



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA
NÚCLEO DE ENFERMAGEM

ANIELLY LETÍCIA FREITAS GOMES O NASCIMENTO

**PERCEPÇÃO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS SOBRE
QUALIDADE DE VIDA E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Vitória de Santo Antão
2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA
NÚCLEO DE ENFERMAGEM

ANIELLY LETÍCIA FREITAS GOMES O NASCIMENTO

**PERCEPÇÃO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS SOBRE
QUALIDADE DE VIDA E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito parcial para obtenção do título do título de bacharel em enfermagem.

Orientador (a): Profa. Dra. Marclineide de Nóbrega de Andrade Ramalho

Vitória De Santo Antão
2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Nascimento, Anielly Letícia Freitas Gomes do .

Percepção de pacientes oncológicos hospitalizados sobre qualidade de vida e a assistência de enfermagem / Anielly Letícia Freitas Gomes do Nascimento. - Vitória de Santo Antão, 2023.

38, tab.

Orientador(a): Marclineide de Nóbrega de Andrade Ramalho
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, , 2023.

não é digital .

1. Enfermagem . 2. Oncologia . 3. Qualidade de vida . 4. Hospitalização .
5. Paciente . I. Ramalho , Marclineide de Nóbrega de Andrade .
(Orientação). II. Título.

610 CDD (22.ed.)

ANIELLY LETÍCIA FREITAS GOMES O NASCIMENTO

**PERCEPÇÃO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS SOBRE
QUALIDADE DE VIDA E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito parcial para obtenção do título do título de bacharel em enfermagem.

Aprovado em: 29/09/2023

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marclineide de Nóbrega de Andrade Ramalho (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dra. Mariana Boulitreal Siqueira Campos Barros (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dra. Emanuela Marques de Santana (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dra. Amanda De Oliveira Bernardino (Examinador Externo)
Faculdade Tiradentes – FITS

RESUMO

Objetivo: analisar a percepção de pacientes oncológicos hospitalizados sobre qualidade de vida e a importância da assistência de enfermagem. **Métodos:** estudo descritivo, com análise qualitativa dos dados realizado no setor de internação oncológica de um hospital universitário de Recife/PE, Brasil, com 15 pacientes oncológicos hospitalizados. As entrevistas foram semiestruturadas e os dados analisados de acordo com técnica de análise de conteúdo na modalidade categorial. **Resultados:** as três categorias identificadas foram conceito de qualidade de vida, comprometimento da qualidade de vida relacionado à doença e tratamento, e implicações da enfermagem na qualidade de vida de pacientes oncológicos. **Considerações Finais:** a análise indica que os resultados do estudo revelam uma dualidade nas percepções sobre a qualidade de vida de pacientes oncológicos durante o tratamento da doença, no contexto da hospitalização e acerca da assistência de enfermagem possuem percepções semelhantes e positivas sobre a equipe de enfermagem.

Palavras-chave: qualidade de vida; câncer; enfermagem; hospitalização.

ABSTRACT

Objective: to analyze the perception of hospitalized cancer patients about quality of life and the importance of nursing care. Methods: descriptive study, with qualitative data analysis carried out in the oncology internationalization sector of a university hospital in Recife/PE, Brazil, with 15 hospitalized cancer patients. The interviews were semi-structured and the data analyzed according to the content analysis technique in the categorical modality. Results: the three categories identified were the concept of quality of life, impairment of quality of life related to the disease and treatment, and implications of nursing on the quality of life of cancer patients. Final Considerations: an analysis indicates that the results of the study reveal a duality in perceptions about the quality of life of cancer patients during the treatment of the disease, in the context of hospitalization and regarding nursing care, they have similar and positive perceptions about the nursing team.

Keywords: quality of life; cancer; nursing; hospitalization.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 MÉTODO.....	11
3 RESULTADOS.....	133
4 DISCUSSÃO	199
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS.....	244
ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA.....	27

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA REVISTA **CUIDADO É FUNDAMENTAL**, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM NO ANEXO A.

1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença crônica não transmissível que se apresenta como um grave problema de saúde pública a nível global, e que está entre as quatro principais causas de morte prematura antes dos 70 anos de idade na maioria dos países. O aumento na incidência e mortalidade por câncer é resultado de uma interação complexa de vários fatores, incluindo o envelhecimento da população e o crescimento demográfico. Além disso, as mudanças na distribuição e prevalência dos fatores de risco do câncer, especialmente em relação ao desenvolvimento socioeconômico, desempenham um papel significativo nessa tendência⁽¹⁾. No Brasil, a estimativa para o triênio 2023-2025 é de 704 mil novos casos a cada ano, com maior prevalência nas regiões sul e sudeste⁽²⁾.

O diagnóstico e tratamento do câncer provoca incertezas nas pessoas quanto ao seu prognóstico e consequências na rotina e estilo de vida, uma vez que a doença resulta em uma série de transformações que afetam não apenas o aspecto físico, mas também o social, a autoimagem e a capacidade funcional, inclusive para desempenhar tarefas simples do dia a dia⁽³⁾.

Nessa perspectiva, é evidente que as condições decorrentes do diagnóstico de uma neoplasia maligna geram vulnerabilidade, tanto para o paciente quanto para sua família⁽³⁾. Isso se deve, principalmente, à carga de estereótipos, medo e à associação com sofrimento e finitude da vida que acompanham essa patologia. Diante disso, surgem desafios psicológicos, como ansiedade e depressão, que afetam a vida do indivíduo de maneira abrangente, e também de sua rede de apoio, incluindo familiares e amigos⁽³⁾.

Com isso, destaca-se que o sofrimento e as alterações no âmbito psicossocial do paciente impactam significativamente na sua qualidade de vida, após o diagnóstico e durante o tratamento. O tipo de tratamento que é adotado varia de acordo com a natureza e extensão da doença. Dentre as opções mais comuns para o manejo das neoplasias, destacam-se a radioterapia, cirurgia, cuidados paliativos e quimioterapia⁽⁴⁾.

O tratamento também desencadeia no paciente mudanças que podem agravar seus sintomas e interferir na sua capacidade diária devido a redução da sua autonomia, tornando-o mais dependente, o que pode incrementar o desequilíbrio emocional e os problemas psicológicos que afetam sua qualidade de vida⁽⁴⁾.

Qualidade de Vida (QV) é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁽⁴⁾. Esse conceito não deve ser visto como único e absoluto, pois QV é algo amplo, dinâmico, e subjetivo e polissêmico, que se caracteriza de diversas maneiras na literatura para defini-lo, como as condições físicas, emocionais, sociais e espirituais que vão refletir na posição do indivíduo e de suas relações na sociedade, como bem-estar. Nesse sentido, o paciente oncológico pode ter redução de sua QV devido as alterações biopsicosocioespirituais decorrentes do diagnóstico e tratamento da doença⁽⁵⁻⁷⁾.

É de grande importância que a equipe multiprofissional em saúde esteja pronta para lidar e cuidar do paciente oncológico com vistas a melhorar sua QV em todas as fases da doença. É comum que esses pacientes necessitem de hospitalização em algum momento, e quando isso acontece é a equipe de enfermagem que passa a maior parte do tempo prestando cuidados de todos os níveis de complexidade. Diante disso, é necessária uma assistência humanizada e diferenciada para que o paciente consiga lidar com a doença de maneira satisfatória, sem que haja tantos prejuízos a sua QV^(8,9).

É a equipe de enfermagem que está na linha de frente no cuidado desses pacientes, e por isso é fundamental que a assistência prestada seja impregnada de carinho, amizade,

empatia e confiança para que o paciente sinta-se bem e com o menor comprometimento possível de sua QV⁽⁸⁻¹⁰⁾

Diante deste contexto, conhecer a percepção desses pacientes sobre QV e a assistência de enfermagem pode promover reflexões para contribuir com a melhoria da assistência prestada ao paciente oncológico e sua família, buscando potencializar o bem-estar e a qualidade de vida dessa população. É de suma importância escutar os pacientes oncológicos hospitalizados acerca da sua qualidade de vida para revelar possíveis necessidades nos cuidados de enfermagem a qualidade de vida desses indivíduos e contribuindo também para promoção do protagonismo do paciente na promoção do seu cuidado.

Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a percepção de pacientes oncológicos hospitalizados sobre qualidade de vida e a importância da assistência de enfermagem.

2 MÉTODO

Estudo descritivo, com análise qualitativa dos dados⁽¹¹⁾, realizado no setor de internação oncológica de um hospital universitário de Recife/PE, Brasil. Com o intuito de permitir melhor compreensão acerca da concepção do estudo, consideraram-se, os critérios consolidados para o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)* como ferramenta de apoio ⁽¹²⁾.

Participaram do estudo 15 pacientes oncológicos hospitalizados que atenderam aos critérios de inclusão ter idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídos aqueles pacientes com quadro clínico instável no momento da coleta de dados e os com problemas cognitivos que comprometeram a comunicação, por considerar que eles não tinham condições de relatar de forma válida as suas percepções acerca do assunto.

As entrevistas, do tipo semiestruturadas, foram realizadas, individualmente, no mês de agosto de 2023, sendo gravadas com aquiescência dos participantes. Seguiu-se um roteiro composto por duas partes, a primeira continha os dados para a caracterização dos participantes e a segunda com as questões norteadoras, a saber: o que significa qualidade de vida pra você? O que você tem a dizer sobre sua qualidade de vida atualmente? Como a doença e a hospitalização influenciam na sua qualidade de vida? Como você acha que a enfermagem pode contribuir para melhorar sua qualidade de vida?

O recrutamento dos participantes e a condução das entrevistas foram realizados pela primeira autora. As enfermeiras do serviço forneceram lista com os nomes dos pacientes aptos para participar do estudo. Os participantes foram abordados no apartamento em que estavam internados entre os intervalos dos procedimentos e as entrevistas realizadas a beira leito, com duração média de 20 minutos. A amostragem foi por conveniência e a coleta foi encerrada com base no critério de saturação dos dados⁽¹³⁾. Ressalta-se que o roteiro de entrevista foi validado nas duas entrevistas iniciais, não tendo havido necessidade de ajuste das questões, nem exclusão das participantes da amostra final.

Os conteúdos das gravações foram transcritos na íntegra à medida que cada entrevista era realizada, para viabilizar o registro com maior riqueza de detalhes e maior fidedignidade. Para garantir a confidencialidade dos dados, todas as entrevistas e referências aos trechos de falas foram apresentadas no texto por meio de códigos alfanuméricos, o qual “P” representa paciente, seguido de números arábicos, que remete à ordem de entrada dessas participantes no estudo (P1, P2... P15).

O material empírico obtido foi analisado de acordo com a técnica de análise de conteúdo, na modalidade categorial, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁽¹³⁾. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) das instituições, proponente e coparticipante, apresentando, respectivamente, certificado de apresentação e apreciação ética (CAAE) n°

65213822.0.0000.5208 e n° 65213822.0.3001.8807. Para realização das entrevistas, participantes e pesquisador assinaram o termo de consentimento livre e Esclarecido (TCLE).

3 RESULTADOS

Com base nos dados apreendidos durante as entrevistas e análise dos prontuários, elaborou-se o perfil dos participantes do estudo conforme a Tabela 1. Todos os participantes se auto referiam como cisgênero e heterossexual. Dos 15, 12 (80%) eram mulheres. A idade variou de 33 à 67 anos. Seis (40%) eram solteiros, sete (46,67%) se declararam pardos, e quanto a ocupação predominaram doméstica e dona de casa, com três (20%) cada uma. Seis (40%) apresentavam câncer no sistema gastrointestinal.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes do estudo. Recife/PE, Brasil, 2023.

Participante	Identidade de Gênero	Idade	Estado Civil	Etnia	Ocupação	Tipo de câncer
P1	Mulher Cis	50	Divorciada	Negra	Dona de casa	Adenocarcinoma de Reto
P2	Mulher Cis	53	Divorciada	Branca	Funcionária pública	CA de pâncreas
P3	Mulher Cis	54	Solteira	Parda	Diarista	Adenocarcinoma de endométrio
P4	Mulher Cis	41	Casada	Parda	Professora	CA colo de útero
P5	Mulher Cis	67	Divorciada	Branca	Doméstica	Linfoma
P6	Homem Cis	33	Solteiro	Negro	Autônomo	Linfoma
P7	Mulher Cis	63	Solteira	Parda	Doméstica	Linfoma
P8	Mulher Cis	38	Divorciada	Branca	Professora	CA de fígado

P9	Mulher Cis	62	União estável	Parda	Aposentada	CA colón
P10	Homem Cis	45	Solteiro	Pardo	Agricultor	CA colón
P11	Homem Cis	40	Solteiro	Pardo	Operador de máquina	Linfoma
P12	Mulher Cis	44	União estável	Parda	Dona de casa	CA ovário
P13	Mulher Cis	44	Casada	Branca	Neurodesing	CA gástrico
P14	Mulher Cis	57	Solteira	Negra	Dona de casa	CA útero
P15	Mulher Cis	58	Casada	Negra	Aposentada	CA de mama

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

A partir da análise de conteúdo emergiram três categorias: “Conceito de qualidade de vida”; “Comprometimento da qualidade de vida relacionado à doença e tratamento” e “Implicações da enfermagem na qualidade de vida de pacientes oncológicos”.

CATEGORIA I - Conceito de qualidade de vida

Nesta categoria de análise são apresentadas as percepções dos participantes do estudo sobre o conceito de qualidade de vida. Percebe-se na maioria das falas que a qualidade de vida está associada a ausência de doença e a condições para desenvolver atividades laborais.

[...] ter um trabalho para ter uma renda, eu penso assim. Principalmente agora que estou sem renda nenhuma. (P3)

Qualidade de vida para mim é viver bem com a família, ter um emprego estabilizado e saúde. (P4)

Qualidade de vida é uma pessoa saudável, que anda, como eu era antigamente. (P5)

[...] Quando eu estou boa das doenças [...] Estar bem de saúde. (P9)

Qualidade de vida é você ter saúde. (P13)

Qualidade de vida é a pessoa ter saúde. (P14)

Também destacaram-se nas falas que a QV estaria associada a fatores, como: lazer, moradia, alimentação, sono e repouso, e a educação. Ressalta-se ainda em uma das falas que o cuidado durante a hospitalização como determinante da QV.

Viver bem, ter uma boa casa para morar, uma alimentação saudável, praticar exercício, passear e se divertir, isso é qualidade de vida. (P1)

[...] aqui no hospital é ser bem cuidado pelos enfermeiros, médicos, ter uma boa medicação, ter cuidado com a limpeza [...]. (P2)

Dormir bem, comer bem e ter paz. (P8)

Primeiro ter saúde, segundo moradia e alimentação, acho que isso é qualidade de vida, e também ter um bom tratamento. (P15)

CATEGORIA II - Comprometimento da qualidade de vida relacionada à doença e tratamento

Esta categoria de análise evidencia a percepção dos participantes do estudo quanto aos aspectos da QV que foram comprometidos em decorrência da doença e seu tratamento. A maioria dos participantes relataram dificuldades financeiras decorrentes da doença e que comprometeram a QV.

Como estou doente ela (a qualidade de vida) acaba diminuindo, mas eu ainda passeio, ainda gosto de viver, de ir para igreja, a minha vida está sossegada, só não está bem financeiramente [...]. (P1)

Com certeza foi afetada, fiquei doente e parei (de trabalhar), a minha família não tem condições (financeiras) meu filho já ganha pouco para eles e está difícil. (P3)

Em todos os sentidos, porque a partir do momento que eu estou doente gera custos, e isso atrapalha a vida financeira. (P4)

Está péssima, porque meu marido está desempregado e eu estou doente, e devido a isso fica nessa bagunça. (P12)

[...] está meia difícil, por que eu uso fralda e por isso tenho muitos gastos. (P14)

Além do comprometimento financeiro, os participantes do estudo alegam que sua QV foi afetada principalmente pela falta de autonomia para desenvolver as atividades de vida

diária, o que gerou dependência de outras pessoas da rede de apoio social e por conseguinte, sentimentos de desconforto, limitações e sofrimento.

Atrapalha pois preciso da ajuda das pessoas, de amigos, da família e vizinhos [...] a mobilidade, não poder trabalhar, não poder ficar junto dos meus filhos, tudo isso mudou muito [...] não poder fazer o que eu quero na hora que quero, então ela me afetou nisso. (P4)

É horrível, queria está em casa. Porque aqui não tenho qualidade de vida, ela tá (sinal de polegar para baixo). Imagina você passar o dia deitada na cama, se levanta só para almoço, meu filho que pega o meu almoço, se eu precisar ir no banheiro tenho que chamar o meu filho, não vou arriscar ir sozinha porquê posso ficar tonta e cair, e isso vai ser pior [...](P5)

Fico até sem saber o que falar porque de repente você para de se cuidar. Fica dependente dos outros como uma criança, para colocar uma comida na boca, para sua higiene, para tudo. (P7)

Um pouco triste, por conta da doença. Pegava peso e hoje em dia não mais, e isso me deixa triste. (P11)

Essa bolsa, a colostomia. É que as vezes eu tenho vergonha de ir para alguns lugares e ela acabar enchendo. E por isso acabo ficando em casa, eu também uso fralda porque tenho medo de vaziar, as vezes me chamam para os lugares e eu não vou por medo e vergonha. (P14)

[...] a minha qualidade de vida mudou porque me restringiu a algumas coisas, nem tudo eu posso fazer, comer e também não posso estar em qualquer lugar, mas isso eu acho que é para o meu bem e ter uma vida melhor [...]. (P15)

Outra repercussão evidenciada nas falas foi quanto aos planos para o futuro que foram desfeitos por conta da doença e tratamento, bem como a insatisfação por não poder fazer as coisas que gostariam.

Atrapalhou um pouquinho, porque estava planejando em fazer cursos terminei o de informática mês passado [...]. (P2)

Minha qualidade de vida está parada, por que estou no hospital, então quer dizer que a minha qualidade de vida, parou [...]. (P5)

Estou longe da minha filha, então não posso vê-la e para mim significa muito criar ela, e isso faz muita falta. (P8)

[...] A minha saúde está desmantelada, porque estou aqui nesse hospital [...] e isso interfere, você fica desgostosa, fica triste [...]. (P9)

Contudo, verifica-se nas falas de alguns participantes a melhora de sua QV com a hospitalização devido ao controle de sinais e sintomas provenientes da doença.

[...]antes eu estava muito doente e aqui já estou tendo uma melhora. (P3)

Me sinto melhor aqui pois estava debilitada, passei por um momento muito difícil. (P7)

A doença me fez dar mais valor as coisas que eu tinha, a ver a realidade. Isso porque quando estamos aqui dentro a gente vê o mundo lá fora de outra forma. (P10)

Está boa. Mais ou menos. Não estou sentindo nada, nenhuma dor atualmente, então ela está boa. (P11)

Acho que em melhora, porque quando preciso vim para cá sou bem tratada, e isso é melhor [...]Quando estava em casa era ruim, sentia muita coisa eu vomitava, tinha fraqueza, não tinha vontade de comer. E aqui no hospital é melhor por conta do tratamento. (P12)

Bem, porque antes eu estava bem pior e graças a Deus estou melhor. Estava com muita dor, febre e está aqui no hospital melhorou. (P14)

Destaca-se ainda algumas falas de participantes que encararam a doença de maneira positiva e que ela influenciou no modo de ver/viver a vida. Nesse sentido, a percepção para esses participantes foi de que a QV não foi afetada e sim ressignificada.

Eu não deixo a doença influenciar na minha vida, não. Eu tento superar tendo muita fé em Deus coloco ele sempre a frente, não deixo não [...] (P1)

Foi a doença que me tirou do fundo do poço, porque a vida que eu estava vivendo não era vida. E foi através da doença que Jesus me tirou do fundo do poço, se não fosse ela estaria até hoje fazendo as mesmas coisas, larguei a faculdade (antes da doença), larguei tudo. (P6)

[...] eu acho que não interferiu na minha qualidade de vida, ela me deu mais sabedoria, amadurecimento. Você vê a vida de um jeito e quando isso acontece você vê a vida de uma maneira completamente diferente, passa a enxergar a vida com os olhos de uma criança, que viver intensamente, dia a dia sem querer saber do amanhã. Abriu meus olhos no sentido de viver a vida. (P13)

A minha qualidade de vida atualmente, graças a Deus, ela é boa a vista de muitos que eu vejo. Porque aceito a minha doença, quando aconteceu eu não parei para pensar e sim para viver, as vezes falo para os meus filhos que eu não estou doente e sim enferma. A minha vida continua estou trabalhando, cuido da minha família, cuido da minha casa e ainda continuo cuidando de mim. Primeiro cuido de mim, para depois cuidar do outro. Eu não paro para pensar no câncer, eu paro pensar sobre a minha vida e enquanto Deus me der força vou vivendo, por que se eu parar pensar doença, vou morrer antes do tempo. (P15)

CATEGORIA III - Implicações da enfermagem na qualidade de vida de pacientes oncológicos

Esta categoria de análise apresenta a percepção dos participantes do estudo sobre o cuidado prestado pela enfermagem para melhoria da QV durante a hospitalização. Destaca-se na fala da maioria dos participantes a satisfação e a avaliação positiva da assistência prestada pela enfermagem, com um atendimento afetuoso e olhar diferenciado para resolução dos problemas, principalmente relacionado ao controle das manifestações clínicas da doença.

Já tem ajudando muito, isso porque a partir do momento que tem profissionais qualificados que ficam do lado quando precisamos, quando chama e elas vem, e estão ali prontos para atender no momento que sente dor, e isso ajuda muito [...] o carinho que eles tem com o paciente. (P4)

[...] eles são excelentes [...] me tratam bem, dão as minhas medicações [...] elas fazem o suficiente, não posso pedir para melhorarem em nada. (P5)

[...] me ajudam dando força, dizendo que irei sair dessa e que vou melhorar e a nota para as enfermeiras daqui é nota 1000. (P6)

A enfermagem tem ajudado muito com apoio, cuidado e se preocupando. (P7)

Tomar meus remédios, fazer os meus exames [...] estão cuidando de mim. (P9)

[...] No que eu preciso ajudam, quando estou precisando de alguma coisa elas são vem e dão a mão, ontem mesmo eu ia ter que comprar o remédio mas não preciso mais porque elas resolveram, recebi uma doação, não tenho o que reclamar daqui [...] me ajudam e muito, me dão força e palavras de conforto. (P10)

A enfermagem é muito boa, [...] tratam você muito bem, gosto daqui por isso, pois sempre que eu chego elas me tratam bem [...] (P12)

Ter atenção, brincar. Elas são ótimas, fico rindo com elas e elas se divertem com a gente. E isso me ajuda, eu me sinto mais à vontade. (P14)

Observa-se que alguns participantes reconhecem a importância do trabalho da enfermagem pelo fato de ser a categoria profissional que está constantemente ao lado do paciente e por prestarem um cuidado humanizado que contribui para a melhoria da QV durante a hospitalização, conforme evidenciado nos discursos a seguir.

A enfermagem é a principal, por que cuida a toda hora e a todo momento com a gente aqui [...] (P6)

Acho a enfermagem fundamental, porque são quem realmente tá passando por todo processo com a gente. Os médicos vem pontualmente resolvem um problema ou outro, mas quem tá com a gente ali vendo sofrer e melhorar, dormir e tudo que a gente faz é o enfermeiro. É o braço direito do paciente a enfermagem. (P8)

A gente que está do outro lado, como paciente, quer um cuidado melhor que se ponham no nosso lugar e aqui eu vejo muito isso. Que elas tem muito cuidado, faz 1 ano e 3 meses que eu me operei e sempre que venho sou reconhecida por elas, marcam a nossa fisionomia e a minha mãe também, que ficou nesse mesmo quarto, nesse mesmo leito durante 1 mês, e foi uma coisa que marcou tanto para o paciente como para as enfermeiras [...] eu me sinto privilegiada, em saber que a pessoa mesmo não fazendo parte da minha família mas está interessada pela sua história e por tudo que você passou, isso é muito importante (chorou). (P13)

A enfermagem cuida melhor, ela abraça a causa e abraça você, eu acho que a enfermagem tem uma qualidade muito boa para ajudar o paciente. Elas conversam, dão força, ajudam... fazem o possível e o impossível do que se pode fazer. Elas ajudam em tudo, até nos exames para sair mais rápido, numa medicação e se precisar sair para fazer algum exame elas ficam ali no pé cobrando. Acho que a enfermagem contribui assim para tudo são muito dedicadas, carinhosas e amigas que já entram aqui sorrindo. Às vezes você está para baixo e encontram uma enfermeira com sorriso, que já chega e pergunta do que você precisa, é muito bom e importante. Como seria aqui sem a enfermagem? Não daria certo, seria horrível... porque são elas que estão mais próximas da gente, um médico vem apenas uma vez de manhã ou à tarde, e elas na hora que você precisar tem uma para ajudar. (P15)

4 DISCUSSÃO

Ao analisar as falas dos participantes deste estudo para descrever qualidade de vida, observou-se uma diversidade de significados. Isso se deve à complexidade intrínseca do conceito, tornando sua mensuração uma tarefa desafiadora⁽¹⁰⁾. Entre os aspectos mais proeminentes, destacaram-se os fatores relacionados à preservação da saúde e ao contexto social e financeiro, os quais são considerados parâmetros fundamentais na definição de qualidade de vida para estes.

O sentido abordado é elaborado em um estudo no qual introduz a noção de qualidade de vida como um conceito originado nas ciências econômicas, posteriormente integrado nas esferas das ciências sociais e da saúde. Este conceito abrange áreas comuns, tais como

saúde, aspectos sociais, econômicos, políticos, psicológicos-espirituais, familiares e bem-estar subjetivo⁽¹⁰⁾. Esta associação é claramente corroborada pelos resultados obtidos na análise do conceito de qualidade de vida.

Ao analisar a associação entre comprometimento da qualidade de vida relacionada à doença e tratamento dos participantes, observou-se que a relação entre qualidade de vida e o aspecto financeiro foi percebida pelos participantes como um fator de interferência. De forma recorrente, a doença acaba gerando custos, o que, por sua vez, impacta diretamente na qualidade de vida dos indivíduos. Na visão deles uma melhor classe socioeconômica expressaria melhora na qualidade de vida. Similarmente, verificou melhora na qualidade de vida em todos os domínios do WHOQOL-bref relacionada a uma renda familiar maior em estudo anterior⁽¹⁴⁾.

O processo de avaliação da qualidade de vida, centrado em sentimentos de dependência, desconforto, limitações e sofrimento causados pelas manifestações da doença, teve repercussões significativas na vida dos participantes. Isso ocorreu devido ao impacto do câncer na rotina desses indivíduos, levando inclusive ao distanciamento físico de seus familiares, incluindo também maior dependência física devido as limitações impostas pela doença o que gerou sentimentos de frustrações, tendo como consequência o impacto na qualidade de vida deles. Isso também é explicado em um estudo que traz alterações causadas pela doença, pela perda da autonomia afetando diretamente a qualidade de vida. Correlacionando os fatores físicos e psicológico como agravantes a qualidade de vida⁽¹⁵⁾.

Um estudo abordando pacientes internados em uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) de cuidados paliativos aponta que a perda de funcionalidade é uma ocorrência comum nesse contexto, acarretando diversos reflexos em sua qualidade de vida. Tal situação resulta em limitações para a realização de tarefas cotidianas, o que contribui para a diminuição da avaliação da QV desses pacientes, além de desencadear alterações psicológicas, uma vez que muitos passam a se sentir como um fardo para seus familiares⁽¹⁶⁾.

Conforme visto neste estudo, através dos depoimentos dos participantes a perda da funcionalidade e os sentimentos recorrentes a ela não se restringem apenas aos pacientes em cuidados intensivos, mas também afetam aqueles que estão hospitalizados devido à condição da doença.

Muito se fala sobre o forte estigma que o câncer apresenta-se na esfera social, como algo associado a “morte”, “tristeza”, “sofrimento” e “horrível”. A incerteza sobre o futuro desperta sentimentos de medo e ansiedade, enquanto a perspectiva de cura muitas vezes parece distante e inatingível. E isso desencadeia substancialmente alterações na qualidade de vida da pessoa com câncer ⁽¹⁷⁾. Apesar disso, ao analisar as declarações dos participantes, observa-se algo surpreendente: a qualidade de vida não foi necessariamente prejudicada pela doença. Pelo contrário, ela provocou uma resignificação na forma como essas pessoas enxergam e vivenciam a vida, influenciando-as de maneira positiva."

No contexto da hospitalização e sua relação com a qualidade de vida, o estudo realizado no Hospital Universitário do Paraná, Brasil, destaca que a avaliação da qualidade de vida no ambiente domiciliar é percebida como superior em relação ao estado físico e psicológico dos pacientes. Isso deve ao fato de se sentirem mais seguros e menos ansiosos quando comparados ao ambiente hospitalar. Especialmente para aqueles submetidos a internações prolongadas, surgem sentimentos de renúncia em relação à sua vida, família, social e carreira, o que acaba por afetar a qualidade de vida⁽¹⁵⁾. No entanto, ao contrastarmos com nossos achados, observamos divergências. Parte dos participantes deste estudo demonstra satisfação e gratidão pelo processo de hospitalização. Isso deve ser o fato de que, estando em casa, estavam fisicamente mais em decorrência da doença e tratamento, e no ambiente hospitalar obtiveram melhoras.

Com base nos resultados deste estudo, é evidente que o cuidado oferecido pela equipe de enfermagem proporciona aos pacientes um sentimento de bem-estar, mesmo diante da dificuldade e complexidade do tratamento oncológico. O cuidado humanizado

prestado pela equipe de enfermagem, caracterizado pela construção de vínculos afetivos permeados por carinho e respeito ao paciente, demonstra um grande impacto na qualidade de vida dos participantes. Isso ressalta que a prática da enfermagem vai além do conhecimento científico. Em um estudo percebeu-se consonância com nossos resultados, já que destacou que a conexão afetiva entre a equipe de enfermagem e o paciente resulta em uma assistência mais fluida e eficaz, culminando na melhoria da qualidade de vida do enfermo. O estabelecimento de relações saudáveis entre paciente, equipe de enfermagem e família revela-se como um componente essencial ao longo de todas as etapas do tratamento. Este cuidado vai além da busca pela cura, uma vez que se direciona não apenas para o alívio de dores, mas como também para sintomas psicológicos, sociais ou espirituais, tendo em vista o alcance do cuidado integral⁽¹⁸⁾.

Em estudo anterior^(4,19) são destacadas diversas mudanças significativas no aspecto emocional de pacientes com câncer. Isso se deve ao papel crucial do enfermeiro na prestação de assistência, que envolve a promoção de esperança, o aprimoramento das estratégias de enfrentamento, o fortalecimento da confiança, da melhoria da interação social, do aumento da sensação de segurança, do apoio emocional e da prática da escuta ativa. Esses benefícios ficam evidentes nas declarações dos participantes desta pesquisa, ressaltando como essa assistência melhora significativamente a qualidade de vida deles e desempenha um papel crucial em seu cotidiano enquanto estão hospitalizados.

Apesar da presente investigação ter gerado dados importantes sobre a qualidade de vida de pacientes hospitalizados com câncer, obteve-se certas limitações como, por exemplo, a amostragem por conveniência, e o fato dos dados terem sido coletados em único cenário, o que impossibilitou a generalização dos resultados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo revelam que a percepção dos participantes sobre QV está atrelada a ausência de doença e a condições para desenvolver atividades laborais. Foi observado que a vulnerabilidade econômica e as limitações decorrentes da doença tiveram um impacto significativo na qualidade de vida. Este cenário evidencia uma redução no nível de qualidade de vida em virtude da enfermidade.

Foi identificado que a assistência humanizada proporciona uma melhora nas condições dos participantes, pois estes se sentem acolhidos e cuidados de maneira apropriada, o que conseqüentemente influencia positivamente a qualidade de vida. Entretanto, é crucial que a comunidade científica na área da saúde promova estratégias mais abrangentes para aprimorar a qualidade de vida e mitigar possíveis danos. Sugere-se a realização de estudos e programas de educação continuada voltados para uma assistência qualificada e humanizada, visando garantir a satisfação da qualidade de vida dos pacientes oncológicos.

REFERÊNCIAS

MEIRELES, Cecília. **Flor de poemas**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.

QUEREMOS saber. Intérprete: Cássia Eller. Compositor: Gilberto Gil. *In*: Acústico MTV: Cássia Eller. Intérprete: Cássia Eller. São Paulo: Universal Music, 2001. 1 CD, faixa 9.

UZANNE, O. **The end of books**. Adelaide: University of Adelaide, 2014. Disponível em: <https://ebooks.adelaide.edu.au/u/uzanne/octave/end/>. Acesso em: 20 abr. 2019.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [monografia na internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2019 [acesso em 20 de setembro de 2023].

Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>

1. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa 2023 – Incidência de Câncer no Brasil [Internet] Rio de Janeiro: INCA; 2022 [acesso em 20 de setembro de 2023]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/inca-lanca-a-estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil/#:~:text=S%C3%A3o%20esperados%20704%20mil%20casos,Nacional%20de%20C%C3%A2ncer%20\(INCA\).](https://bvsms.saude.gov.br/inca-lanca-a-estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil/#:~:text=S%C3%A3o%20esperados%20704%20mil%20casos,Nacional%20de%20C%C3%A2ncer%20(INCA).)
2. Silveira F M , Wysocki A D , Mendez R D R , Pena S B , Santos EM , Malaguti-Toffano S , Santos V B , et al . Impacto do tratamento quimioterápico na qualidade de vida de pacientes com câncer. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2021 [acesso em 20 de setembro de 2023];34:eAPE00583. Disponível em: <https://actaape.org/en/article/impact-of-chemotherapy-treatment-on-the-quality-of-life-of-pacientes-com-câncer/>. ISSN 1982-0194.
3. Carlos EA, Borgato JA, Garbuio DC. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. Rev Renê [Internet]. 2022Jan.5 [acesso em 20 de setembro de 2023];230:e71133. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/71133>
4. Corrêa KM, Oliveira JDB de, Taets GG de CC. Impacto na Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer em meio à Pandemia de Covid-19: uma Reflexão a partir da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Abraham Maslow. Rev. Bras. Cancerol. [Internet]. 23º de junho de 2020 [acesso em 20 de setembro de 2023]; 66(TemaAtual):e-1068. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1068>
5. Barbosa Soares da Silva I, Medeiros Lima Júnior J de R, dos Santos Almeida J, Pereira Cutrim DS, de Lima Sardinha AH. Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos. Rev. Bras. Cancerol. [Internet]. 13º de agosto de 2020 [acesso em 20 de setembro de 2023];66(3):e-121122. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1122>

6. Almeida KBC de, Guimarães J de C. A atuação do assistente social no atendimento oncológico: realidades, humanização, desafios e possibilidades. *Serv. Soc. Rev.* [Internet]. 31º de julho de 2023 [acesso em 20 de setembro de 2023];26(1):79-100. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/46826>

7. da Silva AKF, Pereira J de O, Basílio JAD, Verçosa RCM. Assistência de Enfermagem Humanizada na Oncologia Pediátrica. *Braz. J. Develop.* [Internet]. 2023 Jan. 2 [acesso em 20 de setembro de 2023];9(1):379-8. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/55896>

8. Schneider F, Kempfer SS, Backes VMS. Training of advanced practice nurses in oncology for the best care: a systematic review. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2021May12 [citado 22º de setembro de 2023];55:e03700. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/185654>

9. Ruidiaz-Gómez KS, Cacante-Caballero JV. Desenvolvimento histórico do conceito de Qualidade de Vida: uma revisão da literatura. *Rev. cienc. cuidad.* 2021 [acesso em 20 de setembro de 2023];18(3):96-109. Disponível em: <https://doi.org/10.22463/17949831.2539>

10. Lincoln P, De Mattos C. “Os resultados desta pesquisa (qualitativa) não podem ser generalizados”: pondo os pingos nos is de tal ressalva “The results of this (qualitative) research cannot be generalized”: dotting the i’s on this caveat [Internet]. [acesso em 20 de setembro de 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/db6zWtVvwtzqp6ycTvXqjZf/?format=pdf&lang=pt>

11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care* [Internet]. 2007 Setembro [acesso em 20 de setembro de 2023];16;19(6):349–57. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>

12. Cad S, Pública R, De J. fev [Internet]. 2011[acesso em 20 de setembro de 2023];27(2):389–94. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3bsWNzMMdvYthrNCXmY9kJQ/?format=pdf&lang=pt>

13. Rocha RA, Oliveira C de S, Boscato N, Goettems M, Chave M das GA de M, Corrêa F de OB. Percepção da qualidade de vida de pacientes oncológicos: um estudo transversal / Percepção da qualidade de vida em pacientes oncológicos: um estudo epidemiológico transversal. *Braz. J. Hea. Rev.* [Internet]. 1º de outubro de 2021 [acesso em 20 de setembro de 2023];4(5):20557-74. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/36834>

14. Martins, LK; Carvalho, ARS; Oliveira, JLC; Santos, RP; Lordani, TVA. Qualidade de vida e percepção do estado de saúde entre indivíduos hospitalizados. **Escola Anna Nery**, Cascavel, v. 24, n. 4, p. 1-8, 08 [Internet]. maio 2020 [acesso em 20 de setembro de 2023]; FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0065>.
15. Barbosa Soares da Silva I, Medeiros Lima Júnior J de R, dos Santos Almeida J, Pereira Cutrim DS, de Lima Sardinha AH. Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos. *Rev. Bras. Cancerol.* [Internet]. 13º de agosto de 2020 [acesso em 20 de setembro de 2023];66(3):e-121122. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1122>
16. Dib RV, Gomes AMT, Ramos R de S, França LCM, Paes L da S, Fleury ML de O. Pacientes com Câncer e suas Representações Sociais sobre a Doença: Impactos e Enfrentamentos do Diagnóstico. *Rev. Bras. Cancerol.* [Internet]. 4º de agosto de 2022 [acesso em 20 de setembro de 2023];68(3):e-061935. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1935>
17. Alecrim, TDP; Miranda, JAM de; Ribeiro, BMSS. Percepção do paciente oncológico em cuidados paliativos sobre a família e a equipe de enfermagem. **Cuidarte Enfermagem**, Apucarana, v. 2, n. 14, p. 206-212, 30 jul. [Internet]. 2020 [acesso em 22 set 2023]. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2020v2/p.206-212.pdf>
18. Almeida PF de, Barbosa MGA, Santos SM dos, Silva EI da, Lins SR de O. A relação entre o enfermeiro e o paciente nos cuidados paliativos oncológicos / A relação entre o enfermeiro e o paciente em procedimentos oncológicos. *Braz. J. Hea. Rev.* [Internet]. 2020, 5 de março [citado em 22 de setembro de 2023];3(2):1465-83. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/7394>

ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA

FORMATAÇÃO GERAL DO MANUSCRITO

FORMATO: “.doc”

FOLHA: Tamanho A4;

MARGENS: 2,5 cm nas quatro margens;

FONTE: Trebuchet MS; fonte 11 (incluindo tabelas e referências). Para citação direta com mais de 3 linhas, utilizar fonte 10.

ITÁLICO: Somente para palavras ou expressões em idioma diferente do qual o manuscrito foi redigido ou em transliteração de depoimentos.

NOTAS DE RODAPÉ: a partir da segunda página, usar os seguintes símbolos e nesta sequência: †, ‡, §, ††, ‡‡, §§, †††, etc.

ESPAÇAMENTO: Duplo no decorrer do manuscrito, inclusive no resumo e referências.

Simple para título, descritores, citação direta com mais de três linhas e em transliteração de depoimento.

LIMITE DE PALAVRAS CONFORME CATEGORIA DE ARTIGO (incluindo referências):

1. Editorial – Limite máximo de 1.600 palavras;
2. Artigos originais – Limite máximo 4.500 palavras;
3. Revisão (todos, incluindo Bibliometria) – Limite máximo de 5.000 palavras;

ANÁLISE DE PLÁGIO

A partir de Janeiro de 2021, uma nova etapa foi inserida no processo de revisão dos manuscritos. Um software irá avaliar a questão de plágio, tendo os seguintes resultados:

– Até 25% de plágio – será enviada uma carta aos autores, contendo orientações e recomendações;

– Mais de 50% de plágio – será realizada a captação dos autores e da instituição, sendo cumpridas as questões e deveres éticos em relação aos trabalhos científicos.

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Título (Português, Inglês, Espanhol). Tudo em caixa baixa, somente a primeira letra da primeira letra da primeira palavra deve estar em CAIXA ALTA.
2. Resumo (nos 3 idiomas do título). Após ":", usar letra minúscula.

3. Descritores (nos 3 idiomas do título). Somente a primeira letra de cada descritor deve estar em caixa ALTA. Ex: Cuidado fundamental, Terapia Intensiva; Enfermagem. Todos devem estar de acordo com o DECS. <http://decs.bvs.br/>

4. Introdução

5. Método

Resultados

6. Discussão

7. Considerações finais (pesquisa qualitativa) conclusão (pesquisa quantitativa)

8. Referências (estilo Vancouver, seguindo os exemplos abaixo). As abreviaturas devem seguir o [Index Medicus BVS](#) ou o [Catálogo NLM](#).

OBS: AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFILIAÇÕES:

É responsabilidade dos autores as informações e autorizações relativas aos itens mencionados acima;

Deverá contar em uma nova seção, logo após a conclusão. Citar o número do edital ao qual a pesquisa está vinculada.

FORMATAÇÃO DA ESTRUTURA DO MANUSCRITO

O manuscrito não poderá ter a identificação dos autores, esta identificação deverá estar somente na [página de identificação](#).

As palavras “RESUMO”, “DESCRITORES”, “INTRODUÇÃO”, “MÉTODO”, “RESULTADOS”, “DISCUSSÃO”, “CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO”, “REFERÊNCIAS” e demais que iniciam as seções do corpo do manuscrito devem ser digitadas em CAIXA ALTA, NEGRITO E ALINHADAS À ESQUERDA.

TÍTULO

Deve aparecer nos 3 idiomas do

Resumo; Tem limite de 16 palavras;

CAIXA ALTA (somente a primeira letra do título de cada idioma), as demais devem estar em caixa baixa, NEGRITO, ESPAÇAMENTO SIMPLES E CENTRALIZADO.

RESUMO

Incluir, de forma estruturada, informações de acordo com a categoria do artigo. Incluir: objetivo, método, resultados e conclusão.

Texto limitado a 150 palavras, no idioma no qual o artigo foi redigido; Não poderão conter abreviaturas, nem siglas.

DESCRITORES

Apresentados imediatamente abaixo do resumo e no mesmo idioma deste, sendo a

palavra “descritores” em: CAIXA ALTA E EM NEGRITO;

Inserir de 3 a 5 descritores, separando-os por ponto e vírgula, e a primeira letra de cada descritor em CAIXA ALTA. Ex. Cuidado de enfermagem; Terapia intensiva; Enfermagem pediátrica.

Os descritores devem identificar ou refletir os principais tópicos do artigo; Preferencialmente, as palavras utilizadas nos descritores não devem aparecer no título;

Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DECS) → <http://decs.bvs.br>; Lembrar de clicar em: “Descritor Exato”.

Também poderão ser utilizados descritores do Medical Subject Headings (MeSH) → www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html.

Espaçamento simples entre linhas, conforme exemplo:

DESCRITORES: Educação; Cuidados de enfermagem; Aprendizagem; Enfermagem; Ensino.

INTRODUÇÃO

Deve conter justificativa, fundamentação teórica e objetivos. A justificativa deve definir claramente o problema, destacando sua importância, lacunas do conhecimento, e o referencial teórico utilizado quando aplicável.

MÉTODO

Deve conter o método empregado, período e local em que foi desenvolvida a pesquisa, população/amostra, critérios de inclusão e de exclusão, fontes e instrumentos de coleta de dados, método de análise de dados.

Para pesquisa que envolva seres humanos os autores deverão explicitar a observação de princípios éticos, em acordo com a legislação do país de origem do manuscrito, e informar o número do parecer de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a legislação vigente.

Ressalta-se a obrigatoriedade da inserção do Parecer do Comitê de Ética na sessão “documentação suplementar”, no ato da submissão do artigo.

RESULTADOS

Informações limitadas aos resultados da pesquisa. O texto deve complementar informações contidas em ilustrações apresentadas, não repetindo os dados.

Inserir sempre o valor de “n” e a porcentagem entre parênteses. Lembrando que n abaixo de 10 deverá estar escrito por extenso e igual ou acima de 10 deverá ser numérico.

Exemplo: “Dos 100 participantes, 15 (15%) referiram melhora do quadro e seis (6%) referiram piora”.

DISCUSSÃO

Apresentação de aspectos relevantes e interpretação dos dados obtidos. Relação e discussão com resultados de pesquisas, implicações e limitações do estudo. Não devem ser reapresentados dados que constem nos resultados.

CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para pesquisas futuras;

Fundamentadas nos objetivos, resultados e discussão, evitando afirmações não relacionadas ao estudo e/ou novas interpretações. Incluir as contribuições do estudo realizado.

AGRADECIMENTOS

Destinar nesta seção os agradecimentos as agências de financiamentos ou organizações que de alguma forma contribuirão para a realização do estudo.

Não se aplica agradecer pessoas ou autores que colaboraram na

pesquisa.

REFERÊNCIAS

As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto pela primeira vez, e apresentadas de acordo com o estilo Vancouver (exemplos abaixo).

Limite máximo de 30 referências para artigos originais;

Exclusivamente, para Artigo de Revisão, não há limite quanto ao número de referências;

Sugere-se incluir referências atuais e estritamente pertinentes à problemática abordada, evitando número excessivo de referências em uma mesma citação (80% dos artigos deveter no máximo 5 anos de publicação);

Artigos disponíveis online devem ser citados segundo normas de versão eletrônica, conforme exemplos abaixo disponibilizados;

Ex:

Artigos em periódicos eletrônicos

1. Magalhães MV, Melo SCA. Morte e luto: o sofrimento do profissional da saúde. *Psicol. Saúde Debate*. [Internet]. 2015 [acesso em 20 de agosto 2019];1(1). Disponível em: <http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/7/5>.

Artigos com mais de 6 autores

2. Goto S, Kimura M, Katsumata Y, Goto S, Kamatani T, Ichihara G, et al. Artificial intelligence to predict needs for urgent revascularization from 12-leads electrocardiography in emergency patients. *PLoS ONE* [Internet]. 2019 [cited 2019 feb 05];14(1):e0210103. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210103>.

OBS.: O acesso e a disponibilidade devem estar no mesmo idioma do artigo. Ver exemplo em negrito das referências 2 e 3.

3. Bittencourt GKGD, Moreira MASP, Meira LCS, Nóbrega MML, Nogueira JA, Silva AO. Beliefs of older adults about their vulnerability to HIV/Aids, for the construction of nursing diagnoses. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2015 [cited 2020 feb 18];68(4). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680402i>.

Artigos em revistas físicas

4. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med 2002 Jul;347(4):284-7.

5. Lakka HM, Laaksonen DE, Lakka TA, Niskanen LK, Kumpusalo E, Tuomilehto J, et al. The metabolic syndrome and total cardiovascular disease mortality in middle-aged men. JAMA 2002;288:2709-716.

6. Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. Br J Cancer 1996;73:1006-12.

7. Brandão AP, Nogueira AR, Oliveira JE, Guimarães JI, Suplicy H, Brandão AA, coordenadores. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arq Bras Cardiol 2005;84(Supl I):1-28.

Autores corporativos (revistas físicas)

8. The Cardiac Society of Australian and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. MJA 1996;164:282-284.

Autores corporativos (revistas na internet)

9. Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro. Diretrizes para a abordagem das síndromes coronarianas agudas sem supradesnível de ST. Rev SOCERJ. [Internet]. 2000 [acesso em 20 de agosto 2019];1(1). Disponível em: <http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/7/5>.

Organizações

1. World Health Organization (WHO). Definition of palliative care. [Internet]. 2019 [cited 2019 jul 11]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.

2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [Internet]. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [acesso em 23 de agosto 2020]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf.

3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico HIV/Aids: 2019 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [acesso em 14 de fevereiro 2020]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt->

br/pub/2019/boletim-epidemiologico- de-hiv aids-2019.

Livros

1. Liberato R. O luto do profissional de saúde: a visão do psicólogo. In: Casellato G. O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido. São Paulo: Summus Editorial; 2015.
2. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.
Livros eletrônicos
3. Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monografia na Internet]. Washington: National Academy Press; 2001[acesso em 9 jul 002].Disponível em: <http://www.nap.edubooks0309074029.html>.

Conselhos

1. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (SP). Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento. São Paulo: COREN/SP; 2017.
2. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009. Ed. Brasília: COFEN; 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html.

Teses/Dissertações, Monografias

1. Silva WA. A experiência de conviver com HIV/aids na velhice. [Doutorado em Psicologia Social]. São Paulo (Brasil): Universidade de São Paulo; 2009. [acesso em 27 de outubro 2019]. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-16122009-102915/pt-br.php>.

Documentos Legais

1. BRASIL. Decreto n. 89.271, de 4 de janeiro de 1984. Dispõe sobre documentos e procedimentos para despacho de aeronave em serviço internacional. Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência. 1984 jan/mar 4;48:3-4. Legislação Federal e margiália.
2. BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Portal da Legislaçãol: Leis Ordinárias. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm

Portarias

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Portaria nº. 470, de 24 de novembro de 1999. Institui as características básicas dos rótulos das embalagens de águas minerais potáveis de mesa. Diário Oficial da União 25 nov 1999;Seção 1.

Resoluções

1. Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Filmes

Cinematográficos

Inclui também suporte em DVD e fitas de

vídeo. Filme

1. Deus e o diabo na terra do sol [filme]. Direção: Glauber Rocha. Rio de Janeiro: Copacabana Filmes; 1964.

DVD

1. Blade Runner [DVD]. Direção: Ridley Scott. Los Angeles: Warner Brothers; c1999.

Mapas

1. Instituto Geográfico. Regiões do Brasil [mapa]. São Paulo: Instituto Geográfico; 1995. Documentos Jurídicos em formato eletrônico

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Portaria nº. 15, de 23 de ago de 1988. Determina que o registro de produtos saneantes domissanitários com finalidade antimicrobiana seja procedido de acordo com as normas regulamentares [portaria na internet]. Diário Oficial da União 05 set 1988 [acesso em 13 jul 2007]. Disponível em: <http://legis.bvs.br/leisrefpublicshowAct.php?id=12546>.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº. 286, de 19 de abril de 2006. Habilitar os Centros de Atenção Psicossocial abaixo discriminados, para realizar os procedimentos previstos na Portaria nº. 189, de 20 de Março de 2002 [portaria na internet]. Diário Oficial da União 20 abr 2006 [acesso em 10 jun 2007]; Seção 1, (76). Disponível em: <http://www.in.gov.br/materiasxml/dosecao12100827.xml>.

Homepage/Website

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil [acesso em 27 mar 2005]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

Eventos

1. Ramos Junior HS. Considerações sobre a privacidade no espaço cibernético In: 2º Ciberética. Simpósio Internacional de Propriedade Intelectual, Informação e Ética [evento na internet]. 2003 nov 12-14; Florianópolis, Brasil [acesso em 12 jan 2007]. Disponível em: <http://www.ciberetica.org.br>.

Anuário Impresso

1. Anais do 4. Congresso Paulista de Saúde Pública; 1993 jul. 10-14; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública; 1995.

2. Zioni F. Controle popular: discussões temáticas. In: Anais do 4. Congresso Paulista de Saúde Pública; 1993 jul 10-14; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação

Paulista de Saúde Pública; 1995. p. 25-6.

Para casos de mais de um evento realizado simultaneamente, deve-se seguir as mesmas regras aplicadas a autores corporativos.

3. Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p.182-91.

Trabalhos apresentados em Eventos (pôsteres e similares) e não publicados.

1. Carvalho AB, Lima Filho JL, Dutra RAF, Silva NLLC. Biossensor para doenças de chagas [Apresentação na II Bienal de Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz; 2000 dez 1-11; Rio de Janeiro, Brasil].

Anuário Online

1. 25. Aosani TR, Lima ACC. A terapia comunitária como estratégia metodológica de trabalho das equipes de núcleo de apoio a saúde da família (nasf) no atendimento a saúdemental. APESmo [Internet]. 30 de outubro de 2018 [acesso em 30 de junho de 2020]; 30:e19658. Disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/apesmo/article/view/19658>.

ANEXOS

Os anexos, quando indispensáveis, devem ser citados no texto e inseridos após as referências.

ORIENTAÇÕES PARA ILUSTRAÇÕES

Por ilustrações entendem-se tabelas, quadros e figuras (gráficos, diagramas, fotos).

São permitidas, no máximo, 5 ilustrações as quais devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos

Devem ser indicadas no texto com a primeira letra

maiúscula. Exemplo: Tabela 2, Quadro 1, Figura 3.

A fonte das informações da ilustração, quando resultante de outra pesquisa, deve ser citada e constar nas referências.

Tabelas e quadros

Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura

Utilizar traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e, na parte inferior da tabela; Não devem apresentar nem linhas verticais e horizontais no interior da tabela;

Devem ser inseridas o mais próximo possível da indicação, e desenhadas com ferramenta apropriada do Microsoft Word for Windows 98® ou compatíveis;

Utilizar fonte Trebuchet MS, tamanho 11, espaçamento simples entre linhas;

O título de tabelas e quadros deve ser colocado imediatamente acima destes, com espaçamento simples, com negrito. Seguindo os exemplos abaixo:

Exemplo 1: Quadro 1 – Intervenções de enfermagem. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2010(Sem ponto final)

Exemplo 2: Tabela 1 – Características socioeconômicas de gestantes portadoras de diabetes mellitus tipo II. Curitiba, PR, Brasil, 2015 (Sem ponto final)

Figuras (Gráficos, Diagramas, Fotos)

Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura.

Devem ser apresentadas no texto, o mais próximo possível da indicação, e anexadas em arquivo separado, com qualidade necessária à publicação. Preferencialmente, no formato JPEG, GIF ou TIFF, com resolução mínima de 300 dpi.

O título da figura deve ser colocado acima desta, separado por ponto do nome da cidade, estado, país e ano. Esses últimos separados por vírgula e sem ponto final.

Exemplo: Figura 1 – Estilos de liderança segundo a Teoria do Grid Gerencial. São Paulo, SP, Brasil, 2011

Poderão ser publicadas fotos coloridas e fotos de pessoas (exceto as de acesso público, já publicadas).

ORIENTAÇÕES PARA CITAÇÕES E DEPOIMENTOS

1) Citação indireta ou paráfrase

Informar o número da referência imediatamente ao término do texto, sem espaço, sem parênteses, e após o sinal gráfico (pontuação).

Exemplo: O conceito de conforto está diretamente relacionado ao bem-estar.¹

2) Citação sequencial/intercalada

Separar os números de cada referência por traço, quando for sequencial.

Exemplo: 8-10 – a informação refere que as referências 8, 9 e 10 estão inclusas. Separar os números de cada referência por vírgula, quando for intercalada.

Exemplo: 8,10 – a informação refere que as referências 8 e 10 estão inclusas.

3) Citação direta com até três linhas

Inserida no corpo do parágrafo e entre aspas. O número e página correspondentes à citação literal devem constar sobrescritos, sem parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo: 8:13 – a informação se refere à referência 8, página 13.

4) Citação direta com mais de três linhas

Constar em novo parágrafo, justificado à direita e com recuo de 4 cm da margem esquerda, digitada em fonte Trebuchet MS 10, espaço simples entre linhas, sem aspas.

O número e página correspondentes à citação direta devem constar sobrescritos, sem parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo: 8:345-6 o número 8 se refere à referência e o 345-9 às páginas.

5) Depoimento

A transliteração de depoimento deverá constar em novo parágrafo, digitada em fonte Trebuchet 11, itálico, com espaçamento simples entre linhas, sem aspas.

Comentários do autor devem estar entre colchetes e sem itálico.

A identificação do sujeito deve ser codificada (explicar a codificação na

metodologia), entre parênteses, sem itálico e separada do depoimento por ponto.

Exemplo: [Comunicação] é você expressar algo, dizer alguma coisa a alguém é o ato dese comunicar [...]. (Familiar 2)

Link das normas: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/about/submissions>