



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

LAURA BEATRIZ SOUSA DE JESUS MARTELLETTI

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS
INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO**

Brasília - DF

2018

LAURA BEATRIZ SOUSA DE JESUS MARTELLETTI

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS
INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito para aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso 2.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Keila Cristianne Trindade da Cruz

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Carla Targino Bruno dos Santos

Brasília – DF

2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por todo amor e cuidado, por ter direcionado o meu caminho até a Enfermagem. Nos momentos de dificuldades Ele é a minha torre forte, meu socorro bem presente nos momentos de angústia. Deu-me forças para continuar a caminhada e me fez realizar sonhos que jamais pensei ser capaz, a Ele dedico mais essa conquista exitosa.

Agradeço ao meu esposo Lucas, por cada lágrima recolhida, por cada abraço interminável e cada sorriso que me proporcionou. Obrigada por ser um exemplo de humildade, serenidade e também de resiliência, o agradeço por ser o melhor presente que eu já recebi, meu melhor amigo e amor para toda a vida. Agradeço também aos meus pais e minha irmã, Luciana, Carlos e Maria Clara, à minha mãe por toda força e superação, ao vencermos o câncer eu escolhi a graduação em enfermagem para cuidar de muitas outras vidas, agradeço em especial ao meu pai que sempre me incentivou a dar o meu melhor em tudo, a ele agradeço por todo carinho, atenção e zelo. À minha irmã por ser a alegria da família, o presente de Deus para nós. Gratidão aos meus avós paternos Salomão e Francisca, por todo acolhimento e por me ensinarem a dádiva de ajudar o próximo sem querer nada em troca. Aos meus avós maternos Margarido e Eva, os quais, com toda simplicidade, me ensinaram que para ser feliz você não precisa de muito, se você é grato ao que tem. Agradeço aos meus irmãos na fé, que sempre estiveram comigo, por todas as orações e aconselhamentos, em especial aos meus pastores, Eberte e Geusiane, e sua família e também à minha amiga irmã Isabella.

Agradeço à minha orientadora Prof.^a Keila Cristianne por ser um exemplo de enfermeira, alguém em quem se pode espelhar, seu amor pelo cuidar do outro é contagiante. Foi uma honra ter convivido com uma pessoa tão iluminada, cuidadosa e responsável.

Agradeço as amizades verdadeiras que a graduação me proporcionou, em especial, minhas amigas Kelly Adriane e Larissa Cristine. Aos projetos em que participei durante a graduação, em especial à Liga de Combate ao Câncer e às Profs. Paula Diniz e Christiane Vasques que me acolheram desde o primeiro semestre do curso, à Prof.^a Dirce Guilhem e Graziani Izidoro pela orientação do meu primeiro PIBIC, ao PEAC de Prática Avançada de Enfermagem em Uropediatria e a Prof.^a Gisele Martins por todo incentivo ao meu crescimento acadêmico e pessoal. Gratidão ao SESC-DF, em especial a equipe COSES a qual tive o prazer de fazer parte como estagiária durante o último ano do curso.

“Cada vez que eu tocar num rosto em pranto; Cada vez que eu fizer o que já não se faz; Cada vez que, em silêncio, eu doar a outra face; Sejam Tuas mãos, seja Tua graça e o Teu amor; Eu quero te servir, eu quero te obedecer; Viver tua vontade, refletir tua verdade; Te honrar com minha vida, em tudo te adorar; Mestre, amigo, amado JESUS.” (Trecho da música “Meu Querer” de Paulo César Baruk, 2011)

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO.

¹ Laura Beatriz Sousa de Jesus Martelletti; ² Keila Cristianne Trindade da Cruz;

¹Estudante de Graduação em Enfermagem. Bolsista do Programa de Iniciação Científica - Edital 2017-2018. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. Brasília-DF, Brasil. E-mail: laurabeatriz.unb@gmail.com;

²Professora Doutora Adjunta, Orientadora, Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. Brasília-DF, Brasil. E-mail: keilactc@unb.br.

RESUMO

Objetivos: Identificar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes oncológicos admitidos em uma Unidade de Terapia Intensiva adulto, no ano de 2015. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e transversal, com abordagem quantitativa, baseado na análise de prontuários. O estudo foi desenvolvido em um hospital universitário do Distrito Federal, no Serviço de Arquivo Médico. A população do estudo foi composta por todos os prontuários de pacientes oncológicos admitidos na Unidade de Terapia Intensiva desta instituição no ano de 2015 (n=79). **Resultados:** Eram homens (58,2%), idosos (65,8%), residentes do DF (67,1%), procedentes do Centro Cirúrgico (69,5%), o tempo de internação foi de 0-5 dias (69,6%), tinham câncer de cólon e reto (15,2%), o tratamento foi cirúrgico (34,2%) e morreram 21,5%. **Conclusão:** As equipes de UTI precisam estar preparadas para assistir ao paciente oncológico em suas individualidades.

Descritores: Perfil de Saúde; Neoplasias; Prontuário; Unidade de Terapia Intensiva;

INTRODUÇÃO

Câncer, ou neoplasia é o conjunto de mais de cem doenças distintas as quais, ainda não se conhece a etiologia. Essas doenças são classificadas como neoplasias, pois tem em comum o crescimento desordenado de células, as quais podem invadir tecidos e órgãos adjacentes ou distantes, esse fenômeno é chamado de metástase. Além disso, o câncer faz parte das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as quais são as principais causas de morte no mundo.¹

Estimou-se para os anos de 2018-2019 a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano, no Brasil (incluindo câncer de pele não melanoma). Nesta estimativa é visto que os tipos de câncer mais prevalentes no país (exceto o câncer de pele não melanoma) são os de próstata, pulmão, mama feminina e cólon e reto, os quais estão associados aos hábitos de vida urbanizados, entretanto, ainda são altas as taxas de câncer de colo de útero, estômago e esôfago, estes associados a infecções, portanto, é compreendido que as características sociodemográficas influenciam o perfil oncológico dos sujeitos.²

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma unidade hospitalar em que acontece atendimento de pacientes graves, realizado por profissionais especializados, de forma contínua, utilizando materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia.³

A incorporação de tratamentos inovadores, a expansão tecnológica e a transição epidemiológica, são fatores que têm aumentado a sobrevivência e prognóstico dos pacientes oncológicos. Em contrapartida, cresce também a necessidade de cuidados intensivos, são admitidos em UTIs aqueles que apresentam possibilidade de cura ou controle do câncer e intercorrências passíveis de reversibilidade.⁴⁻⁵

As últimas décadas foram de grande importância devido aos avanços no diagnóstico precoce e, principalmente, no manejo de pacientes com câncer. A terapêutica avançada em UTI tem contribuído significativamente para a redução da mortalidade geral por câncer⁴. Entretanto, o diagnóstico de câncer pode ser um empecilho para admissão de um paciente na UTI. Uma pesquisa francesa, que verificou a admissão de pacientes oncológicos em uma UTI, apontou que 49% deles não foram admitidos por terem a doença.⁶

Porém, um estudo comparativo brasileiro realizado em uma UTI de hospital terciário, comparou o desfecho hospitalar de pacientes oncológicos e não oncológicos submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos com alto risco de óbito e mostrou que a mortalidade hospitalar dos pacientes oncológicos não foi superior à dos pacientes sem câncer.⁷

Partindo da perspectiva supracitada, é notável a relevância de um estudo o qual relaciona o paciente oncológico e suas características sociodemográficas e clínica dentro de uma UTI. Justifica-se ainda por ser um trabalho único para tal população e local estudados, o que possibilitará condições para o planejamento da assistência em enfermagem mais adequado e, concomitante a isso, melhorará todo o processo subsequente.

Sendo assim, este estudo teve como objetivo geral identificar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes oncológicos admitidos em uma UTI adulto de um hospital universitário do distrito federal, no ano de 2015 e como objetivos específicos verificar quais tipos de cânceres eram mais prevalentes, identificar o tempo médio de internação e analisar a mortalidade desses pacientes na UTI.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e transversal, com abordagem quantitativa, baseado na análise de prontuários.

O estudo foi desenvolvido em um hospital universitário do Distrito Federal, no Serviço de Arquivo Médico (SAME). A população do estudo foi composta por todos os prontuários de pacientes oncológicos admitidos na UTI desta instituição no ano de 2015. A UTI em questão tinha 10 leitos ativos, para pessoas com idade acima de 15 anos.

A seleção dos prontuários foi feita de acordo com o caderno de registro de admissão de pacientes da UTI de primeiro de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2015. Para determinar a amostra, foi considerada a amostragem não probabilística, do tipo amostra por conveniência. Os critérios de inclusão foram: prontuários de pacientes oncológicos de ambos os sexos, admitidos na UTI no ano de 2015. Critérios de exclusão: prontuários que não estivessem disponíveis no SAME para consulta no dia da coleta.

A coleta de dados foi realizada pela autora do presente estudo e por outras alunas envolvidas em um projeto maior após orientação e com supervisão contínua da responsável pela pesquisa. Havia um questionário auxiliar de pesquisa (Apêndice - A) como fonte de registro desses dados. O questionário foi construído pelos autores do presente estudo com base em informações contidas em publicações sobre o tema. Foram coletados os seguintes dados: as características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, renda, procedência, data de internação, data de alta, óbitos, ente outras) e relacionadas à saúde (antecedentes pessoais, procedimentos realizados durante a internação, presença de lesão, tempo de internação, tipos de câncer, tempo médio de internação e mortalidade) desses pacientes na UTI.

Os dados coletados foram transportados para a planilha de dados Excel for Windows versão 6.0. Foi realizada análise descritiva das variáveis, com uso de tabelas de frequência das variáveis categóricas, com valores de frequência absoluta (n), percentual (%), assim como estatísticas descritivas das variáveis ordinais.

O presente estudo atendeu à Resolução CNS 466/2012. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob o CAAE: 64108417.1.0000.0030, parecer no 2.197.661 (Anexo-A). Foram utilizados apenas e exclusivamente dados secundários dos prontuários de pacientes. Cada prontuário recebeu um número e os dados foram analisados de forma agrupada.

RESULTADOS

Foram analisados 79 prontuários de pacientes oncológicos atendidos na referida instituição, os dados sociodemográficos desses apresentam-se na tabela 1.

Quanto ao sexo, o masculino predominou (58,2 %). A faixa etária variou entre 22 e 92 anos, com média de idade de 62 anos e maior prevalência de idosos (65,8%). Em relação à cor da pele, os sujeitos descritos foram considerados pardos, em maioria (41,8%), esta informação estava ausente em 35,4% dos prontuários participantes. Preponderou nos prontuários descrição de sujeitos casados (51,9%). Os prontuários mostraram que eram pacientes provenientes da região nordeste (62%), e

residiam no Distrito Federal-DF (67,1%), sendo que a Região Administrativa (RA) mais comum foi Ceilândia (12,6%).

Tratando-se da escolaridade, não continha essa informação em 72% dos casos, muito embora, nos prontuários que constavam a informação (10,1%) referiam apenas quatro anos de estudo. No tocante à renda pessoal e familiar, esse dado esteve ausente em 100% dos prontuários analisados, referente à ocupação é salientado que, mais uma vez, a maior parte (41,8%) não apresentava dado, 34,1% eram aposentados ou pensionistas, 19% assalariados/ autônomos, dentre esses sobressaem pedreiro, lavrador e doméstica, e 5,1% eram aposentados/ pensionistas que ainda trabalham, os quais trabalhavam como professor, comerciante e doméstica majoritariamente.

Tabela 1. Frequência absoluta e relativa das variáveis sociodemográficas dos prontuários dos pacientes oncológicos atendidos na UTI em 2015 (n = 79). Brasília-DF. 2018.

Variáveis	n	%
Sexo		
• Feminino	33	41,8
• Masculino	46	58,2
Faixa etária		
• 20-29	03	3,8
• 30-39	04	5,1
• 40-49	08	10,1
• 50-59	12	15,2
• 60-69	23	29,1
• 70-79	25	31,6
• 80-92	04	5,1
Estado civil		
• Casado	41	51,9
• União Estável	01	1,3
• Separado/Divorciado	02	2,5
• Solteiro	19	24
• Viúvo	10	12,7
• Informação Ausente	06	7,6
Local de origem		
• Região Norte	01	1,3
• Região Nordeste	49	62,0
• Região Centro-Oeste	11	13,9
• Região Sudeste	15	19,0
• Região Sul	00	0,0
• Informação Ausente	03	3,8

Local de residência

• Distrito Federal	53	67,1
• Goiás	22	27,8
• Outros	04	5,1

Os dados relacionados às variáveis clínicas dos prontuários incluídos no estudo estão descritos na tabela 2. Foi identificado que o local predominante de procedência antes da UTI foi o Centro Cirúrgico em 69,5% dos casos e o tempo de internação mais frequente foi o de zero a cinco dias de internação na UTI (69,6%) e tempo médio de 10 dias, entretanto, é importante destacar que 8,9% dos casos necessitaram de 26-120 dias de internação.

Em 18 prontuários (22,8%) foi identificado relato de visita familiar, sendo que, primou a visita de esposas e filhos, contudo, 55 (69,5%) não registram tal informação. Quanto aos principais antecedentes diagnósticos destaca-se, respectivamente, a Hipertensão Arterial Sistêmica (55,7%), a Diabetes Mellitus (22,8%), as doenças pulmonares (15,2%) e as doenças renais (10,1), todavia, a maioria dos prontuários apresentava mais de um antecedente diagnóstico.

Tratando-se da Sepsis, desfecho comum em internações de terapia intensiva, 40 prontuários (50,6%) relataram que o sujeito em referência não apresentou Sepsis durante a internação na UTI, porém, em 24 prontuários (30,4%) essa informação não foi identificada, muito embora, em 15 prontuários (19%) foi visto que o sujeito em questão apresentou Sepsis, nesses casos, predominou os focos abdominal (33,2%) e pulmonar (20%).

Com relação à reinternação nesta UTI, foram identificados nove prontuários (11,4%) que continham essa informação e as causas majoritárias foram as neoplasias (55,6%). Foi observado que em 39 casos (49,4%) os sujeitos não tiveram internação nos últimos 12 meses.

No que diz respeito às lesões em pele, foram descritas em 69 prontuários (87,3%), foi visto que 92,8% delas eram feridas operatórias, seguidas de outros casos como lesão tumoral em região glútea e anal (2,8%) e lesão por pressão (1,4%).

Referindo-se aos óbitos, 17 (21,5%) dos sujeitos acometidos por câncer na referida UTI morreram, as principais causas de morte em pacientes oncológicos foram Choque (58,8%), Falência Múltipla de Órgãos (23,5%) e Neoplasias (11,8%). Todavia, os que não foram a óbito tiveram alta predominantemente para Clínica Cirúrgica (60,7%).

Tabela 2. Frequência absoluta e relativa das variáveis clínicas dos prontuários dos pacientes oncológicos atendidos na UTI em 2015 (n = 79). Brasília-DF. 2018.

Variáveis	n	%
Procedência antes da UTI		
• CACON – HUB	01	1,3

• Centro Cirúrgico	55	69,5
• Clínica Cirúrgica	09	11,4
• Clínica Médica	01	1,3
• UPC-CPA-HUB	06	7,6
• HB – DF	01	1,3
• Informação Ausente	06	7,6

Tempo de Internação na UTI

• 00-05 dias	55	69,6
• 06-10 dias	08	10,1
• 11-25 dias	09	11,4
• 26-120 dias	07	8,9

Visita de familiares na UTI

• SIM	18	22,8
• NÃO	06	7,6
• Informação Ausente	55	69,6

***Principais Antecedentes Diagnósticos**

• Hipertensão Arterial Sistêmica	44	55,7
• Diabetes Mellitus	18	22,8
• Pulmonar	12	15,2
• Renal	08	10,1
• Tabagismo	05	6,3
• Etilismo	04	5,1
• Informação Ausente	08	10,1

Lesão de Pele

• Ferida operatória	64	92,8
• Lesão por pressão	01	1,4
• Outros	02	2,9
• Informação Ausente	02	2,9

Reinternação na UTI: causa

• Neoplasias	05	55,6
• Outras causas	03	33,3
• Informação Ausente	01	11,1

Hospitalização nos últimos 12 meses

• SIM	24	30,4
• NÃO	39	49,4
• Informação Ausente	16	20,2

***Diagnóstico Principal de Óbito**

• Choque	10	58,8
----------	----	------

• Neoplasias	02	11,8
• Falência Múltipla de órgãos	04	23,5
• Insuficiência Respiratória	01	5,9

* Havia mais de um antecedente diagnóstico descrito para o mesmo sujeito. Diagnóstico de óbito n= 17.

Os dados observados acerca dos procedimentos invasivos apresentam-se na tabela 3.

Foi visto que nos prontuários analisados preponderaram os seguintes procedimentos invasivos, respectivamente, Cateter Vesical de Demora (C.V.D.) (91,1%), Cateter Venoso Central (C.V.C.) (84,4%), Pressão Arterial Invasiva (P.A.I.) (69,6%) e Ventilação Mecânica (V.M.) (53,2%). O tempo de permanência, predominante, com os dispositivos C.V.D., C.V.C. e P.A.I. foi de 1-10 dias. Quanto ao uso de Drogas Vasoativas (DVA) foi encontrado nos relatos apenas o uso de Noradrenalina.

Tabela 3. Frequência absoluta e relativa das variáveis acerca dos procedimentos invasivos realizados durante a internação na UTI em 2015 (n = 79). Brasília-DF. 2018.

	Variáveis					
	SIM		NÃO		?	
*Procedimentos realizados durante a internação na UTI	(n)	%	(n)	%	(n)	%
• Hemodiálise	21	26,6	52	65,8	06	7,6
• Ventilação Mecânica	42	53,2	31	39,2	06	7,6
• Traqueostomia	16	20,3	58	73,4	05	6,3
• Dreno de Tórax	21	26,6	49	62	09	11,4
• Outros tipos de Drenos	27	34,2	47	59,5	05	6,3
• Nutrição Enteral	34	43,1	37	46,8	08	10,1
• Cateter Venoso Central	67	84,8	09	11,4	03	3,8
• Pressão Arterial Invasiva	55	69,6	18	22,8	06	7,6
• Cateter Vesical de Demora	72	91,1	04	5,1	03	3,8
• Nutrição Parenteral Total	05	6,3	64	81	10	12,7
• Uso de DVA	21	26,6	50	63,3	08	10,1

Tempo de Permanência	Cateter Venoso Central		Cateter Vesical de Demora		Pressão Arterial Invasiva	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
• 1-10 dias	48	71,6	38	69,1	38	69,1
• 11-20 dias	07	10,4	04	7,3	04	7,3
• 21-30 dias	03	4,5	00	00	00	00
• > 30 dias	04	6,0	03	5,4	03	5,4
• Informação Ausente	05	7,5	10	18,2	10	18,2

*Havia mais de um procedimento invasivo descrito para o mesmo sujeito. “?”: Informação Ausente.

No tocante aos tipos de câncer, foram predominantes os cânceres de cólon e reto (15,2%), seguidos dos cânceres de bexiga, esôfago e pulmão (ambos 8,9%) e mamas (7,6%) respectivamente. Consequentemente ao estratificar os dados por sexo, em homens o câncer de cólon e reto foi o mais prevalente (17,4%) e em mulheres mamas (18,2%).

Em 28 (35,5 %) prontuários foi descrito que o sujeito apresentava metástase, entretanto essa informação não foi considerada em 39,2 % dos prontuários. Se tratando do cuidado paliativo 48 (60,8%) não relataram esse tratamento, muito embora, tal relato não constava em 25 (31,6%) casos.

O tratamento para o câncer predominante nos registros foi o cirúrgico descrito em 34,2% desses, seguido da quimioterapia (12,6%) e cirurgia mais quimioterapia (7,6%), sendo que havia também a associação de três tratamentos (cirúrgico, quimioterapia e radioterapia) para o mesmo indivíduo em 5,1% dos casos. Em relação ao estadiamento dos cânceres, não foi possível calcular as proporções devido à ausência de informação e múltipla variação de estadiamento, a qual impediu a separação por grupos semelhantes.

Tabela 4. Frequência absoluta e relativa das variáveis oncológicas dos prontuários dos pacientes atendidos na UTI em 2015 (n = 79). Brasília-DF. 2018.

Variáveis	n	%
*Tipos de Câncer		
• Cólon/Reto	12	15,2
• Bexiga	07	8,9
• Esôfago	07	8,9
• Pulmão	07	8,9
• Mama	06	7,6
• Ovário	05	6,3
• Próstata	05	6,3
• Rim	05	6,3
• Endócrino	04	5,1
• Fígado	04	5,1
• Pâncreas	04	5,1
• Colo de Útero	03	3,8
• Estômago	02	2,5
• Outros	11	13,9
Metástase		
• SIM	20	25,3
• NÃO	28	35,5
• Informação Ausente	31	39,2
Cuidado Paliativo		
• SIM	06	7,6
• NÃO	48	60,8

- Informação Ausente 25 31,6

Tratamento

- Cirúrgico (Cir.) 27 34,2
- Quimioterapia (Quimio.) 10 12,6
- Radioterapia (Radio.) 02 2,5
- Cir. + Quimio. 06 7,6
- Cir. + Radio. 01 1,3
- Cir. + Radio. + Quimio. 04 5,1
- Quimio. + Radio. 03 3,8
- Informação Ausente 26 32,9

*Havia mais de um tipo de câncer descrito para o mesmo sujeito.

DISCUSSÃO

Verificou-se que 40,9% dos pacientes atendidos na UTI tinham diagnóstico de câncer. Trabalho prévio sobre o perfil do paciente com sepse em UTI ⁸ identificou as neoplasias malignas como as comorbidades mais prevalente entre os sujeitos (30,4%). El-Fakhouri et al ⁹ e Silva et al ¹⁰ apontaram as neoplasias como a terceira comorbidade mais frequente entre os indivíduos estudados, sendo esses paciente admitidos em uma UTI em Marília-SP e pacientes longevos admitidos em uma UTI de Salvador-BA, respectivamente.

Dentre os prontuários analisados foi visto que 58,2% dos sujeitos eram homens, em concordância com trabalhos na área ^{9,11,12,13}, os quais justificam esse fato por entenderem que, de modo generalista, os homens são menos diligentes com a saúde e como consequência necessitam mais de terapias invasivas e emergenciais.

Dentre a população estudada os idosos (pessoa com idade maior ou igual a 60 anos) foram maioria (65,8%). O indivíduo mais jovem tinha 22 anos e o mais longevo 92 anos, sendo que, a média de idade foi de 62 anos, semelhante às pesquisas anteriores ^{9,13,14,15}. Esse dado é compreendido pela transição demográfica no Brasil e no mundo, uma vez que, é notório o aumento da população idosa em detrimento das outras faixas etárias. Esse fenômeno influencia diversos setores da sociedade, nessa perspectiva, o aumento da carga de doenças, em especial as DCNT (sendo o câncer uma delas), ocorrem devido ao crescimento do número de idosos na população ¹.

Com referência a cor da pele, neste estudo predominou a cor parda, essa característica foi divergente com a literatura que aponta a cor de pele branca como mais comum em pacientes internados em UTI ⁹. Explica-se esse fato por serem estudos feitos em regiões geográficas distintas.

Os indivíduos eram procedentes da região nordeste e residiam no DF. É sabido por Carvalho ¹⁶ que o fluxo migratório para região do DF é grande desde sua fundação, além disso, atraídos pela

oportunidade de trabalho principalmente na construção civil, mas também no comércio, os nordestinos foram os principais migradores para o planalto central na construção de Brasília. Sendo assim, esse perfil demográfico se mantém até os dias atuais.

Os registros mostraram que 51,9% dos pacientes oncológicos eram casados, perfil semelhante observado por Melo, Meneguetti e Laus¹⁷. Além disso, também foi semelhante o grau de instrução dos indivíduos, neste trabalho foi identificado apenas quatro anos de estudo para maioria (10,1%) dos registros que continham a informação. Infelizmente essa informação valiosa foi ignorada em 72% dos casos. Conhecer o grau de instrução dos pacientes permite direcionar a equipe quanto à comunicação efetiva para cada indivíduo, a qual acarretará em um cuidado mais efetivo e humano.¹⁷

Não foi encontrada informação sobre a renda pessoal e familiar dos sujeitos nos prontuários analisados, o que impossibilitou conhecer perfil econômico dessa população. Sabe-se apenas que a maioria era de aposentados (34,1%), mas 19% trabalhavam, algumas ocupações descritas foram de pedreiro, lavrador e doméstica. Muito embora, informações acerca da renda pessoal e familiar não tenham sido encontradas em estudos análogos^{9,10,17}.

O centro cirúrgico foi a procedência antes da UTI em 69,5% dos casos. Soares et al¹⁸ em um estudo multicêntrico, realizado em 28 hospitais diferentes no Brasil, sobre o perfil do paciente oncológico atendido em UTI, evidenciou que o principal motivo de internação desse público nas UTIs foi o cuidado pós-cirúrgico (57%). Outro trabalho, realizado na China, que analisou a mortalidade dos pacientes com câncer classificou a cirurgia eletiva como principal motivo de internação destes na UTI (92,9%)¹⁴. É compreendido, portanto, que não é o câncer em si que leva o paciente oncológico a ser admitido na UTI, mas o seu tratamento.

O tempo de internação predominante (69,6%) foi de 0-5 dias e o tempo médio 10,4 dias. Tempo similar foi encontrado na literatura média de 8,9 dias e 11,4 dias,^{9,14,17} respectivamente. Ainda sobre a internação, houve relato de visita familiar para 22,8% dos pacientes, sendo esposa e filhos os mais recorrentes, todavia, 69,5% registros não continham tal descrição. É sabido que o ambiente da UTI com seus equipamentos, fios e ruídos causam nas pessoas internadas e seus familiares medo e inseguranças, sendo assim, é necessário amenizar tais vulnerabilidades de maneira humanizada. Trabalhos sobre o tema sugerem flexibilização nos horários de visita, educação continuada pra equipe a cerca da humanização do cuidado, mudanças no espaço físico que promovem maior privacidade, entre outras propostas.¹⁹

As principais comorbidades associadas aos pacientes oncológicos foram Hipertensão Arterial Sistêmica (55,7%) e Diabetes Mellitus (22,8%) em concordância a literatura^{8,10}. Dado confirmatório por se tratar de população majoritariamente idosa a qual é diretamente proporcional as DCNT.

Apenas 15 (19%) registros relataram o diagnóstico de sepse, difere de Farias et al ⁸ os quais apresentaram diagnóstico de sepse em 29,4% dos pacientes na referida UTI e Silva et al ¹⁰ identificaram que 41,3% dos longevos internados na UTI tinham sepse. O foco abdominal foi mais prevalente (33,2%) discordante da literatura que mostra o foco pulmonar como predominante (82,6%) ⁸.

Relatos sobre lesão de pele foram encontrados em 87,3% dos registros, destas 92,8% eram feridas operatórias, confirmado pela maioria dos sujeitos terem sido enviados do centro cirúrgico, conseqüentemente os pacientes que tiveram alta da UTI foram encaminhados em maioria (60,7%) para a clínica cirúrgica. Todavia, 11,4 % necessitaram de reinternação na UTI e a principal causa foram as neoplasias (55,6%).

Quanto à mortalidade dos pacientes oncológicos (n total = 79), 17 (21,5%) foram a óbito. Estudo brasileiro multicêntrico afirma que “Existem taxas de sobrevivência encorajadoras para pacientes com câncer que necessitam de cuidados intensivos.” ¹⁸. Em consonância, Lyngaa et al ²⁰ em grande trabalho dinamarquês, de acompanhamento nacional, analisaram o perfil de pacientes que morrem em decorrência de câncer e doenças crônicas não cancerígenas internados em UTIs, nesta pesquisa 35,5% dos pacientes com doenças não cancerígenas morreram, por outro lado, 29,2% dos pacientes com câncer foram a óbito, sendo assim, foi identificado risco aumentando de morrer por doenças não cancerígenas nas UTIs estudadas.

As causas principais de óbito foram choque (58,8%), falência múltipla de órgãos (23,5%) e neoplasias (11,8%), também se assemelha ao que se encontra na pesquisa de Soares et al ¹⁸, a qual relata a falência dos órgãos como principal influência no aumento da mortalidade.

Procedimentos invasivos são comumente utilizados em UTIs para manutenção da vida dos pacientes, dentre estes estão os cateteres vesicais, acessos vasculares e ventilação mecânica ²¹. De consonante modo, foi identificado uso de C.V.D. em 91,1%, C.V.C. em 84,8%, P.A.I. em 69,6% e V.M. em 53,2% dos pacientes, Sousa et al ²¹ refere dados análogos aos encontrados na literatura, ainda alerta para a relação dos procedimentos citados com as Infecções Relacionadas com a Assistência à Saúde (IRAS), sugere que o controle do tempo de permanência é um modo razoável de prevenção das IRAS, nesta perspectiva, o presente estudo verificou tempo de permanência de 1-10 dias como mais frequente dos procedimentos C.V.D. (71,6%), C.V.C. (69,1%) e P.A.I (69,1).

O câncer de cólon e reto é terceiro tipo mais prevalente e o quarto que mais mata no mundo, está relacionado a muitos fatores, dentre eles, os genéticos, as complicações infecciosas, mas principalmente os hábitos de vida ocidentalizados: consumo de alimentos industrializados, inatividade física, consumo de álcool e tabaco, entre outros. Portanto, em países desenvolvidos e em desenvolvimento este tipo de neoplasia é mais prevalente ². No presente estudo o câncer de cólon e

reto foi o mais comum 15,2%, análogo ao que foi encontrado por Cunha *et al* (2018) em que 29,9% dos pacientes admitidos na UTI oncológica estudada tinham neoplasias gastrointestinais. O uso de Drogas Vasoativas (DVA) também esteve associado ao risco de internações em UTI ²². Nesta pesquisa 26,6% prontuários relataram o uso de DVA.

O tratamento cirúrgico predominou (34,2%), contudo, também se observou a presença de associação de tratamentos como cirurgia e quimioterapia (7,6%), e cirurgia, quimioterapia e radioterapia (5,1%) dados semelhantes foi encontrado em estudo internacionais sobre o paciente oncológico na UTI ^{13,14} e grande estudo brasileiro ¹⁸. Bos *et al* ¹³ também aponta que a associação de tratamentos aumenta o risco do paciente oncológico precisar de cuidados intensivos, haja vista que, são tratamentos agressivos que causam efeitos adversos relacionados a imunidade, sendo a neutropenia a mais comum.

Nesta pesquisa as principais limitações encontradas foram: a falta de informações importantes nos registros, a desorganização cronológica dos anexos e dados de pacientes diferentes contidos no mesmo prontuário. Sugere-se o incentivo a melhores anotações e organização dos dados nos prontuários, para que possibilite mais pesquisas na área com dados mais consistentes.

CONCLUSÃO

Conclui-se que 40,9% dos pacientes admitidos na UTI tinham diagnóstico de câncer. Eram homens (58,2%), idosos (65,8%), com idade média de 62 anos, casados (51,9%), pardos (41,8%), procedentes da região nordeste (62%) e residentes do DF (67,1%), tinham câncer de cólon e reto (15,2%), o tratamento foi cirúrgico (34,2%), foram encaminhados para UTI vindos do Centro Cirúrgico (69,5%), o tempo de internação foi de 0-5 dias (69,6%), tinham lesão de pele do tipo ferida operatória (92,8), os que tiveram alta foram para Clínica Cirúrgica (60,7%), e morreram na UTI 21,5% e o diagnóstico principal de óbito foi choque (58,8%).

As equipes de UTI precisam conhecer as especificidades dos pacientes oncológicos para assisti-los em suas individualidades, portanto, para uma assistência de qualidade é necessário o conhecimento do perfil sociodemográfico e clínico dos sujeitos, haja vista que, desse modo, as equipes de saúde poderão traçar planos de cuidados mais condizentes com a população assistida.

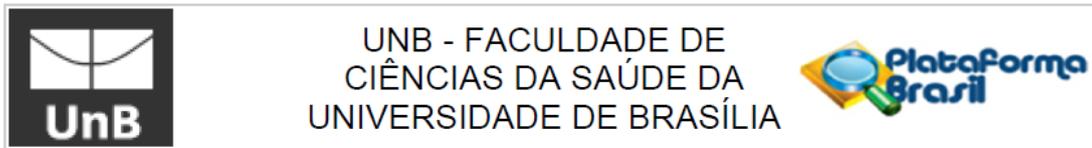
REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília-DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf> Acesso em: 10/07/2018.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. INCA – Instituto Nacional de Câncer – Estimativa 2018-2019. Rio Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em 08/07/2018.
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução N° 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Fev., 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: 25/05/2018.
04. Soares M. Quando o tratamento oncológico pode ser fútil? Do ponto de vista do intensivista. Revista Brasileira de Cancerologia; 54(4): 389-392, 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v04/pdf/389_382__Quando_o_Tratamento_Oncológico_Pode_Ser_Futil_in_tensivista.pdf>. Acesso em: 11/07/2018.
05. Favarin SS & Camponogara S. Perfil Dos Pacientes Internados Na Unidade De Terapia Intensiva Adulto De Um Hospital Universitário. Revista Enfermagem UFSM, v. 2, n. 2, p. 320–329, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5178>>. Acesso em: 23/04/2018.
06. Thiéry G; Azoulay E; Darmon M et al. Outcome of critical patients considered for intensive care unit admission: a hospital-wide prospective study. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology, v. 23, n. 19, p. 4406–13, 2005. American Society of Clinical Oncology. Disponível em: <<http://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2005.01.487>>. Acesso em: 31/3/2017.
07. Amendola CP ; Almeida SLS ; Horta VM et al. A Doença Oncológica não deve ser um Fator Limitante para Admissão na UTI de Pacientes Submetidos a Cirurgias de Alto Risco. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 18, n. 3, p. 251–255, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n3/v18n3a06>>. Acesso em: 30/3/2017.
08. Farias LL ; Júnior FMLP ; Braide ASG et al. Perfil clínico e laboratorial de pacientes com sepse, sepse grave e choque séptico admitidos em uma unidade de terapia intensiva. Rev. Saúde Públ. Santa Cat. Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 50-60, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/187>>. Acesso em: 11/07/2018.
09. El-fakhouri S ; Carrasco HVCG ; Araujo GC ; Frini ICM. Epidemiological profile of ICU patients at Faculdade de Medicina de Marília. Rev. Assoc. Med. Bras. 62(3):248-254, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302016000300248>. Acesso em: 07/06/2018.
10. Silva JB ; Pedreira LC ; Santos JL ; Barros CS ; David RA. Perfil clínico de longevos em uma unidade de terapia intensiva. Acta Paul Enferm. 31(1):39-45, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002018000100039&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08/07/2018.
11. Freitas ERF de. Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva : aplicação prospectiva do escore APACHE II. Ver. Latino-Am. Enfermagem, v. 18, n. 3, p. 20–26, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_04.pdf> Acesso em: 23/04/2018.

12. Vieira MS. Perfil geográfico e clínico de pacientes admitidos na UTI através da Central de Regulação de Internações Hospitalares. Com. Ciências Saúde. 22(3):201-210. Brasília-DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v22_n3_a02_Perfil_geografico_clinico.pdf>. Acesso em: 11/07/2018.
13. Bos MMEM ; Verburg IWM ; Dumaij I et al. Intensive care admission of cancer patients: a comparative analysis. Cancer Medicine. 2015, 4(7):966-976. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4529335/>>. Acesso em: 05/07/2018.
14. Xing X ; Gao Y ; Wang H et al. Performance of Three Prognostic Models in Patients with Cancer in Need of Intensive Care in a Medical Center in China. PLoS ONE 10(6): e0131329, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26110534>>. Acesso em: 08/07/2018.
15. Cunha DAO ; Cunha RL ; Santos MLSC et al. Perfil dos pacientes admitidos em uma unidade de terapia intensiva oncológica. Cienc. Cuid. Saude. 17(2). Abr-Jun 2018. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/40365/751375137987>>. Acesso em: 22/10/2018.
16. Carvalho ARC. Migrantes em Brasília: os motivos, as dores e os sonhos numa perspectiva clínica. 97f. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília – 2008. Disponível em: <http://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/2036/1/2008_AlbertoRodriguesCamaradeCarvalho.pdf>. Acesso em: 15/05/2018.
17. Melo ACL ; Meneguetti MG ; Laus AM. Perfil de pacientes de terapia intensiva: subsídios para a equipe de enfermagem. Rev. Enferm. UFPE online. Recife, 8(9):3142-8, set., 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10036>>. Acesso em: 11/07/2018.
18. Soares M ; Caruso P ; Teles JM et al. Characteristics and outcomes of patients with cancer requiring admission to intensive care units: a prospective multicenter study. **Crit. Care Med.** 38(1):9-15. Jan, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19829101>>. Acesso em: 10/07/2018.
19. Lourenço EC & Neves EP. Necessidades dos visitantes na UTI oncológica. Revista Brasileira de Cancerologia. 54 (3). 2008. p. 213-220. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v03/pdf/artigo_1_pag_213a220.pdf> Acesso em: 20/07/2018.
20. Lyngaa T ; Christiansen CF ; Nielsen HI et al. Intensive care at the end of life in patients dying due to non-cancer chronic diseases versus cancer: a nationwide study in Denmark. **Critical Care**, 19:413, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26597917>>. Acesso em: 15/07/2018.
21. Sousa MAS ; Nascimento GC ; Bim FL ; Oliveira LB ; Oliveira ADS. Infecções hospitalares relacionadas a procedimentos invasivos em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. Rev Pre Infec e Saúde. 3(3):49-58. 2017. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/5848>>. Acesso em: 20/07/2018.
22. Almeida RMS de ; Barbosa AR ; Ravetti CG ; Coli CA. Perfil dos pacientes de pós-operatório oncológico em centro de terapia intensiva. Rev. Med. Minas Gerais, 2011; 21(2): 145-151.

Dados Clínicos
Antecedentes diagnósticos: ()DM ()HAS ()SEPSE ()ASMA ()PNM ()Renal ()Outros. Qual(is)? _____
Motivo da internação: _____
História de SEPSE durante a internação da UTI: _____ Foco da infecção: _____
Reinternação na UTI: ()Não ()Sim Causa? _____
Visita de familiares durante a internação: ()Não ()Sim Grau de parentesco: _____
Hospitalização nos últimos doze meses: ()Não ()Sim. Motivo: _____
Procedimentos Realizados durante a internação na UTI
Hemodiálise: ()Não ()Sim Ventilação mecânica: ()Não ()Sim Traqueostomia: ()Não ()Sim Dreno de tórax ()Não ()Sim Outros tipos de drenos: ()Não ()Sim (penrose, tubular, outros) Nutrição Enteral: ()Não ()Sim Cateter Venoso Central (dias): ()Não ()Sim _____ dias Pressão Arterial Invasiva (PAI) (dias): ()Não ()Sim _____ dias Cateter Vesical de Demora (dias): ()Não ()Sim _____ dias Nutrição Parental Total: ()Não ()Sim
Lesão em pele: ()Não ()Sim. Local(is)/Grau: _____ Lesão por pressão: ()Não ()Sim. Local/Grau: _____ Lesão não definida: () Adquirida na UTI durante a internação: ()Não ()Sim
Uso de DVA?: ()Não ()Sim. Qual(is)? _____
Diagnóstico de câncer: ()Não ()Sim. Qual(is)? _____ Primário? ()Não ()Sim. Estadiamento/Grau: _____ Tratamento realizado: () Quimioterapia () Radioterapia () Outro. Qual? _____ Metástase: ()Não ()Sim. Em cuidado paliativo: ()Não ()Sim.

ANEXO - A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes atendidos em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto de um hospital universitário do Distrito Federal.

Pesquisador: Keila Cristianne Trindade da Cruz

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 64108417.1.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

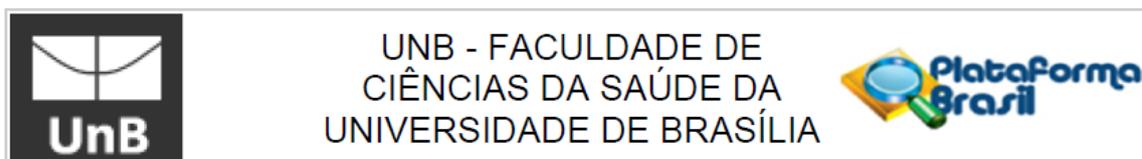
Número do Parecer: 2.197.661

Apresentação do Projeto:

"Resumo:

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é considerada uma área hospitalar, que possui uma equipe cujos esforços estão direcionados ao atendimento de pacientes que são considerados recuperáveis, mas que necessitam de acompanhamento específicos. Com a transição demográfica e epidemiológica que vive o Brasil, há necessidade de compreender a complexidade e especificidades dos idosos e a UTI. O presente estudo tem como objetivo Identificar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes admitidos em uma UTI adulto de um hospital universitário do Distrito Federal em 2015 e 2016. Trata-se de um estudo de caráter descritivo, com análise de prontuários, retrospectivo e transversal, com análise quantitativa. O estudo será Os critérios de inclusão serão: prontuários de pacientes de ambos os sexos, admitidos na UTI, durante os anos de 2015 e 2016, ou seja, de 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2016. desenvolvido em um hospital universitário do Distrito Federal, no Serviço de Arquivo Médico (SAME). A população do estudo será composta por todos os prontuários de pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) durante os anos de 2015 e 2016. Espera-se com os resultados caracterizar e conhecer as condições sociodemográficas e de saúde dos pacientes internados na UTI e contribuirá para identificar as especificidades desses indivíduos

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.197.661

e servir como base para novos estudos nessa área do conhecimento."

"Metodologia Proposta:

Descrição do estudo Trata-se de um estudo de caráter descritivo, com análise de prontuários, retrospectivo e transversal, com análise quantitativa. Local de pesquisa O estudo será desenvolvido em um hospital universitário do Distrito Federal, no Serviço de Arquivo Médico (SAME). Sujeitos A população do estudo será composta por todos os prontuários de pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) durante os anos de 2015 e 2016. Assim a amostra será de conveniência, ou seja, todos os pacientes destes períodos serão incluídos. Para determinar a amostra foi considerado a amostragem não-probabilística, do tipo amostra por conveniência. A seleção dos prontuários será feita de acordo com o caderno de registro de admissão de pacientes da UTI de 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2016. Serão considerados todos os prontuários de pacientes dos sexos feminino e masculino internados na UTI. Critérios de inclusão Os critérios de inclusão serão: prontuários de pacientes de ambos os sexos, admitidos na UTI, durante os anos de 2015 e 2016, ou seja, de 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2016. Instrumento de pesquisa e procedimento de coleta de dados A coleta de dados será realizada por meio da busca e análise de prontuários dos pacientes, tendo um questionário auxiliar de pesquisa (Apêndice A) como fonte de registro desses dados, construído pelos autores do presente estudo - por meio do qual serão coletados os seguintes dados: dados sócio-demográficos (idade, sexo, escolaridade, renda, procedência, data de internação, data de alta, óbito, dentre outras) e dados relacionados à saúde dos pacientes (como antecedentes pessoais, procedimentos realizados durante a internação, presença de lesão, dentre outras). Critérios de encerramento ou suspensão de pesquisa Esta pesquisa poderá ser suspensa ou encerrada a qualquer momento, mediante a não liberação dos dados por parte dos gestores do hospital ou a não localização dos prontuários no setor específico. O encerramento do projeto será após a realização de todas as atividades propostas. Para fins acadêmicos, o encerramento acontecerá com a apresentação do relatório final e publicação dos dados em formato de artigo. Forma de divulgação dos resultados Os resultados do presente estudo ficarão disponíveis aos profissionais do Hospital Universitário, bem como aos gestores de cada setor. Além disso, os dados obtidos poderão ser apresentados em reuniões científicas e/ou publicados em revistas científicas mantendo-se sempre o anonimato dos participantes da pesquisa. Embora trate-se de um proposta de estudo retrospectivo, será aplicado

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.197.661

o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos participantes de pesquisa que ainda estiverem sendo atendidos no serviço no momento da coleta de dados para acesso ao prontuário. Análise dos dados Para descrever o perfil da amostra, serão elaboradas tabelas de frequência das variáveis categóricas, com valores de frequência absoluta(n), percentual(%), assim como, estatísticas descritivas das variáveis ordinais. A análise dos dados será realizada apenas pelos pesquisadores envolvidos. Garantias éticas aos participantes. No presente estudo serão consideradas as orientações da Resolução CNS 466/2012 e suas complementares, de modo que o anonimato das participantes será assegurado, pois o estudo terá enfoque nos dados como um todo e não individualmente, assim não será identificado nominalmente nenhum tipo de dados coletados destes prontuários. Os questionários serão identificados com um número e somente o pesquisador saberá que número pertence a cada indivíduo. Este estudo mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar o nome dos pacientes ou qualquer informação que esteja relacionada com a privacidade destes. A pesquisa será submetida à aprovação pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde, será aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os pacientes que ainda estiverem sendo atendidos no Hospital."

"Critério de Inclusão:

Os critérios de inclusão serão: prontuários de pacientes de ambos os sexos, admitidos na UTI, durante os anos de 2015 e 2016, ou seja, de 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2016."

"Critério de Exclusão:

Serão excluídos da pesquisa os prontuários não disponíveis no SAME no momento de coleta de dados."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar o perfil sociodemográfico e de saúde dos pacientes admitidos em uma UTI adulto de um hospital universitário do Distrito Federal em 2015 e 2016.

Objetivo Secundário:

- Investigar as características sociodemográficas dos pacientes internados na UTI em 2015 e 2016;-
Caracterizar o perfil de saúde desses pacientes; Caracterizar o perfil de mortalidade na UTI nos

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

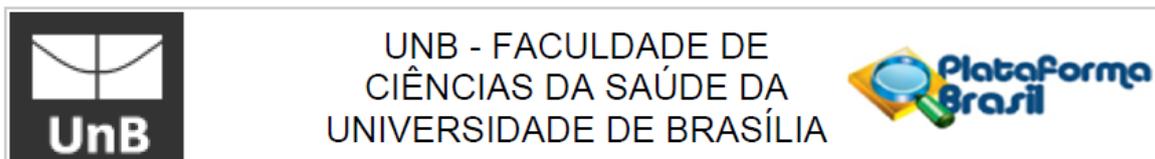
CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.197.661

referidos períodos- Identificar associações entre as variáveis sociodemográfica e de saúde desses sujeitos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

“Por se tratar de uma pesquisa em prontuários, existem riscos de prejuízos na compreensão da caligrafia nos diferentes impressos do prontuário, bem como com a qualidade de impressão de documentos quando consultados na coleta de dados. Objetivando a redução desse viés, na análise dos dados, será anotado o número do registro institucional do paciente para que seja, se necessário, consultado novamente o prontuário pelas pesquisadoras, que atuarão como juizes quanto à inclusão ou exclusão daquele dado específico. Assim, os métodos empregados para a coleta dos dados não implicarão em prejuízos à integridade física, moral, cível ou legal dos pacientes internados na UTI. Os dados serão manejados e analisados de forma anônima, sem identificação nominal dos participantes de pesquisa. Além disso, os resultados decorrentes do estudo serão apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação individual dos participantes. Assim, todos os cuidados serão tomados de forma a garantir o sigilo e a confidencialidade dos dados coletados, de forma a minimizar os riscos aos pacientes investigados. Os dados obtidos no presente projeto serão utilizados somente com fins científicos/acadêmicos.”

"Benefícios:

Espera-se que os resultados esperados permitirão caracterizar e conhecer as condições sociodemográficas e de saúde desses pacientes internados na UTI, bem como o perfil de mortalidade, que contribuirá para identificar as especificidades desses indivíduos e servir como base para novos estudos nessa área do conhecimento.”

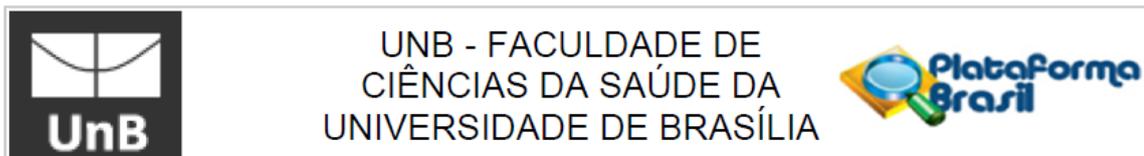
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa para trabalho de conclusão de curso do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde orientado pela pesquisadora principal. Orçamento de R\$458,00 com material para reprografia, material de consumo e combustível para pesquisadores. Cronograma: Coleta de dados 01/09/2017 até 28/02/2018.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados para emissão deste parecer os seguintes documentos apresentados ao CEP, além

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro	
Bairro: Asa Norte	CEP: 70.910-900
UF: DF	Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947	E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.197.661

dos já analisados anteriormente:

Informações Básicas do Projeto - ("PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_815451.pdf"),
postado em 18/07/2017;

Carta de encaminhamento das pendências ao CEP - ("cartaencaminhamentoprojeto17062017.pdf"), postado
em 18/07/2017;

Carta de encaminhamento das pendências ao CEP - ("cartaencaminhamentoprojeto17062017.doc"),
postado em 18/07/2017, assinada pela pesquisadora principal;

Projeto Detalhado - ("ProjetoUTI17062017.docx"), postado em 18/07/2017;

TCLE - ("TCLE.docx"), postado em 17/07/2017;

TCLE - ("TCLE.pdf, postado em 17/07/2017.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto retornou ao CEP/FS/UnB para o cumprimento da pendência apresentada de Número
do parecer: 2.136.573

3. Foi solicitado para apresentar modelo de TCLE a ser aplicado nos participantes de pesquisa que ainda
estão sendo atendidos no serviço no momento da coleta de dados para acesso ao prontuário. O prontuário
sempre pertence ao paciente, o qual deve autorizar o seu acesso por outros.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Não foram observados óbices éticos.

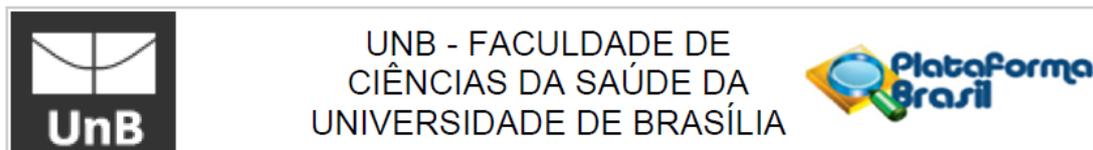
Protocolo de pesquisa em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e Complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão
apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de
aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro	
Bairro: Asa Norte	CEP: 70.910-900
UF: DF	Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947	E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.197.661

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_815451.pdf	18/07/2017 00:54:02		Aceito
Outros	cartaencaminhamentoprojeto17062017.pdf	18/07/2017 00:31:07	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
Outros	cartaencaminhamentoprojeto17062017.doc	18/07/2017 00:22:19	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoUTI17062017.docx	18/07/2017 00:13:54	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
Outros	TCLE.docx	17/07/2017 23:52:36	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/07/2017 23:49:34	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
Outros	CV_AnaPaula.docx	05/01/2017 19:24:08	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
Outros	cv_Keila.pdf	05/01/2017 19:22:16	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
Outros	Termodeconcordancia_ModeloCEP.pdf	05/01/2017 19:17:42	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
Outros	TermodeconcordanciaModelo_HUB.pdf	05/01/2017 19:16:42	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
Outros	Termodeconcordancia.doc	05/01/2017 19:12:40	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
Outros	Termo_de_responsabilidade_e_compromisso.pdf	05/01/2017 18:48:00	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
Outros	TermoRespCompromPesq.doc	05/01/2017 18:47:02	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	05/01/2017 18:36:47	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 02 de Agosto de 2017

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** ceptsunb@gmail.com

ANEXO - B



Diretrizes para Autores

INSTRUÇÕES PARA PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS MANUSCRITOS

Envio de manuscritos

A submissão de manuscritos poderá ser realizada nos idiomas português, inglês e espanhol, e, contemplar as categorias Artigos Originais, Revisão de literatura, Relato de experiência, Reflexão teórica/crítica ou Ensaio, Resenhas e Cartas ao Editor, sendo prioridade para publicação os Artigos Originais.

O manuscrito deve ser submetido pelo site <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem>. E devem ser enviados exclusivamente à RBE, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro periódico, parcial ou integralmente.

CÓDIGO DE BOAS PRÁTICAS CIENTÍFICAS PARA PUBLICAÇÃO

A RBE aceita a submissão de manuscritos de caráter inédito e original, condenando fortemente o plágio e o autoplagio.

O manuscrito que apresentar semelhanças com artigos ou outros trabalhos científicos já publicados serão excluídos do processo de avaliação.

Serão seguidas as diretrizes do *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors of the Committee on Publication Ethics (COPE)* (<http://publicationethics.org/>).

Após a publicação, os artigos passarão a ser de propriedade da RBE, sendo vedada a sua reprodução parcial ou total, em qualquer meio de divulgação, sem a autorização prévia do Conselho Editorial da RBE. Sendo permitida sua reprodução em outras publicações mediante autorização do Conselho Editorial, deverá constar a citação da publicação original.

Vale ressaltar que os conceitos, ideias e opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas são de inteira responsabilidade da(o)s autora(s), não refletindo a posição da RBE. A RBE não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, o direito de decidir quanto a alterações e correções.

A RBE adota as políticas de registro prévio de ensaios clínicos (estudos experimentais randomizados) exigidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*. Deste modo, o registro dos ensaios clínicos deverá ser realizado em plataforma que atenda aos critérios estabelecidos por essas organizações. O número/protocolo de registro do ensaio clínico deverá estar claramente especificado na Página de Identificação do manuscrito e em parágrafo do Método concernente aos aspectos éticos e legais.

A Revista Baiana de Enfermagem desencoraja o envio de submissões de artigos originais cujos dados foram coletados há mais de quatro anos e de revisões de literatura e relatos de experiências que foram realizados há mais de um ano.

CUSTOS DE PUBLICAÇÃO

A(o)s autora(s) são responsáveis pelos custos referentes às taxas de submissão e de publicação, assim como, pelos custos de revisão/normatização e tradução do artigo para o idioma em inglês, após o aceite para publicação.

O comprovante de pagamento da taxa de submissão e publicação não aparecem automaticamente. A(o)s autora(s) têm que gerar a Guia de Recolhimento da União (GRU) no site da Universidade Federal da Bahia:

https://sggru.ufba.br/sggru/publico/escolha_cadastro_externo.jsf?auth=hNWWvNWHvOg=

Orientações: Ao acessar o link, clicar na opção gerar nova GRU, clicar na opção REVISTA BAIANA DE ENFERMAGEM e, a seguir, preencher os dados pessoais, escolher uma data de vencimento e clicar na opção "Gerar GRU". Utilizar o navegador *Google Chrome*.

A cópia do comprovante pago da taxa de submissão deve ser anexada como documento suplementar, na submissão do manuscrito para avaliação. E a de publicação, logo após o recebimento da carta de aceite para a publicação do artigo.

Destaca-se que, em nenhuma hipótese, a RBE realiza ressarcimento das taxas paga por meio da GRU.

SUBMISSÃO DO ARTIGO

O número de autores está limitado a seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.

O preenchimento dos metadados é obrigatório, sem o qual o manuscrito não poderá seguir para a etapa de avaliação. Preencher de forma correta e detalhada todas as informações solicitadas:

- Título: em caixa alta, no idioma original.
- Autor(es): Devem ser apresentados os nomes completos, titulação acadêmica, instituição (cidade, estado e país), sem abreviações e/ou siglas e e-mail.
- Resumo da Biografia sem abreviaturas: formação acadêmica, maior titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação e especialização), afiliação (instituição de origem, departamento, cidade, estado e país) e contato telefônico.

Sinalizar o Autor para correspondência: nome, e-mail e telefone.

- Conflito de interesses: caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Durante o processo de Submissão, anexar como **Documentos Suplementares**:

- Cópia do comprovante de pagamento da taxa de submissão.
- Carta de anuência assinada por toda(o)s a(o)s autora(e)s.
- Para as pesquisas que envolvem seres humanos deverá ser anexada cópia do documento de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), ou normas equivalentes ao país de origem da pesquisa.
- Folha de rosto (não deve constar qualquer tipo de identificação no corpo do texto): título em português, inglês e espanhol (máximo de 15 palavras); sugestão de título curto (máximo de 10 palavras); autores (nomes completos); instituições às quais os autores mantêm vínculo acadêmico; nome, endereço institucional completo, telefone e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência; critérios de autoria; fontes de financiamentos; conflitos de interesse e agradecimentos, quando existirem.

Tutorial para submissão de artigos no Sistema Eletrônico de Editoração de Revista - SEER:

http://www.fundace.org.br/artigos_racef/tutorial_submissao_artigos.pdf

CRITÉRIOS DE AUTORIA

A RBE adota os critérios de autoria deliberados pelo *Uniform Disclosure Form for Potential Conflicts of Interest* (ICMJE). Deste modo, devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor(a) na elaboração do manuscrito. As condições a seguir devem ser integralmente atendidas:

1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados.
2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.
3. Aprovação final da versão a ser publicada.

A quantidade de autora(e)s limita-se a 6 e, excepcionalmente, quando se tratar de estudo multicêntrico, será avaliada a possibilidade de inclusão de mais autora(e)s, considerando as justificativas apresentadas para cada autor(a) excedente.

Caso a contribuição da(o)s autora(e)s não se enquadre nos critérios do ICMJE especificados acima, seus nomes podem ser citados na seção Agradecimentos.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Após o item Conclusão/Considerações finais, a(o)s autora(e)s devem declarar o nome da(s) fonte(s) de financiamento, pública(s) ou privada(s), para a realização do estudo. Devem descrever os fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, incluindo a origem (cidade, estado e país).

FONTES DE FINANCIAMENTO

Após o item Conclusão/Considerações finais, a(o)s autora(e)s devem declarar o nome da(s) fonte(s) de financiamento, pública(s) ou privada(s), para a realização do estudo. Devem descrever os fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, incluindo a origem (cidade, estado e país).

CONFLITO DE INTERESSES

A(o)s autora(e)s são responsáveis por informar ao Conselho Editorial sobre a existência de potencial conflito de interesse que possa exercer qualquer influência em seu manuscrito, inclusive interesses políticos e/ou financeiros associados a patente ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo.

Os conflitos de interesse financeiros ocorrem quando envolve financiamento de recursos direto, emprego, consultoria, propriedade de ações e honorários. São os tipos de conflito mais facilmente identificados e com maior potencial de comprometimento para a credibilidade da publicação, da(o)s autora(e)s e da própria ciência. A RBE também considera como conflitos de interesses as relações pessoais e a competição acadêmica.

A existência de conflitos de interesse deve ser especificada após as referências.

AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos devem ser incluídos apenas após o aceite do manuscrito, durante a fase de Revisão/Normalização. Devem ser colocados antes das referências. Pode-se agradecer à(s) instituição(ões) que financiaram ou forneceram materiais/ equipamentos para a realização da pesquisa; apoio técnico do tipo bolsa de pesquisa para estudantes/profissionais; e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não se enquadraram nos critérios de autoria da ICMJE.

Quando existirem, os agradecimentos devem estar em parágrafos diferentes para cada tipo de contribuição.

PROCESSO DE JULGAMENTO

Os manuscritos submetidos para publicação na RBE serão primeiramente encaminhados para avaliação de concordância com as normas de publicação, qualidade e pertinência da temática para a RBE.

A avaliação do manuscrito adota o processo de avaliação do *Double Blind Review*, preservando o anonimato da(o)s autora(e)s e avaliadora(e)s durante todo o processo de julgamento.

No entanto, a decisão final quanto à publicação compete à Comissão Editorial. Em caso de aceite, o manuscrito entrará no processo de editoração para publicação, revisão da língua portuguesa e traduções, sendo estes custos atribuídos a(o)s autora(e)s.

Os manuscritos submetidos são de inteira responsabilidade da(o)s autora(e)s, não refletindo a opinião dos Editores da revista.

REVISÃO E TRADUÇÃO

Caso o manuscrito seja aprovado para a publicação, a(o)s autora(e)s deverão arcar com os custos da revisão, normalização e tradução do artigo na íntegra para a língua inglesa e o resumo para o inglês e o espanhol.

Se a versão do texto original for em português, será traduzido para o inglês; os textos em inglês serão traduzidos para o português e os em espanhol serão traduzidos para o inglês.

Para garantir a qualidade das revisões e traduções, somente serão aceitas acompanhadas dos certificados de revisão e tradução de uma das empresas credenciadas pela RBE. Os custos desses serviços são de responsabilidades da(o)s autora(e)s.

O serviço de tradução é feito após a revisão/normalização com empresas e/ou profissionais cadastrados e indicados pela RBE. Não será possível nenhuma alteração adicional no artigo revisado enviado aos autores para a tradução. Salienta-se que os custos com o(a)s referido(a)s profissionais são de inteira responsabilidade da(o)s autora(e)s.

No prazo estabelecido, a versão final em inglês e a certificação emitida pelo tradutor indicado pela RBE devem ser devolvidos por e-mail, sem a qual não será possível publicar o artigo.

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

SEÇÕES PUBLICADAS:

Editorial

Texto de responsabilidade da Comissão Editorial a RBE, que poderá convidar autoridades para redigi-lo.

Artigos originais

Pesquisa original e inédita de natureza empírica, experimental, conceitual, com metodologia (qualitativa ou quantitativa), discussão e interface com a literatura científica nacional e internacional. Limitado a 15 páginas (incluindo resumos, tabelas, ilustrações e referências).

Artigos de revisão

Análise de estudos quantitativos ou qualitativos que tenham por finalidade a busca de evidências. Trata-se de estudos avaliativos críticos, abrangentes e sistematizados, resultantes de pesquisa original, realizados exclusivamente em fontes secundárias. Devem possuir caráter relevante, inovador e expor minuciosamente o método de revisão, descrever o processo de busca e os critérios de inclusão para seleção dos estudos analisados. Devem apresentar uma questão norteadora e responder a esta pergunta de relevância para o campo da enfermagem, saúde, educação e áreas afins. Dentre os métodos utilizados, serão aceitos: metanálise, revisão sistemática e revisão integrativa. Limitado a 17 páginas (incluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

Revisão Integrativa: "É um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. É denominada integrativa porque fornece informações mais amplas sobre um assunto/problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento. Deste modo, o revisor/pesquisador pode elaborar uma revisão integrativa com diferentes finalidades, podendo ser direcionada para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular."**

Revisão Sistemática: "É um método utilizado para responder a uma pergunta específica sobre um problema específico da área da saúde. É uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas a uma questão/ pergunta específica sobre causa, diagnóstico e prognóstico de um problema de saúde, mas frequentemente envolve a eficácia de uma intervenção para a solução desse problema".³ "Geralmente, os estudos incluídos nessas revisões têm o delineamento de pesquisa experimental e são considerados trabalhos originais, por possuírem rigor metodológico."**

** Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Revisão integrativa versus revisão sistemática. REME Rev Min Enferm. 2014 jan/mar [citado 2017 mar 18];18(1):1. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>

Relato de Experiência

Estudo que descreve vivências individuais ou de grupos (acadêmicas, assistenciais e de extensão) relacionadas ao cuidado, ensino, pesquisa e gestão/gerenciamento no campo da saúde, enfermagem, educação e áreas afins. Deve conter as estratégias de intervenções e ressaltar a sua eficácia e contribuição para a atuação profissional (evidência da relevância), assim como a análise de implicações conceituais. O conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, métodos, resultados da experiência e conclusão. Limitado a 10 páginas (incluindo resumos, tabelas e figuras e referências).

Reflexão ou Ensaio

Formulação teórico-discursiva aprofundada, de caráter opinativo ou análise de questões, conceitos ou constructos teórico-metodológicos do campo da saúde, enfermagem, educação e áreas afins. Deve apresentar e estabelecer analogias de diferentes pontos de vista, teóricos e/ou práticos. Limitado a 10 páginas (incluindo resumos, introdução, discussão, conclusão e referências). Pode conter tabelas e ilustrações.

Cartas à Editora

Esta seção publica cartas dirigidas à editora da revista com a intenção de esclarecer, discutir e comentar artigos recentemente publicados pela RBE, expressando concordância ou discordância sobre o assunto abordado, ou relatar pesquisas originais e achados científicos significativos. Limitado a 2 páginas.

Resenhas

Inclui análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde, enfermagem, educação e áreas afins, publicados nos últimos dois anos. A(o)s autora(s) da resenha devem incluir, no início do texto, a referência completa do livro em conformidade com as normas preconizadas pela RBE. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha a(o)s autora(s) devem inserir em anexo, na plataforma da RBE, uma reprodução, em alta definição. Limitado a 2 páginas (incluindo referências).

Independente da categoria, os manuscritos para submissão à RBE devem ser preparados da seguinte forma:

- Arquivo do Microsoft® Office Word (*.doc ou *.docx).
- Papel A4 (210x297 mm) e margens de 2 cm em todos os lados.
- Fonte Times New Roman, tamanho 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas), espaçamento de 1,5 entre as linhas em todo o texto (exceto para os resumos, ilustrações e referências, que devem ter espaçamento simples), parágrafos com recuo de 1,25 cm.
- As páginas devem ser numeradas na parte inferior direita, consecutivamente, até as Referências.
- O uso de negrito deve restringir-se ao título do artigo e das seções primárias (Introdução, Material e métodos, Resultados, Discussão, Conclusão) e as Referências do manuscrito.
- Itálico deve ser aplicado somente para destacar termos ou expressões escritas em idiomas diferentes do português, quando esta for a língua de origem.
- Os títulos das seções textuais – Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão – devem ter caixa alta somente na primeira letra, negrito, sem numeração e sem recuo à esquerda.
- Se necessário, é permitida a inclusão de subtítulos em algumas seções textuais, mantendo o mesmo formato do título da seção. Não é permitido o uso de excessivas subseções, palavras de grande extensão e em itálico, e marcadores do Microsoft® Office Word.
- Em caso de abreviações e siglas, na primeira menção, apresentar a descrição por extenso seguida da abreviatura entre parênteses. As abreviações somente deverão ser utilizadas no corpo do texto. Nas notas de rodapé não serão aceitas.
- O alinhamento do texto, incluindo as referências, deve ser justificado, de modo que o texto seja distribuído uniformemente entre as margens.
- As falas de participantes de pesquisas, com recortes das entrevistas, não devem constar entre aspas. Observar a seguinte estrutura: recuo de todo o parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, em itálico, espaçamento simples. As falas devem ser identificadas com codificação a critério da(o)s autora(s), com sua identificação apresentada no final de cada uma, entre parênteses e sem itálico e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso de reticências entre colchetes. As interpolações devem constar dentro de colchetes (NBR 10520), em fonte normal, não usar itálico.

Exemplos:

Porque eu sei que, no momento que eu fizer o transplante, eu vou ficar de um a dois anos tomando remédio sem poder tomar nada [bebida alcoólica], sem poder fazer a metade do que eu faço agora. Eu prefiro ficar na máquina, vir aqui quatro horas, três vezes por semana, sai da máquina, chego em casa e tomo uma cerveja [risos]. (P2).

Comecei a fazer os exames, mas depois uns aparelhos não estavam funcionando, tinha que arrumar um dentista [...] O tratamento é caro. Aí eu fiquei bem desanimada. Aí eu parei [...] (P3).

- As citações numéricas dos autores (Vancouver) devem ser apresentadas no texto, de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas. As Referências devem ser numeradas de acordo com a sequência em que as obras d(o)s autora(e)s foram citadas. Evitar a inclusão de número excessivo de referências na mesma citação.
- A numeração das citações deve ser consecutiva, de acordo com o sistema numérico, com algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número separados por hífen, sem espaço entre a palavra e o número da citação e precedendo o ponto final, ex.: (1-4). Quando intercaladas, os números deverão ser separados por vírgula, sem espaço entre eles, ex.: (1-2,4). Nas citações não deve ser mencionado o nome dos autores, excluindo-se expressões como "segundo ...", "de acordo com ...", entre outras.
- Nas citações de autores *ipsis litteris* (citação direta), com até três linhas, usar aspas iniciais e finais, sem itálico e inseri-las na sequência normal do texto. Nestes casos, o número da página deverá ser informado após o número da citação e dele separado por dois pontos, ex.: (1:35). Recomenda-se a utilização criteriosa desse recurso, de acordo com a norma da ABNT NBR 10520/2002 (Informação e Documentação – Citações em documentos – Apresentação).
- Não devem ser utilizadas citações diretas com mais de três linhas.
- Quando a citação estiver inserida no final do parágrafo ou da frase, o número que lhe corresponde deve ser colocado antes do ponto final; quando inserida ao lado de uma vírgula, deve constar antes dela. Não deve haver espaço entre o número da referência e a palavra ou pontuação que a antecede.
- Não inserir citações na seção Conclusão.
- Deve ser usado o mínimo de siglas e somente após terem sido citadas por extenso no texto; não usar siglas em títulos de artigo e de seção, no resumo, nas ilustrações e nas tabelas.

ESTRUTURA

A estrutura do manuscrito deve seguir a seguinte ordem:

Título

Deve refletir o objeto do estudo, ser conciso e compreensível. Possuir no máximo 15 palavras, no idioma de origem, em negrito e caixa alta. Não devem ser usadas abreviaturas e siglas.

Resumo

Redigido em parágrafo único, no idioma de origem do manuscrito (português, inglês e espanhol) com espaçamento simples entre linhas, contendo até 150 palavras no idioma do manuscrito. Estruturado em Objetivo(s), Método, Resultados e Conclusão, sem destacar essas expressões com negrito. Descrever a conclusão para responder ao(s) objetivo(s) do estudo. Não deve conter siglas ou abreviaturas não padronizadas internacionalmente.

As informações apresentadas devem assegurar a clareza do texto e a fidedignidade dos dados; jamais apresentar dados divergentes.

Para os artigos em português, os resumos em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen) serão exigidos apenas para os artigos que forem aceitos para a publicação na tradução do texto na íntegra. E para os artigos em outros idiomas após aceitos para a publicação serão exigidos o resumo e o texto na íntegra em português.

Descritores

Usar três a seis descritores que identifiquem a temática do estudo, localizados logo após os resumos. Usar a terminologia descritores para os textos em português, descriptors em inglês e descriptores em espanhol. Devem ser extraídos do vocabulário Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) ou Medical Subject Headings (MeSH) elaborado pela National Library of Medicine (NLM).

Devem ser separados entre si por ponto e ter as primeiras letras de cada palavra do descritor em caixa-alta, exceto artigos e preposições.

Introdução

Deve situar o tema da pesquisa enquanto objeto de relevância científica e social. Conter a problemática do estudo, objeto de estudo, justificativa, explicitação dos conceitos utilizados, justificar a importância e as lacunas do conhecimento, com base em referências nacionais e internacionais atualizadas.

O texto deve apresentar nexos, sequência lógica e designação completa das siglas e abreviaturas de forma a preceder a primeira ocorrência destas no texto (a menos que se trate de uma unidade de medida padrão). O(s) Objetivo(s) deve(m) ser inserido(s) no final da Introdução e corresponder ao(s) do resumo.

Objetivo(s)

Deve(m) estabelecer a questão principal, hipóteses e/ou pressupostos e iniciar com o verbo no infinitivo.

Método

Deve ser adequado ao tipo e objeto de estudo proposto e descrever de forma clara, concisa e completa o tipo e a natureza da pesquisa, campo/lócus, população/amostra/participantes, critérios de inclusão e exclusão, período e procedimentos/materiais adotados na coleta de dados, instrumento(s) utilizado(s), análise e tratamento dos dados e aspectos éticos.

É necessário apresentar, em documento anexo, o protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, o número do CAEE obtido na plataforma Brasil e informar, no texto, sua condução de acordo com os padrões éticos exigidos. Em caso de pesquisas realizadas em outros países, deverá ser enviado, em anexo, um documento comprobatório de obediência às normas equivalentes ao país de origem da pesquisa. Em se tratando de ensaio clínico, deve ser apresentado o número de identificação do estudo num dos sistemas de Registro de Ensaios Clínicos validados pela World Health Organization (WHO) e pelo ICMJE, e estar de acordo com as recomendações da BIREME, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e WHO sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados.

Resultados

Descrever os resultados sem discuti-los e sem citação de autores. Os resultados devem ser coerentes com o(s) objetivo(s) do estudo, apresentar nexos e sequência lógica. Caso sejam utilizadas ilustrações, devem ser inseridas no corpo do texto (máximo de cinco). Deste modo, deve ser exposta a descrição sumária dos principais resultados, sem repetir o inteiro teor do conteúdo das ilustrações e tabelas.

Discussão

A discussão deve ser apresentada separadamente dos resultados, admitindo-se exceção para estudos qualitativos, coerente com os resultados, ter argumentação pertinente e consistente, estar fundamentada nos conceitos/teoria/referencial adotados. O texto deve apresentar nexos e sequência lógica. Deve destacar os resultados e sua relação com a literatura nacional e internacional, ressaltando os aspectos novos e/ou fundamentais, as limitações do estudo e a indicação de novas pesquisas.

Não repetir em detalhes informações inseridas nas seções Introdução ou Resultados. Nos estudos experimentais, deve-se começar a discussão com um breve resumo dos principais achados e, na sequência, explorar as possíveis relações/explicações para esses resultados, comparando-os e contrastando-os com outros estudos relevantes nacionais e internacionais.

Ao final da Discussão, apresentar as limitações e contribuições do estudo.

Tabelas

As tabelas devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular do IBGE, disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>.

• Devem ter título informativo, conciso e claro, contendo "o que", "de quem", cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados, seguido de ponto, localizado acima da tabela. Na sequência, informar o tamanho da amostra estudada entre parênteses precedido da letra N. Não deve ter ponto final.

Exemplo: Tabela 1 – Distribuição das mulheres vítimas de violência doméstica, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade. Salvador, Bahia, Brasil, 2014. (N=209)

- Os dados devem estar separados corretamente por linhas e colunas de forma que esteja, cada dado, numa casela.
- Devem possuir traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e no fechamento na parte inferior. Devem ser abertas lateralmente.
- Usar a mesma fonte do texto (Times New Roman, tamanho 12), com espaçamento simples entre linhas, negrito apenas no cabeçalho, caixa alta apenas nas iniciais da variável e nas abreviaturas e siglas padronizadas.
- Não são permitidos: quebras de linhas utilizando a tecla Enter, recuos utilizando a tecla Tab, espaços para separar os dados, sublinhado, marcadores do Microsoft® Office Word e cores nas células.
- Evitar tabelas extensas.
- Tabelas muito curtas devem ser convertidas em texto.
- A legenda deve estar localizada após a linha inferior da tabela, restrita ao mínimo necessário, sem negrito, apresentando os termos em caixa alta separados da descrição por dois pontos (ex.: VCM: volume corpuscular médio). Entre as legendas, deve-se usar ponto e vírgula. Usar fonte Times New Roman, tamanho 10. O teste estatístico utilizado deve ser mencionado na legenda.
- Os conteúdos das colunas, complementar ao título, deve estar indicado no cabeçalho da tabela, sob a forma de %, n, média, mediana, p-valor, entre outros; citar a fonte abaixo da linha inferior da tabela ou abaixo da legenda (se existir). Ex.: Fonte: Elaboração própria.; Fonte: Datasus (2014); Fonte: Tuomi et al. (2011).

Ilustrações

É permitido o uso de gráficos, quadros, mapas, diagramas, fluxogramas, desenhos e fotografias entre outros.

- Devem estar inseridas obrigatoriamente no corpo do texto e não no final do manuscrito.
- As ilustrações devem possuir no máximo 17 cm no comprimento e não devem ser muito extensas.
- Devem estar inseridas logo após a primeira menção no texto, citadas com a inicial maiúscula e sequência numérica em algarismos arábicos, "Quadro 1", sem parênteses quando inserida no contexto da frase "De acordo com a Quadro 1" e entre parênteses quando em formato de citação "não houve diferenças estatisticamente significantes (Quadro 1)".
- Devem ser autoexplicativas e contribuir para a compreensão dos resultados.

Seguir as especificações a seguir:

Quadros

Os quadros devem ser apresentados conforme a norma da ABNT NBR 14724/2011 (Informação e documentação – Trabalhos Acadêmicos – Apresentação).

- Título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo do quadro, localizado na parte superior.
- Difere das tabelas principalmente por conter dados textuais, são fechados nas laterais e contém linhas internas.
- Mesma fonte do texto (Times New Roman, tamanho 12), com espaçamento simples entre linhas, negrito apenas no cabeçalho, caixa alta apenas nas iniciais das variáveis; não usar abreviaturas e siglas, mesmo as padronizadas.
- Evitar quadros extensos.
- Quando o quadro não for de autoria própria deve ter a fonte citada abaixo do título. A legenda, se existir, segue o mesmo formato das tabelas e deve estar localizada antes da fonte do quadro, em linha diferente.
- Quando o quadro for de autoria própria deve constar a expressão: Elaboração própria.

Gráficos

- Não devem repetir os dados representados nas tabelas.
- Título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo e localizado na parte superior.
- Devem estar totalmente legíveis, nítidos e autoexplicativos.

Fotos/ Mapas

- Devem possuir alta resolução (mínimo de 900 dpi) e estar plenamente legíveis e nítidos.
- Se as fotos forem referentes a pessoas, devem ser tratadas para impedir que sejam identificadas.
- A forma de menção e o título seguem as mesmas orientações para os quadros.

Referências

Utiliza-se nessa seção o título "Referências" e não "Referências bibliográficas". Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples. Devem ser numeradas de acordo com a ordem numérica de citação do corpo do texto. Recuar as demais linhas da mesma referência, quando for o caso, de modo que fiquem alinhadas com a primeira letra da primeira linha.

As fontes citadas devem estar coerentes com o objeto do estudo e estritamente pertinentes ao assunto abordado. Em sua maioria, devem estar atualizadas (no mínimo 50% publicadas nos últimos 5 anos), de acordo com a literatura científica nacional e internacional. Sugere-se a citação de pelo menos 5 artigos referentes a estudos internacionais, os quais não incluem estudos brasileiros publicados na língua inglesa ou outro idioma diferente do português.

A RBE adota o estilo Vancouver para citação e elaboração de referências, disponível no endereço eletrônico (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>).

Os títulos dos periódicos internacionais devem ser abreviados de acordo com a List of Journals Indexed for MEDLINE, publicada anualmente, pela National Library of Medicine (<https://www.nlm.nih.gov/archive/20130415/tsd/serials/lji.html>).

Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino- americanos, consultar o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (<http://portal.revistas.bvs.br>). Deve-se eliminar os pontos das abreviaturas, com exceção do último ponto para separar do ano.

Para os Artigos Originais, devem ser utilizadas no máximo 25 referências. Nos Artigos de Revisão não há limite máximo de referências; deve-se observar o número de páginas para esta modalidade de artigo segundo as normas da RBE.

No caso de usar algum software de gerenciamento de referências (p. ex.: EndNote), deve-se convertê-las para texto.

Modelos de Referências

Artigo padrão

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med.* 1996 Jun 1;124(11):980-3.

Artigo com mais de seis autores

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 Apr;73(8):1006-12.

Artigo com Organização como Autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust.* 1996 Mar 4;164(5):282-4.

Artigo de autoria pessoal e organizacional

Vallancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJ, Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. *J Urol.* 2003 Jun;169(6):2257-61.

Artigo com múltiplas organizações como autor

American Dietetic Association; Dietitians of Canada. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: nutrition and women's health. *J Am Diet Assoc.* 2004 Jun;104(6):984-1001.

Artigo sem indicação de autoria

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

Artigo em outro idioma

[Obs.: a National Library of Medicine traduz o título para o idioma inglês, encerra a tradução entre colchetes e acrescenta uma designação abreviada do idioma]

Ellingsen AE, Wilhelmson I. Sykdomsangst blant medisiner og jusstudenter. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2002;122(8):785-7.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. Verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados no *Check List* antes da submissão do artigo no portal, com o objetivo de verificar a adequação às normas de Revista Baiana de Enfermagem (RBE) contidas nas Diretrizes para Autores.
2. O manuscrito ter contribuição original e inédita, e não está sendo avaliado para publicação por outro periódico; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao Editor".

O manuscrito não apresentar semelhanças com artigos ou outros trabalhos científicos já publicados. A RBE aceita a submissão de manuscritos de caráter inédito e original, condenando fortemente o plágio e o autoplágio.

Serão seguidas as diretrizes do *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors do Committee on Publication Ethics (COPE)* (<http://publicationethics.org/>).

3. Preencher corretamente o resumo da biografia dos autores nos metadados.
4. Anexar o Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas que envolvam seres humanos ou animais.
5. Registrar e anexar o número/protocolo de registro do ensaio clínico na página de Identificação do manuscrito (folha de rosto) e em parágrafo do Método concernente aos aspectos éticos e legais.
6. Informar se existe alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses.
7. Remover toda forma de identificação de autoria do trabalho, no arquivo e na opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis em [Assegurando a Avaliação Cega por Pares \(Double Blind Review\)](#).
8. Informar URLs para as referências quando necessário.



Revista Baiana
de Enfermagem