos qualitativos

A RLAE apoia a iniciativa do ICMJE e da Rede EQUATOR destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de pesquisa e, portanto, adota a utilização de guias internacionais que orientam os autores na preparação dos artigos de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, metanálises, estudos observacionais em epidemiologia e estudos qualitativos. Os guias internacionais são compostos por checklists e fluxogramas publicados nas declarações internacionais CONSORT (ensaaios clínicos randomizados), PRISMA (revisões sistemáticas e metanálises), STROBE (estudos observacionais em epidemiologia) e COREQ (estudos qualitativos) e seu uso na preparação do artigo pode aumentar o potencial de publicação e, uma vez publicado, aumentar a utilização da referência em pesquisas posteriores.

Ensaaios clínicos randomizados, Revisões sistemáticas e Metanálises

. Utilizar os checklists e fluxogramas na preparação do artigo, preenchê-los e enviá-los à revista no momento da submissão.

Estudos observacionais em epidemiologia e Estudos qualitativos

. Utilizar os checklists e fluxogramas na preparação do artigo, não preenchê-los e nem enviá-los no momento da submissão.

Links para download dos checklists e fluxogramas

- . Ensaio clínico randomizado: [checklist](#) e [fluxograma](#) CONSORT em MS Word
- . Revisões sistemáticas e metanálises: [checklist](#) e [fluxograma](#) PRISMA em MS Word
- . Estudos observacionais em epidemiologia: [checklist](#) STROBE em pdf
- . Estudos qualitativos: [checklist](#) COREQ publicado Int. Journal for Quality in Health Care em 2007 em formato de tabela no estudo *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups*.

Estudos de tradução e validação de instrumentos

Nas versões inglesa e espanhola, os estudos de tradução e validação de instrumentos devem preservar os itens do instrumento em português, idioma em que o estudo foi realizado.

Documentos para submissão

Title page

Envio obrigatório para todos os artigos. Fazer o download do modelo no site revista; preenchê-lo cuidadosamente; enviá-lo durante a submissão.

Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais

Envio obrigatório para todos os artigos. Fazer o download do modelo no site da revista; digitar o título do artigo e o nome dos autores; imprimir-lo; assiná-lo (todos os autores); escaneá-lo em formato pdf; enviá-lo durante a submissão.

Comprovante de pagamento da taxa de submissão

Envio obrigatório para todos os artigos com exceção dos artigos internacionais (a cobrança da taxa de submissão está temporariamente suspensa para os artigos internacionais devido à limitações nas transações bancárias).

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Envio obrigatório para os estudos que envolveram sujeitos humanos direta ou indiretamente. Escaneá-la em formato pdf; enviá-la durante a submissão.

Checklist e fluxograma CONSORT

Envio obrigatório para os ensaios clínicos randomizados. Fazer o download

dos dois documentos nos links disponíveis no site da revista; utilizá-los na preparação do artigo, preenchê-los; enviá-los durante a submissão.

Checklist e fluxograma PRISMA

Envio obrigatório para as revisões sistemáticas e metanálises. Fazer o download dos dois documentos nos links disponíveis no site da revista; utilizá-los na preparação do artigo, preenchê-los; enviá-los durante a submissão.

Health and Quality of Life Outcomes

Health and Quality of Life Outcomes main menu

- **ABOUT**
- **ARTICLES**
- **SUBMISSION GUIDELINES**

- [Aims and scope](#)
- [Fees and funding](#)
- [Language editing services](#)
- [Copyright](#)
- **[Preparing your manuscript](#)**
 - [Research article](#)
 - [Commentary](#)
 - [Letter to the Editor](#)
 - [Review](#)
 - [Short report](#)
 - [Study protocol](#)
- [Prepare supporting information](#)
- [Conditions of publication](#)
- [Editorial policies](#)
- [Peer-review policy](#)
- [Manuscript transfers](#)
- [Promoting your publication](#)

Preparing your manuscript

The information below details the section headings that you should include in your manuscript and what information should be within each section.

Please note that your manuscript must include a 'Declarations' section including all of the subheadings (please see below for more information).

Title page

The title page should:

- present a title that includes, if appropriate, the study design e.g.:
 - "A versus B in the treatment of C: a randomized controlled trial", "X is a risk factor for Y: a case control study", "What is the impact of factor X on subject Y: A systematic review"
 - or for non-clinical or non-research studies a description of what the article reports
- list the full names, institutional addresses and email addresses for all authors
 - if a collaboration group should be listed as an author, please list the Group name as an author. If you would like the names of the individual members of the Group to be searchable through their individual PubMed records, please include this information in the "Acknowledgements" section in accordance with the instructions below
- indicate the corresponding author

Abstract

The Abstract should not exceed 350 words. Please minimize the use of abbreviations and do not cite references in the abstract. Reports of randomized controlled trials should follow the [CONSORT](#) extension for abstracts. The abstract must include the following separate sections:

- **Background:** the context and purpose of the study
- **Methods:** how the study was performed and statistical tests used
- **Results:** the main findings
- **Conclusions:** brief summary and potential implications
- **Trial registration:** If your article reports the results of a health care intervention on human participants, it must be registered in an appropriate registry and the registration number and date of registration should be in stated in this section. If it was not registered prospectively (before enrollment of the first participant), you should include the words 'retrospectively registered'. See our [editorial policies](#) for more information on trial registration

Keywords

Three to ten keywords representing the main content of the article.

Background

The Background section should explain the background to the study, its aims, a summary of the existing literature and why this study was necessary or its contribution to the field.

Methods

The methods section should include:

- the aim, design and setting of the study
- the characteristics of participants or description of materials
- a clear description of all processes, interventions and comparisons. Generic drug names should generally be used. When proprietary brands are used in research, include the brand names in parentheses
- the type of statistical analysis used, including a power calculation if appropriate

Results

This should include the findings of the study including, if appropriate, results of statistical analysis which must be included either in the text or as tables and figures.

Discussion

This section should discuss the implications of the findings in context of existing research and highlight limitations of the study.

Conclusions

This should state clearly the main conclusions and provide an explanation of the importance and relevance of the study reported.

List of abbreviations

If abbreviations are used in the text they should be defined in the text at first use, and a list of abbreviations should be provided.

Declarations

All manuscripts must contain the following sections under the heading 'Declarations':

- Ethics approval and consent to participate
- Consent for publication
- Availability of data and material
- Competing interests
- Funding
- Authors' contributions
- Acknowledgements
- Authors' information (optional)

Please see below for details on the information to be included in these sections.

If any of the sections are not relevant to your manuscript, please include the heading and write 'Not applicable' for that section.

Ethics approval and consent to participate

Manuscripts reporting studies involving human participants, human data or human tissue must:

- include a statement on ethics approval and consent (even where the need for approval was waived)
- include the name of the ethics committee that approved the study and the committee's reference number if appropriate

Studies involving animals must include a statement on ethics approval.

See our [editorial policies](#) for more information.

If your manuscript does not report on or involve the use of any animal or human data or tissue, please state “Not applicable” in this section.

Consent for publication

If your manuscript contains any individual person's data in any form (including individual details, images or videos), consent for publication must be obtained from that person, or in the case of children, their parent or legal guardian. All presentations of case reports must have consent for publication.

You can use your institutional consent form or our [consent form](#) if you prefer. You should not send the form to us on submission, but we may request to see a copy at any stage (including after publication).

See our [editorial policies](#) for more information on consent for publication.

If your manuscript does not contain data from any individual person, please state “Not applicable” in this section.

Availability of data and materials

All manuscripts must include an ‘Availability of data and materials’ statement. Data availability statements should include information on where data supporting the results reported in the article can be found including, where applicable, hyperlinks to publicly archived datasets analysed or generated during the study. By data we mean the minimal dataset that would be necessary to interpret, replicate and build upon the findings reported in the article. We recognise it is not always possible to share research data publicly, for instance when individual privacy could be compromised, and in such instances data availability should still be stated in the manuscript along with any conditions for access.

Data availability statements can take one of the following forms (or a combination of more than one if required for multiple datasets):

- The datasets generated during and/or analysed during the current study are available in the [NAME] repository, [PERSISTENT WEB LINK TO DATASETS]
- The datasets during and/or analysed during the current study available from the corresponding author on reasonable request.
- All data generated or analysed during this study are included in this published article [and its supplementary information files].

- The datasets generated during and/or analysed during the current study are not publicly available due [REASON WHY DATA ARE NOT PUBLIC] but are available from the corresponding author on reasonable request.
- Data sharing not applicable to this article as no datasets were generated or analysed during the current study.
- The data that support the findings of this study are available from [third party name] but restrictions apply to the availability of these data, which were used under license for the current study, and so are not publicly available. Data are however available from the authors upon reasonable request and with permission of [third party name].
- Not applicable. If your manuscript does not contain any data, please state not applicable in this section.

More examples of template data availability statements, which include examples of openly available and restricted access datasets, are available [here](#).

BioMed Central also requires that authors cite any publicly available data on which the conclusions of the paper rely in the manuscript. Data citations should include a persistent identifier (such as a DOI) and should ideally be included in the reference list. Citations of datasets, when they appear in the reference list, should include the minimum information recommended by DataCite and follow journal style. Dataset identifiers including DOIs should be expressed as full URLs.

For example:

Hao Z, AghaKouchak A, Nakhjiri N, Farahmand A. Global integrated drought monitoring and prediction system (GIDMaPS) data sets. figshare. 2014.
<http://dx.doi.org/10.6084/m9.figshare.853801>

With the corresponding text in the Availability of data and materials statement:

The datasets generated during and/or analysed during the current study are available in the [NAME] repository, [PERSISTENT WEB LINK TO DATASETS].^[Reference number]

Competing interests

All financial and non-financial competing interests must be declared in this section.

See our [editorial policies](#) for a full explanation of competing interests. If you are unsure whether you or any of your co-authors have a competing interest please contact the editorial office.

Please use the authors initials to refer to each author's competing interests in this section.

If you do not have any competing interests, please state "The authors declare that they have no competing interests" in this section.

Funding

All sources of funding for the research reported should be declared. The role of the funding body in the design of the study and collection, analysis, and interpretation of data and in writing the manuscript should be declared.

Authors' contributions

The individual contributions of authors to the manuscript should be specified in this section. Guidance and criteria for authorship can be found in our [editorial policies](#).

Please use initials to refer to each author's contribution in this section, for example: "FC analyzed and interpreted the patient data regarding the hematological disease and the transplant. RH performed the histological examination of the kidney, and was a major contributor in writing the manuscript. All authors read and approved the final manuscript."

Acknowledgements

Please acknowledge anyone who contributed towards the article who does not meet the criteria for authorship including anyone who provided professional writing services or materials.

Authors should obtain permission to acknowledge from all those mentioned in the Acknowledgements section.

See our [editorial policies](#) for a full explanation of acknowledgements and authorship criteria.

If you do not have anyone to acknowledge, please write "Not applicable" in this section.

Group authorship (for manuscripts involving a collaboration group): if you would like the names of the individual members of a collaboration Group to be searchable through their individual PubMed records, please ensure that the title of the collaboration Group is included on the title page and in the submission system and also include collaborating author names as the last paragraph of the "Acknowledgements" section. Please add authors in the format First Name, Middle initial(s) (optional), Last Name. You can add institution or country information for each author if you wish, but this should be consistent across all authors.

Please note that individual names may not be present in the PubMed record at the time a published article is initially included in PubMed as it takes PubMed additional time to code this information.

Authors' information

This section is optional.

You may choose to use this section to include any relevant information about the author(s) that may aid the reader's interpretation of the article, and understand the standpoint of the author(s). This may include details about the authors' qualifications, current positions they hold at institutions or societies, or any other relevant background information. Please refer to authors using their initials. Note this section should not be used to describe any competing interests.

Endnotes

Endnotes should be designated within the text using a superscript lowercase letter and all notes (along with their corresponding letter) should be included in the Endnotes section. Please format this section in a paragraph rather than a list.

References

All references, including URLs, must be numbered consecutively, in square brackets, in the order in which they are cited in the text, followed by any in tables or legends. The reference numbers must be finalized and the reference list fully formatted before submission.

Examples of the BioMed Central reference style are shown below. Please ensure that the reference style is followed precisely.

See our editorial policies for author guidance on good citation practice.

Web links and URLs: All web links and URLs, including links to the authors' own websites, should be given a reference number and included in the reference list rather than within the text of the manuscript. They should be provided in full, including both the title of the site and the URL, as well as the date the site was accessed, in the following format: The Mouse Tumor Biology Database.
<http://tumor.informatics.jax.org/mtbwi/index.do>. Accessed 20 May 2013. If an author or group of authors can clearly be associated with a web link (e.g. for blogs) they should be included in the reference.

Example reference style:

Article within a journal

Smith JJ. The world of science. *Am J Sci*. 1999;36:234-5.

Lu PP, Li HY. Study on the differences of the caring demands and abilities of the elderly in different caring modes. *Chinese Gen Pract*. 2015;18(15):1780-5.

Article within a journal (no page numbers)

Rohrmann S, Overvad K, Bueno-de-Mesquita HB, Jakobsen MU, Egeberg R, Tjønneland A, et al. Meat consumption and mortality - results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *BMC Med*. 2013;11:63.

Article within a journal by DOI

Slifka MK, Whitton JL. Clinical implications of dysregulated cytokine production. *Dig J Mol Med*. 2000; doi:10.1007/s801090000086.

Article within a journal supplement

Frumin AM, Nussbaum J, Esposito M. Functional asplenia: demonstration of splenic activity by bone marrow scan. *Blood* 1979;59 Suppl 1:26-32.

Book chapter, or an article within a book

Wyllie AH, Kerr JFR, Currie AR. Cell death: the significance of apoptosis. In: Bourne GH, Danielli JF, Jeon KW, editors. *International review of cytology*. London: Academic; 1980. p. 251-306.

OnlineFirst chapter in a series (without a volume designation but with a DOI)

Saito Y, Hyuga H. Rate equation approaches to amplification of enantiomeric excess and chiral symmetry breaking. *Top Curr Chem*. 2007. doi:10.1007/128_2006_108.

Complete book, authored

Blenkinsopp A, Paxton P. Symptoms in the pharmacy: a guide to the management of common illness. 3rd ed. Oxford: Blackwell Science; 1998.

Online document

Doe J. Title of subordinate document. In: The dictionary of substances and their effects. Royal Society of Chemistry. 1999. [http://www.rsc.org/dose/title of subordinate document](http://www.rsc.org/dose/title%20of%20subordinate%20document). Accessed 15 Jan 1999.

Martins MAP, Praxedes MFS, Paiva S, Ribeiro DD, Marcolino MS, Guimarães MHN. Adaptação Transcultural do Oral Anticoagulation Knowledge Test para o português do Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2016;23. [in press]. Available at: [http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_ artigo=15389](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=15389). Accessed 15 June 2016.

Online database

Healthwise Knowledgebase. US Pharmacopeia, Rockville. 1998.
<http://www.healthwise.org>. Accessed 21 Sept 1998.

Supplementary material/private homepage

Doe J. Title of supplementary material. 2000. <http://www.privatehomepage.com>.
Accessed 22 Feb 2000.

University site

Doe, J: Title of preprint. <http://www.uni-heidelberg.de/mydata.html> (1999). Accessed 25 Dec 1999.

FTP site

Doe, J: Trivial HTTP, RFC2169. <ftp://ftp.isi.edu/in-notes/rfc2169.txt> (1999). Accessed 12 Nov 1999.

Organization site

ISSN International Centre: The ISSN register. <http://www.issn.org> (2006). Accessed 20 Feb 2007.

Dataset with persistent identifier

Zheng L-Y, Guo X-S, He B, Sun L-J, Peng Y, Dong S-S, et al. Genome data from sweet and grain sorghum (*Sorghum bicolor*). GigaScience Database. 2011.
<http://dx.doi.org/10.5524/100012>.

Figures, tables additional files

Preparing figures

When preparing figures, please follow the formatting instructions below.

Figures should be provided as separate files, not embedded in the main manuscript file.

Each figure of a manuscript should be submitted as a single file that fits on a single page in portrait format.

Tables should NOT be submitted as figures but should be included in the main manuscript file.

Multi-panel figures (those with parts a, b, c, d etc.) should be submitted as a single composite file that contains all parts of the figure.

Figures should be numbered in the order they are first mentioned in the text, and uploaded in this order.

Figures should be uploaded in the correct orientation.

Figure titles (max 15 words) and legends (max 300 words) should be provided in the main manuscript, not in the graphic file.

Figure keys should be incorporated into the graphic, not into the legend of the figure.

Each figure should be closely cropped to minimize the amount of white space surrounding the illustration. Cropping figures improves accuracy when placing the figure in combination with other elements when the accepted manuscript is prepared for publication on our site. For more information on individual figure file formats, see our detailed instructions.

Individual figure files should not exceed 10 MB. If a suitable format is chosen, this file size is adequate for extremely high quality figures.

Please note that it is the responsibility of the author(s) to obtain permission from the copyright holder to reproduce figures (or tables) that have previously been published elsewhere. In order for all figures to be open access, authors must have permission from the rights holder if they wish to include images that have been published elsewhere in non open access journals. Permission should be indicated in the figure legend, and the original source included in the reference list.

Figure file types

We accept the following file formats for figures:

EPS (suitable for diagrams and/or images)

PDF (suitable for diagrams and/or images)

Microsoft Word (suitable for diagrams and/or images, figures must be a single page)

PowerPoint (suitable for diagrams and/or images, figures must be a single page)

TIFF (suitable for images)

JPEG (suitable for photographic images, less suitable for graphical images)

PNG (suitable for images)

BMP (suitable for images)

CDX (ChemDraw - suitable for molecular structures)

For information and suggestions of suitable file formats for specific figure types, please see our [author academy](#).

Figure size and resolution

Figures are resized during publication of the final full text and PDF versions to conform to the BioMed Central standard dimensions, which are detailed below.

Figures on the web:

width of 600 pixels (standard), 1200 pixels (high resolution).

Figures in the final PDF version:

width of 85 mm for half page width figure

width of 170 mm for full page width figure

maximum height of 225 mm for figure and legend

image resolution of approximately 300 dpi (dots per inch) at the final size

Figures should be designed such that all information, including text, is legible at these dimensions. All lines should be wider than 0.25 pt when constrained to standard figure widths. All fonts must be embedded.

Figure file compression

Vector figures should if possible be submitted as PDF files, which are usually more compact than EPS files.

TIFF files should be saved with LZW compression, which is lossless (decreases file size without decreasing quality) in order to minimize upload time.

JPEG files should be saved at maximum quality.

Conversion of images between file types (especially lossy formats such as JPEG) should be kept to a minimum to avoid degradation of quality.

If you have any questions or are experiencing a problem with figures, please contact the customer service team at info@biomedcentral.com.

Preparing tables

When preparing tables, please follow the formatting instructions below.

Tables should be numbered and cited in the text in sequence using Arabic numerals (i.e. Table 1, Table 2 etc.).

Tables less than one A4 or Letter page in length can be placed in the appropriate location within the manuscript.

Tables larger than one A4 or Letter page in length can be placed at the end of the document text file. Please cite and indicate where the table should appear at the relevant location in the text file so that the table can be added in the correct place during production.

Larger datasets, or tables too wide for A4 or Letter landscape page can be uploaded as additional files. Please see [below] for more information.

Tabular data provided as additional files can be uploaded as an Excel spreadsheet (.xls) or comma separated values (.csv). Please use the standard file extensions.

Table titles (max 15 words) should be included above the table, and legends (max 300 words) should be included underneath the table.

Tables should not be embedded as figures or spreadsheet files, but should be formatted using 'Table object' function in your word processing program.

Color and shading may not be used. Parts of the table can be highlighted using superscript, numbering, lettering, symbols or bold text, the meaning of which should be explained in a table legend.

Commas should not be used to indicate numerical values.

If you have any questions or are experiencing a problem with tables, please contact the customer service team at info@biomedcentral.com.

Preparing additional files

As the length and quantity of data is not restricted for many article types, authors can provide datasets, tables, movies, or other information as additional files.

All Additional files will be published along with the accepted article. Do not include files such as patient consent forms, certificates of language editing, or revised versions of the main manuscript document with tracked changes. Such files, if requested, should be sent by email to the journal's editorial email address, quoting the manuscript reference number. Please do not send patient consent forms unless requested.

Results that would otherwise be indicated as "data not shown" should be included as additional files. Since many web links and URLs rapidly become broken, BioMed Central requires that supporting data are included as additional files, or deposited in a recognized repository. Please do not link to data on a personal/departmental website. Do not include any individual participant details. The maximum file size for additional files is 20 MB each, and files will be virus-scanned on submission. Each additional file should be cited in sequence within the main body of text.

If additional material is provided, please list the following information in a separate section of the manuscript text:

File name (e.g. Additional file 1)

File format including the correct file extension for example .pdf, .xls, .txt, .pptx (including name and a URL of an appropriate viewer if format is unusual)

Title of data

Description of data

Additional files should be named "Additional file 1" and so on and should be referenced explicitly by file name within the body of the article, e.g. 'An additional movie file shows this in more detail [see Additional file 1]'.

For further guidance on how to use Additional files or recommendations on how to present particular types of data or information, please see [How to use additional files](#).