



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

**DANYELLA NATHANY FARIAS DE ALBUQUERQUE**

**PREVALÊNCIA DE ÓBITOS POR CAUSAS ONCOLÓGICAS EM UTI: DECLARAÇÃO  
DE ÓBITO COMO FERRAMENTA**

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

**2017**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**  
**ENFERMAGEM**

**DANYELLA NATHANY FARIAS DE ALBUQUERQUE**

**PREVALÊNCIA DE ÓBITOS POR CAUSAS ONCOLÓGICAS EM UTI: DECLARAÇÃO DE  
ÓBITO COMO FERRAMENTA**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

**Orientador:** *Tássia Campos de Lima e Silva*

**Coorientador:** *Maria Mariana Barros Melo da Silveira*

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

**2017**

DANYELLA NATHANY FARIAS DE ALBUQUERQUE

**PREVALÊNCIA DE ÓBITOS POR CAUSAS ONCOLÓGICAS EM UTI: DECLARAÇÃO DE  
ÓBITO COMO FERRAMENTA**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. *Tássia Campos de Lima e Silva* (Orientador)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. XXXXXXXX XXXXXXXX (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. XXXXXXXX XXXXXXXX (Examinador Externo)  
Universidade Estadual de Campinas

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar a Prevalência de óbitos por causas oncológicas em UTI durante o período de 2014 e 2015 utilizando a declaração de óbito como ferramenta. **Métodos:** Pesquisa documental e retrospectiva de abordagem quantitativa e qualitativa, realizada na UTI de um hospital de grande porte localizado na Região Metropolitana do Recife. Os dados foram obtidos através de declarações de óbito emitidas no período de 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2015 mediante a autorização prévia do comitê de ética. **Resultados:** Foram identificados 18 óbitos por causas oncológicas, as causas de óbitos apresentadas foram: câncer de pulmão, tumor de intestino, câncer de próstata, câncer de mama, tumor orofaríngeo, neoplasias de vias biliares, linfoma, carcinomatose peritoneal, massa mediastinal e câncer por metástase. **Conclusões:** Mesmos diante dos avanços nas áreas de terapia intensiva e oncologia, o câncer é a segunda causa de morte no Brasil, apenas superado pelas doenças cardiovasculares. Diante desse contexto, uma forma de minimizar a incidência destes indicadores, é o levantamento de dados e publicações de estudos que divulguem a incidência de óbitos por causas oncológicas em UTI, que proporcionam um direcionamento para medidas preventivas, bem como gerar suporte para novos estudos e estratégias para redução de mortalidade dessa enfermidade.

**Descritores:** Neoplasias; Unidade de Terapia Intensiva; Mortalidade.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the Prevalence of cancer deaths in ICU during the period of 2014 and 2015 using the death certificate as a tool. **Methods:** Documentary and retrospective research of quantitative and qualitative approach, performed at the ICU of a large hospital located in the Metropolitan Region of Recife. The data were obtained through statements of deaths issued in the period from January 1, 2014 to December 31, 2015 with the prior authorization of the ethics committee. **Results:** 18 deaths from oncological causes were identified. The causes of lung cancer were: lung cancer, intestinal tumor, prostate cancer, breast cancer, oropharyngeal tumor, biliary tract neoplasias, lymphoma, peritoneal carcinomatosis, mediastinal mass and cancer by metastasis. **Conclusions:** Even in the face of advances in the areas of intensive care and oncology, cancer is the second cause of death in Brazil, only surpassed by cardiovascular diseases. Given this context, one way of minimizing the incidence of these indicators is to collect data and publications of studies that disseminate the incidence of deaths due to oncologic causes in ICUs, which provide a guide to preventive measures, as well as generate support for new studies and strategies to reduce mortality of this disease.

**Descriptors:** Neoplasms; Intensive Care Unit; Mortality.

## SUMÁRIO

<b>ARTIGO .....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>MÉTODOS .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>13</b>
<b>ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA.....</b>	
<b>ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	

## ARTIGO

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA REVISTA REUOL, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM EM ANEXO.

## INTRODUÇÃO

O câncer é classificado como um dos mais importantes problemas de saúde pública mundial, é uma doença silenciosa que tem afetado de maneira considerável pessoas em todo o mundo.<sup>1</sup> Os cânceres já representam a segunda causa de morte na maioria dos países, mas em breve ultrapassarão as doenças cardiovasculares nos países desenvolvidos.<sup>2</sup>

Através da fisiopatologia do câncer os cuidados para a percepção precoce, possibilitaram maior probabilidade de controle ou cura da doença. Entretanto, os tratamentos mais agressivos como quimioterapia e cirurgia oncológica implicam diretamente na maior utilização de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por consequência do agravamento do estado de saúde do enfermo.<sup>3</sup> Durante o período de diagnóstico e tratamento, o paciente é impossibilitado de exercer suas atividades rotineiras, onde os eventos vasculares podem ocorrer antes mesmo do diagnóstico estabelecido e podem ser agravados pelo início da terapêutica.<sup>4</sup>

O câncer é um estado pré-trombótico, a relação com eventos trombóticos ocorre diante do desequilíbrio da hemostasia que resulta em complicações trombóticas ou hemorrágicas, em consequência do crescimento desordenado, agressivos e incontroláveis das células.<sup>5</sup> As células malignas induzem a ativação da coagulação através de moléculas com propriedades pró-coagulantes, como o fator tissular,

fator pró-coagulante do câncer e diversas citocinas inflamatórias, e após a lesão vascular, observa-se a ativação da cascata da coagulação pelo fator tecidual, tanto pela via intrínseca como pela via extrínseca.<sup>6</sup>

Diante de grandes índices de mortalidade pelo câncer as Declarações de Óbito (DO), são importantes ferramentas para o conhecimento do perfil epidemiológico da população a fim de gerar ações para melhoria, devido à obtenção de níveis e tendências da mortalidade.<sup>7</sup> As estatísticas de mortalidade são produzidas com base na DO, sendo um instrumento e que deve ser preenchida corretamente pelo médico para que as informações estejam completas acerca da mortalidade.<sup>8</sup>

Diante desse contexto, é necessário um levantamento de dados e publicações de estudos que divulguem a incidência de óbitos, para que proporcione um direcionamento a soluções e medidas preventivas, bem como planejamento de novas estratégias para redução de mortalidade associada aos diversos tipos de cânceres.<sup>9</sup> Todavia objetiva-se identificar a prevalência de óbitos por causas oncológicas em UTI, utilizando a DO como ferramenta.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa de caráter documental retrospectivo. Foram analisadas 18 DO's, emitidas entre 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2015 na UTI de um hospital de referência. Os dados coletados foram distribuídos nas variáveis de sexo, idade, procedência, clínicas de origens e causas oncológicas, tendo como critérios de inclusão, óbitos ocorridos em maiores de 18 anos, sendo excluídos óbitos não ocorridos na UTI deste hospital. Para a análise estatística foram utilizados os testes de Tukey, Kruskal e Ranks.

Esta pesquisa é um recorte, cujo trabalho principal tem como título: Perfil epidemiológico de óbito em UTI utilizando a declaração de óbito como ferramenta.

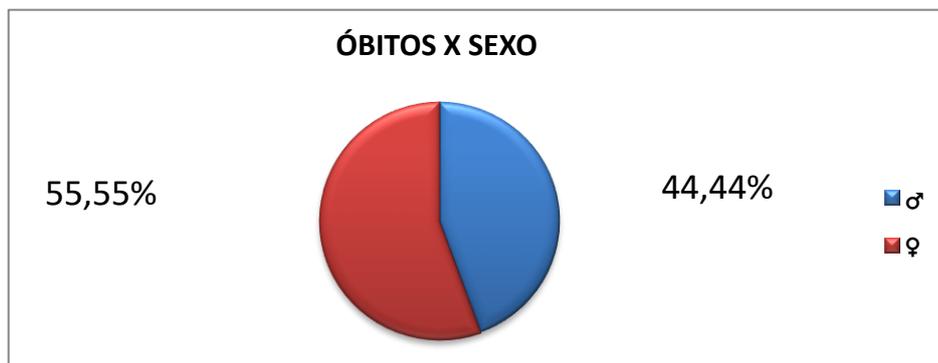
Foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências em Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, mediante parecer consubstanciado nº 54171016.9.0000.5208, (06-04-2016). E de acordo com o que preconiza a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde que dispõe sobre um estudo que envolve seres humanos.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram analisadas na pesquisa 609 Declaração de Óbito, dessas, 18 foram por causas oncológicas. São apresentados dados nos parágrafos abaixo referentes à pacientes da UTI. Dados como: sexo, faixa etária, procedência, clínica de origem. Essas informações descrevem a prevalência de óbitos por causas oncológicas de câncer de pulmão, tumor de intestino, câncer de próstata, câncer de mama, tumor orofaríngeo, neoplasias de vias biliares, linfoma, carcinomatose peritoneal, massa mediastinal, e câncer por metástase.

A distribuição de óbitos oncológicos por sexo não apresentou diferença estatística significativa, sendo o do sexo masculino 44,44% e sexo feminino 55,55%.

### Predominância de óbitos por sexo. Recife - PE, Brasil, 2017.

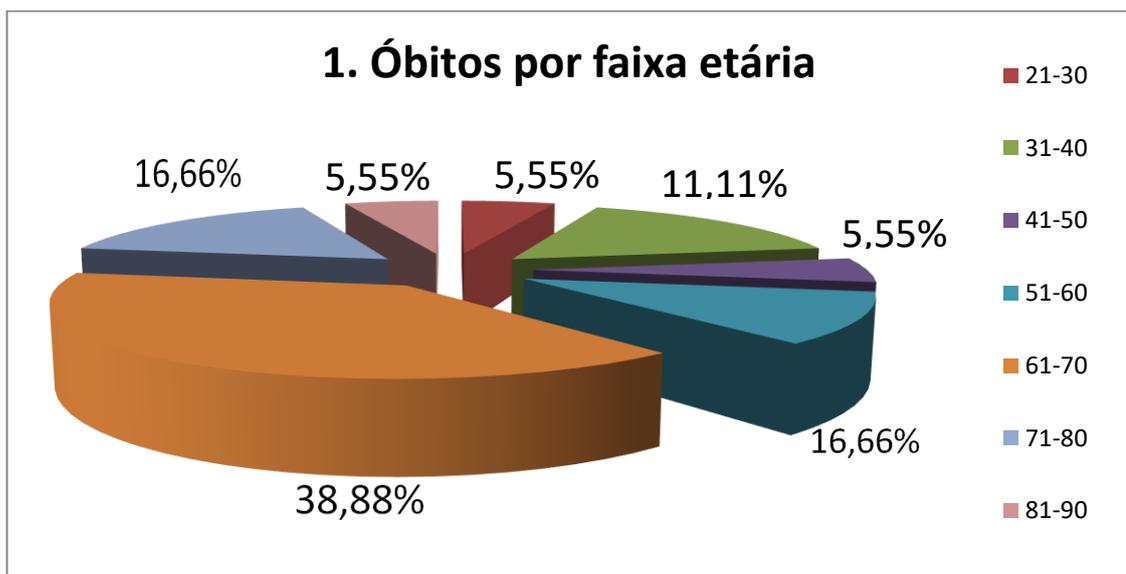


O que discorda do estudo realizado no Hospital da Fundação Assistencial da Paraíba na cidade de Campina Grande, Ribeiro, 2016, onde observou-se que a maior ocorrência de câncer foram em homens.<sup>10</sup> Segundo o Sistema de Informação de Mortalidade do DATASUS em 2011, os valores apresentados corroboram com este

estudo, onde as neoplasias foram grande destaque, apresentando a segunda causa de morte no Brasil, depois do aparelho circulatório, com 184,4 mil mortes por câncer no Brasil, com predominância no sexo masculino (53,4%).<sup>11</sup>

A figura 1 mostra a distribuição de óbitos em porcentagem por faixa etária, entre anos de 2014 e 2015. Tais dados mostram que houve uma prevalência de óbitos oncológicos entre as faixas etárias de 61-70 (38,88%), 31-40 (16,66%) e 71-80 (16,66%), sendo a faixa entre 18 e 20 anos a que apresenta menor risco. Não houve diferença estatística entre as faixas etárias ( $p= 0,433$ ).

**Figura 1 - Predominância de óbitos por faixa etária. Recife - PE, Brasil 2017.**

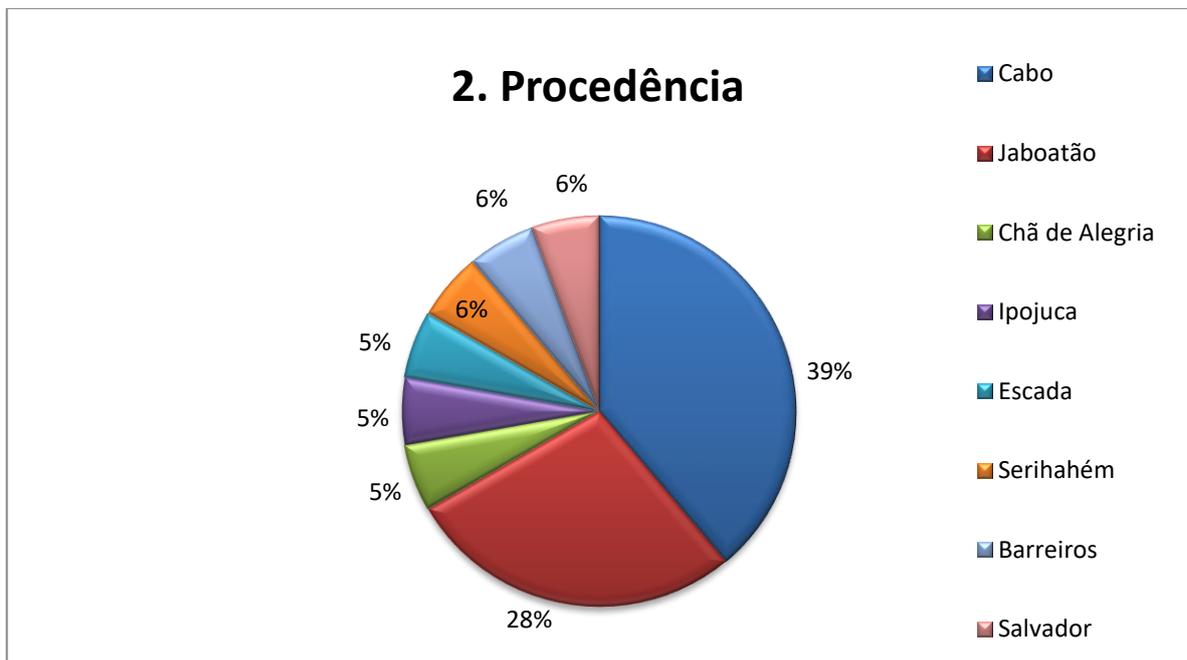


Apresentados os dados de predominância de óbitos por faixa etária de um hospital de referência do Recife apresenta-se equiparado com estudo realizado por Caldas, 2015, na Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer/Hospital do Câncer em Pernambuco que atende aos pacientes pelo Sistema Único de Saúde, que dos 108 prontuários avaliados as idades variam de 19 a 89 anos, onde a faixa etária mais frequente foi acima de 60 anos, com a porcentagem de (52,8%).<sup>12</sup> Os grandes fatores de risco para o surgimento e desenvolvimento das neoplasias em

peças com idade maior de 60 anos podem ter relação decorrente do sedentarismo, idade avançada, tipo de trabalho, padrões alimentares e os hábitos de vida da população.<sup>13</sup> É notável que a população na faixa etária dos 60 anos são vítimas fatais da doença, pelas diversas mudanças fisiológicas que os deixam vulneráveis.

De acordo com a figura 2 é apresentado a distribuição das cidades por porcentagens. Os indivíduos procederam de 8 (oitos) cidades diferentes, todas localizadas na região Nordeste. Havendo predomínio nas cidades de Cabo de Santo Agostinho (38,88%) e de Jaboatão dos Guararapes (27,77%) ( $p= 0,429$ ).

**Figura 2- Predominância de óbitos por procedência. Recife PE. Brasil, 2017.**

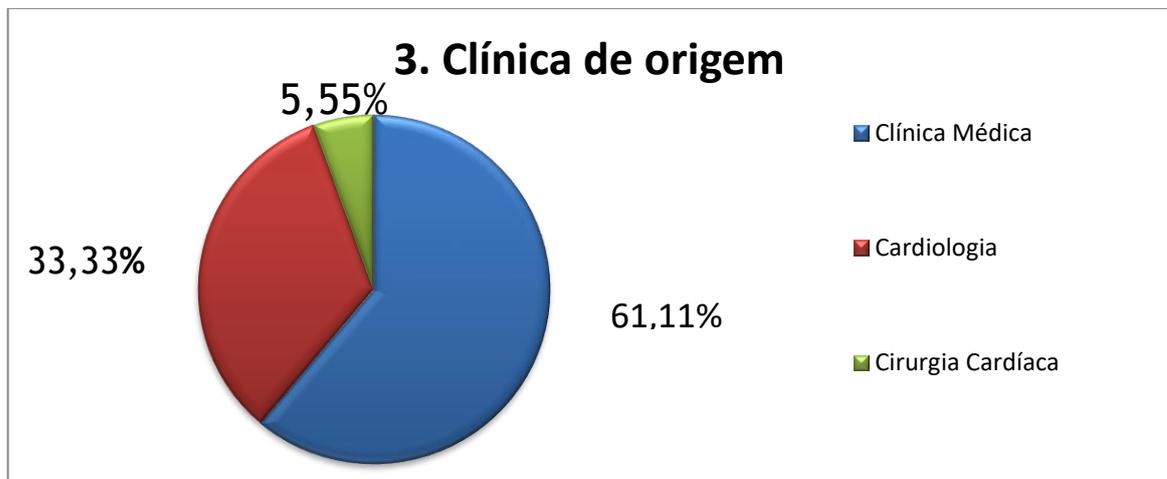


Neste estudo, houve uma prevalência de óbitos em indivíduos que procederam da cidade de Cabo de Santo Agostinho (38,88%) e em seguida Jaboatão dos Guararapes (27,77%). Facina, 2013, afirma em seu estudo que o número de casos novos por estados e capitais para 2014/2015, com taxa bruta de incidência por 100 mil habitantes é de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer no Brasil.<sup>14</sup> Em

relação os municípios supracitados os índices tem aumentado devido a aproximação geográfica do Hospital com os municípios, em decorrência que a regulação hospitalar provavelmente liberou vagas de atendimentos para este tipo de enfermidade, que gerou reflexo direto nos dados.

Em relação à clínica de origem, na figura 3 observa-se que os indivíduos procederam da clínica médica, cardiologia, cirurgia cardíaca, ortopedia, cirurgia geral e emergência. Houve uma maior prevalência de indivíduos que procederam da clínica médica e da cardiologia, não houve diferença estatística ( $p=0,437$ ).

**Figura 3- Predominância de óbitos pela Clínica de origem. Recife - PE. Brasil, 2017.**



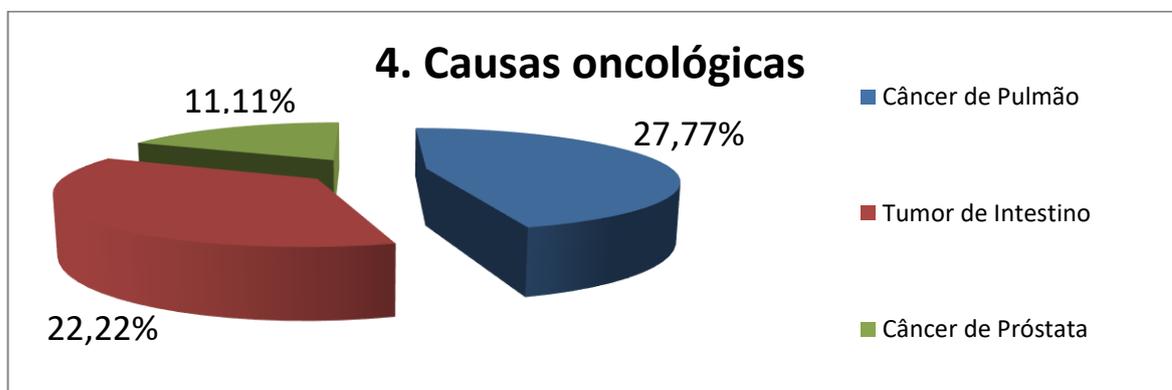
Os índices de predominância pela clínica de origem cardiológica estão crescendo devido à associação do câncer com as doenças cardiovasculares, pois o tumor pode produzir substâncias que induzem a formação de coágulos, e os tratamentos como a quimioterapia e o uso de algumas substâncias podem produzir inflamações nas veias, aumentando o risco para formação de trombose.<sup>15</sup> Ao analisarmos os resultados provenientes da clínica de origem, podemos observar que os dados da

clínica médica ainda são elevados, devido os pacientes da oncologia serem internados em hospitais gerais que não sejam oncológicos, e em consequência disso os pacientes ficam em clínica médica.

Foram encontrados 10 tipos de óbitos por causas oncológicas: câncer de pulmão, tumor de intestino, câncer de próstata, câncer de mama, tumor orofaríngeo, neoplasias de vias biliares, linfoma, carcinomatose peritoneal, massa mediastinal e câncer metástase. O câncer de pulmão e tumor de intestino são as causas de doenças oncológicas que mais predominaram neste estudo, como demonstrado na figura 4 com a porcentagem de câncer de pulmão (27,77%) seguido por tumor de intestino (22,22%) e o câncer de próstata (11,11%), mas não houve diferença estatística ( $p=0,709$ ).

**Figura 4- Predominância de óbitos por tipos de causas oncológicas.**

**Recife - PE. Brasil, 2017.**



O estudo de Carvalho et al (2016) demonstrou que o câncer de pulmão no Brasil segundo o sexo são mais elevados em homens que em mulheres, e enfatizou em seu estudo que o consumo do tabaco implica no aumento da mortalidade por câncer de pulmão.<sup>16</sup> Outro estudo realizado por Pelissaro et al (2016) no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), em Passo Fundo, Rio Grande do Sul, avaliou 70 pacientes oncológicos, com idade entre 65 anos e máxima de 91 anos, e demonstrou que o

câncer mais frequente foi o de intestino com 70% dos casos avaliados.<sup>17</sup> O envelhecimento das pessoas, alimentação, sedentarismo e várias outras causas são grandes fatores para o desenvolvimento do câncer, devido os distúrbios metabólicos e o comprometimento nutricional.

## CONCLUSÃO

A declaração de óbito é o documento-base do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde. Ela proporciona dados satisfatórios acerca do perfil de uma população. Com base nas informações importantes que ela fornece obtemos as estratégias de melhoria à saúde.

Mesmos diante dos avanços nas áreas de terapia intensiva e oncologia, o câncer é a segunda causa de morte no Brasil, apenas superado pelas doenças do aparelho circulatório. Diante desse contexto, para ampliar e até mesmo solucionar essa problemática é preciso o levantamento de dados e publicações de estudos que divulguem a incidência de óbitos por causas oncológicas em UTI, que proporciona um direcionamento à soluções e medidas preventivas, bem como aportes para novas estratégias e posicionamentos por meio do Sistema Único de Saúde, para redução de mortalidades dessa enfermidade.

## REFERÊNCIAS

1. Marinho F, Maria VAP, Barbosa EF. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. Rev Scielo [internet]. 2016; 25(4). [acesso em 2017 agosto 01]; Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742016000400713&script=sci\\_arttext](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742016000400713&script=sci_arttext)>.
2. Carvalho MD, Moura L, Ruscitto RP, Cortez JE, Inês MS, Bartholow BD. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. Rev Scielo [internet]. 2014; 23(4). [acesso em 2017 agosto 04]; Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742014000400002](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000400002)>.

3. Machado TH, Siqueira FV, Silva MO, Scatralhe LB, Megumi CNS, Megumi HS. O Trabalho dos Profissionais de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva na Assistência ao Paciente Oncológico. Rev Researchgate [internet]. 2014; 60(1): 52-58. [acesso em 2017 agosto 01]; Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Helena\\_Sonobe/publication/283712180\\_O\\_trabalho\\_dos\\_profissionais\\_de\\_enfermagem\\_em\\_unidade\\_de\\_terapia\\_intensiva\\_na\\_assistencia\\_ao\\_paciente\\_oncologico/links/5671e59708ae3aa2fcedcac8.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Helena_Sonobe/publication/283712180_O_trabalho_dos_profissionais_de_enfermagem_em_unidade_de_terapia_intensiva_na_assistencia_ao_paciente_oncologico/links/5671e59708ae3aa2fcedcac8.pdf)> .
4. Aparecida MCL, Alves DN, Souza FT. Aspectos sociais e clínicos de pacientes oncológicos de um serviço quimioterápico. Rev Rede de Enf do Nordeste [internet]. 2015; 16(1): 39-45. [acesso em 2017 agosto 01]; Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324036185006.pdf>> .
5. Gabriel AMV, Aparecida ITS, Roberto CP, Justina SP. Protocolo de Enfermagem para Risco de Tromboembolismo em Oncologia. 2014; 72(7). [acesso em 2017 outubro de 24]; Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id\\_materia=6190&fase=imprime](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=6190&fase=imprime)> .
6. Tabak D, Gustavo LT, Nahoum B. Câncer e trombose. Rev Onco [internet]. 2011; 1-32. [acesso em 2017 outubro de 30]; Disponível em: <<http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2011/02/p26-32-emergencia.pdf>> .
7. Maria ANV. Qualidade das estatísticas de óbitos no Brasil: uma classificação das unidades da federação. 2016: 13-14. [acesso em 2017 agosto 01]; Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/1545/0cc0182a932ced03bb9aec3c23fcbcec9867.pdf>> .
8. Ribeiro MG, Teresa MBT, Soares CLC, Maria DXA, Paula MC, Mooney M, et al. Magnitude e variação da carga da mortalidade por câncer no Brasil e Unidades da Federação, 1990 e 2015. Rev Bras Epidemiol [internet]. 2017; 20(1): 104-115. [acesso em 2017 agosto 04]; Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20s1/1980-5497-rbepid-20-s1-00102.pdf>> .

9. Bisi BFP. Influência dos hábitos de vida no desenvolvimento do câncer. Rev Ciên Cultura [internet]. São Paulo 2014 66(1): 24-24; [acesso em 2017 agosto 01]; Disponível em: <<http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v66n1/a11v66n1.pdf>>.
10. Ribeiro IB, Céu ICC, Milagros MB, Leandro DBZ. Tendência das taxas de mortalidade pelas dez principais causas de óbitos por câncer no Brasil, 1996-2012. Rev Ciên Plural [internet]. 2016; 02(01): 8-15. [acesso em 2017 agosto 04]; Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/8886/7114>>.
11. Ministerio da Saúde (2014), Instituto Nacional do Câncer (INCA), Estimativa 2014 - Incidência de Câncer no Brasil. [Citado em 2014 fevereiro 04]; Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/0129ba0041fbbc01aa4fee936e134226/Apresentacao+Estimativa+2014\\_final+corrigido+tireoide.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=0129ba0041fbbc01aa4fee936e134226](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/0129ba0041fbbc01aa4fee936e134226/Apresentacao+Estimativa+2014_final+corrigido+tireoide.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=0129ba0041fbbc01aa4fee936e134226)>.
12. Caldas AJ, Barbosa A, Mergulhão IT, Lisa MMSF, Cláudia AROP, Cauás M. Alterações bucais em pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico de câncer na rede pública de Recife - PE. 2015; 2(2): 39-45. [acesso em 2017 agosto 04]; Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/facipesaude/article/viewFile/3063/1674>>.
13. Tibolla FV, Marchiori JL. Perfil socioeconômico e clínico de pacientes em tratamento oncológico em um município do norte do Rio Grande do Sul. 2015; 87-90. [acesso em 2017 agosto 04]; Disponível em: <<http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/ic/article/view/1418>>.
14. Facina T. Estimativa 2014 - Incidência de Câncer no Brasil. 2013; 60(1): 63-64. [acesso em 2017 setembro 14]; Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/Rbc/n\\_60/v01/pdf/11-resenha-estimativa-2014-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf](http://www.inca.gov.br/Rbc/n_60/v01/pdf/11-resenha-estimativa-2014-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf)>.
15. Sergio Armam. Trombozes em pacientes com câncer. Rev Onco [internet]. 2015; 29(08). [acesso em 2017 outubro de 24]; Disponível em:

<<http://www.onconews.com.br/site/noticias/noticias/radar/1369-trombose-em-pacientes-com-c%C3%A2ncer.html>>.

16. Carvalho DM, Maria DXA, Moura L, Lana GC, Azevedo G , França E. Tendência das taxas de mortalidade de câncer de pulmão corrigidas no Brasil e regiões. Rev Saude Publica. 2016; 10:2. [acesso em 2017 outubro de 30]; Disponível em: <[http://www.fsp.usp.br/rsp/wp-content/uploads/articles\\_xml/0034-8910-rsp-S1518-87872016050006209/0034-8910-rsp-S1518-87872016050006209-pt.pdf](http://www.fsp.usp.br/rsp/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-S1518-87872016050006209/0034-8910-rsp-S1518-87872016050006209-pt.pdf)>.

17. Pelissaro E, Cassol CD, Luisa ASA, Calcin A, Argenta DK. Avaliação do estado nutricional em pacientes idosos oncológicos internados em um hospital de alta complexidade do Norte do Rio Grande do Sul. 2016. [internet]. 2016; 26(2): 7-2. [acesso em 2017 outubro de 24]; Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Cassia\\_Damo/publication/305671396\\_Avaliacao\\_do\\_estado\\_nutricional\\_em\\_pacientes\\_idosos\\_oncologicos\\_internados\\_em\\_um\\_hospital\\_de\\_alta\\_complexidade\\_do\\_Norte\\_do\\_Rio\\_Grande\\_do\\_Sul/links/57cc543e08aedb6d6d9ca44e.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Cassia_Damo/publication/305671396_Avaliacao_do_estado_nutricional_em_pacientes_idosos_oncologicos_internados_em_um_hospital_de_alta_complexidade_do_Norte_do_Rio_Grande_do_Sul/links/57cc543e08aedb6d6d9ca44e.pdf)>.

## Diretrizes para Autores

### Estrutura dos artigos

FORMATO: Word.doc

TÍTULO (somente no idioma original)

AUTORES (1-8, explícitos no artigo e em METADADOS da submissão. Informar o número ORCID)

RESUMO (somente no idioma original)

DESCRITORES (Português/Inglês/Espanhol, em número de 6)

CREDENCIAIS DOS AUTORES (explícitas no artigo)

AUTOR RESPONSÁVEL PELA CORRESPONDÊNCIA (endereço completo)

Em todos os artigos usem os termos das seções **INTRODUÇÃO, MÉTODO, RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO, REFERÊNCIAS**. Os **AGRADECIMENTOS** e **FINANCIAMENTO** deverão constar antes das **REFERÊNCIAS**, se constarem no artigo.

Os requisitos mínimos para um manuscrito se qualificar para revisão são de que foi preparado seguindo rigorosamente as **NORMAS** de formatação, estrutura e estilo da Revista, em formato WORD.doc, escrito em um bom português e a coleta de dados não ter ocorrido há mais de 3 anos. Os manuscritos que não tenham cumprido estes requisitos são **RECUSADOS** e **ARQUIVADOS**.

Os seguintes documentos devem ser anexados na Reuol:

1. Artigos em uma das categorias **ORIGINAL, RELATO DE CASO CLÍNICO, RELATO DE EXPERIÊNCIA/ESTUDO DE CASO, NOTA PRÉVIA** - que envolvam SERES HUMANOS, anexar os documentos (a), exceto dados de domínio público, e (b); o de **REVISÃO SISTEMÁTICA (Metanálise)**, apenas o (b) e (c):

a) **CÓPIA DA APROVAÇÃO** do Projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa/CEP ou declaração informando que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos ().

b) **FORMULÁRIO** de declaração (download em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/authorship\\_responsibility.doc](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/authorship_responsibility.doc))

c) **Checklist e fluxograma PRISMA**: envio obrigatório para as revisões sistemáticas e metanálises. Fazer o download dos dois documentos nos

links disponíveis - PRISMA em MS Word (<http://www.consort-statement.org/download/Media/Default/Downloads/CONSORT%202010%20Checklist.doc>

e <http://www.consort-statement.org/download/Media/Default/Downloads/CONSORT%202010%20Flow%20Diagram.doc>); utilizá-los na preparação do artigo, preenchê-los; enviá-los durante a submissão.

♦ **LAYOUT DA PÁGINA:**

1) **PAPEL OFÍCIO** (21,59 x 35,56 cm)

2) **MARGENS DA PÁGINA:** de 2,0 cm em cada um dos lados

♦ **LETRA:** Trebuchet MS de 12-pontos

♦ **NÃO USAR:** rodapé, notas, espaçamento entre parágrafos, não separar nem numerar as seções e subseções do artigo

♦ **ESPAÇAMENTO DUPLO ENTRE LINHAS** em todo o ARTIGO

♦ **IDIOMAS:** Português e/ou Inglês e/ou Espanhol. Em se tratando de tradução\* o artigo o ORIGINAL deve ser encaminhado também como documento suplementar ou em arquivo único (ORIGINAL + TRADUÇÃO). \*Com o parecer de APROVADO, a LISTA com os nomes dos REVISORES/TRADUTORES é enviada após finalizado o processo de avaliação por pares.

♦ **TEXTO:** sequencial e justificado sem separar as seções (página inicial e as que se seguem).

♦ **NÚMERO DE PÁGINAS:**

1) **30 PÁGINAS** (excluindo-se página inicial, agradecimentos e referências);

2) **PÁGINAS NUMERADAS** no ângulo superior direito a partir da primeira página;

3) **MARGENS LATERAIS DO TEXTO:** 0,5 cm.

♦ **TÍTULO:** somente no idioma do artigo, com 12 ou menos palavras; **NÃO EMPREGAR: siglas, elementos institucional e do método, do universo geográfico, de dimensão regional, nacional ou internacional.** Apresentar apenas os elementos do OBJETO DE ESTUDO ou dos DESCRITORES DeCS: <http://decs.bvs.br>

♦ **AUTORES:** 1-8 no máximo, explícitos no artigo.

Nome completo de cada um, separados por vírgulas, numerados sobrescritos. \*Ex: Ednaldo Cavalcante de Araújo<sup>1</sup>, Maria Prado<sup>2</sup>

♦ **RESUMO:** somente no idioma original, NÃO MAIS que 200 palavras. Deve-se iniciar e sequenciar o texto com letra minúscula após os seguintes

termos: **Objetivo: Método: Resultados: Conclusão: \*\*Descritores/Descriptors/Descriptores** (apresentar 6 (seis) com as iniciais em letra maiúscula (exceto os termos conectivos), separados por ponto e vírgula (;): \*Devem ser extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde](http://decs.bvs.br)" (DeCS: <http://decs.bvs.br>), e/ou do *Medical Subject Headings (MESH)*: <https://meshb.nlm.nih.gov/search>).

\***MÉTODO** — abordagem do estudo (qualitativo, quantitativo ou misto), tipo de estudo, população/amostra, instrumento de coleta/análise dos dados.

\***MÉTODO — Revisão Sistemática de Literatura:** elaboração da pergunta de pesquisa; busca na literatura; seleção dos artigos; extração dos dados; avaliação da qualidade metodológica; síntese dos dados (metanálise); avaliação da qualidade das evidências; e aprimoramento, redação e publicação dos resultados.

\* **MÉTODO — Revisão Integrativa de Literatura:** tipo de estudo; delimitação temporal; fonte de busca (bases de dados, bancos de dados, repositórios, coleções de bibliotecas virtuais); os procedimentos adotados para a análise crítica dos estudos; apresentação da revisão.

## DESCREVER AS CREDENCIAIS DOS AUTORES

1) Maior titulação (NÃO especificar a área de formação), principal instituição\* a que pertence, cidade, estado (sigla), país e E-mail.

\*Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (departamento, faculdade, universidade)

\*\*Autor responsável para troca de correspondência: nome completo, endereço completo (Rua; Av.; Bairro; Cidade; CEP, Estado (sigla); País

♦ **TEXTO:** manuscritos nas seções **Original, Relato de experiência/Estudo de caso, Estudo de caso clínico, Análise reflexiva, Informativo, Nota prévia, Revisões de literatura sistemática\* e integrativa\*** devem apresentar: INTRODUÇÃO, OBJETIVO, MÉTODO, RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO, AGRADECIMENTOS (opcional), FINANCIAMENTO (se tiver), REFERÊNCIAS (Estilo

Vancouver: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

\*A categoria ABSTRACT terá estrutura igual ao texto extraído do estudo original, porém as **REFERÊNCIAS** são obrigatórias.

\***Método** — abordagem do estudo (qualitativo, quantitativo ou misto); tipo de estudo; população; amostra; critérios de inclusão/exclusão da amostra; o instrumento de coleta de dados; os procedimentos para a coleta e análise dos dados; citação da aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa e número do **CAAE** – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética.

\***Método – Revisão Sistemática de Literatura** — abordagem do estudo (qualitativo, quantitativo ou misto); busca na literatura; seleção dos artigos; extração dos dados; avaliação da qualidade metodológica; síntese dos dados (metanálise); avaliação da qualidade das evidências; e aprimoramento, redação e publicação dos resultados.

\***Método – Revisão Integrativa de Literatura** — elaboração da pergunta de pesquisa, delimitação temporal, instrumento de coleta de dados, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados (instrumento usado), avaliação dos estudos incluídos na revisão (instrumento usado para avaliar o RIGOR METODOLÓGICO e VIÉS DOS ESTUDOS), classificação dos níveis de evidências dos artigos a serem analisados (CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE EVIDÊNCIA), processo de análise dos estudos/interpretação dos resultados, apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

♦ **TABELAS** (conjunto **TABELAS + FIGURAS**= 05): Elaboradas com a ferramenta de tabelas do MS Word (em cor verde). Dados separados por linhas e colunas de forma que cada dado esteja em uma célula. Traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior tabela. Se usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Colocar material explicativo em notas abaixo da tabela, não no título. Explicar em notas todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela.

♦ **ILUSTRAÇÕES** (conjunto **FIGURAS + TABELAS** = 05): fotografias, desenhos, gráficos, fluxogramas e quadros são considerados FIGURAS, que devem ser elaboradas em cores (use as várias tonalidades do verde). O título deve ser grafado com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte inferior. A numeração é consecutiva, com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto. As figuras devem ser elaboradas nos Programas Word ou Excel permitindo acesso ao conteúdo e não serem convertidas em figura do tipo JPEG, BMP, GIF, etc. Os dados devem estar explícitos (n e %). Enviar as planilhas do Excel quanto da submissão do artigo.

♦ **CITAÇÕES:** as citações serão identificadas no texto por suas respectivas numerações sobrescritas, sem a identificação do autor e ano, sem uso dos parênteses e colocado após o ponto final, quando convier (vide exemplo)\*. Números sequenciais devem ser separados por hífen; números aleatórios, por vírgula.

\*Ex: (1). deixá-lo sem o parêntese, sobrescrito e colocado após o ponto final. .<sup>1</sup>

Nas citações diretas até três linhas incluí-las no texto, entre aspas (sem itálico) e referência correspondente conforme exemplo: 13:4 (autor e página); com mais de três linhas, usar o recuo de 1 cm, letra tamanho 12 (sem aspas e sem itálico), seguindo a indicação de autor e data.

Depoimentos: na transliteração de comentários ou de respostas, seguir as mesmas regras das citações, porém em itálico, com o código que representar cada depoente entre parênteses.

♦ **REFERÊNCIAS:** de acordo com o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas — Estilo Vancouver: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

♦ **NÚMERO DE REFERÊNCIAS:** 30 (trinta, no máximo, exceto para Revisões Integrativa e Sistemática/Metanálise), sendo 60% de produções publicadas nos últimos 5 anos e destas, 30% nos últimos 3 anos, 10% sem limite temporal.

- NÃO USAR o *EndNote*, o software de geração automática de citações e referências bibliográficas.
- Citar de 3 a 6 referências de periódicos estrangeiros, na versão em inglês.
- Não citar teses, dissertações, TCC. Livros e capítulos só devem ser citados os que fundamentam o método de pesquisa (exceto para Revisões Integrativa e Sistemática/Metanálise).
- Para os artigos disponibilizados em Português / Inglês / Espanhol, citar a versão em Inglês.
- Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>.
- Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.
- Na lista de referências, as referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas pela

primeira vez no texto. Inserir DOI ou link ou link de acesso em todas as referências.

- Referenciar o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto.
- Quando o documento possui de um até seis autores, citar todos, separados por vírgula; quando possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros seguidos da expressão latina "et al".
- Com relação a abreviatura dos meses dos periódicos consultar: <http://www.revisoeserevisoes.pro.br/gramatica/abreviaturas-dos-meses/> (não considerar o ponto, conforme o Estilo Vancouver recomenda: Jan Feb Mar Apr May June July Aug Sept Oct Nov Dec

### **EXEMPLOS:**

1. Santos Junior BJ dos, Silveira CLS, Araújo EC de. Work conditions and ergonomic factors of health risks to the Nursing team of the mobile emergency care/SAMU in Recife City. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2010 Apr [cited 2010 Oct 12];4(1):145-52. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230727>
2. Rozenfeld M, Santos Junior BJ dos, Silveira CLS, Araújo EC de, Loyola Filho AI, Uchoa E, et al. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. Cad saúde pública [Internet]. 2003 [cited 2012 May 10];19(3):717-24. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n3/15875.pdf>
3. Scochi CGS, Carletti M, Nunes R, Furtado MCC, Leite AM. Pain at the neonatal unit under a perspective of nursing staff from a University hospital, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Rev Bras Enferm. 2006 Mar/Apr;59(2):188-94. Doi: 10.1590/S0034-71672006000200013

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ÓBITOS EM UTI UTILIZANDO A D.O COMO FERRAMENTA

**Pesquisador:** TASSIA CAMPOS DE LIMA E SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 54171016.9.0000.5208

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.481.020

**Apresentação do Projeto:**

Trabalho de Conclusão de Curso da aluna RAQUEL MARIA ALEXANDRE DA SILVA como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação da Professora MsC. Esp. Tassia Campos de Lima e Silva e Co-Orientação de Esp. Lilian da Silva Santos de Oliveira.

**EQUIPE DE PESQUISA**

Raquel Maria Alexandre da Silva- Acadêmica em enfermagem;

Lilian da Silva Santos de Oliveira- Enfermeira especialista em

epidemiologia; Bruna Gabrielle de Souza Costa- Enfermeira

especialista em cuidados paliativos;

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 50.740-600

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**E-mail:** cepccs@ufpe.br

Nahãmi Cruz de Lucena- Fisioterapeuta mestranda em educação para profissionais de saúde; Tassia Campos de Lima e Silva- Bacharel em enfermagem, Doutoranda em patologia.

Trata-se de um estudo com características epidemiológicas e retrospectivas, com abordagem quantitativa. Serão analisadas 30 declarações de óbitos em maiores de 18 anos ocorridos na UTI de um Hospital de referência, no caso o Hospital Dom Helder Câmara, localizado no município do Cabo de Santo Agostinho- PE. Serão analisadas declarações emitidas durante os anos de 2014 e

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 50.740-600

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**E-mail:** cepccs@ufpe.br

Continuação do Parecer: 1.481.020

2015.

Os pesquisadores pretendem avaliar se a análise das declarações de óbitos pode constituir um instrumento para definir o perfil epidemiológico de óbitos em uma unidade de referência num período de 2 anos.

**Objetivo da Pesquisa:**

OBJETIVO GERAL

Traçar o perfil epidemiológico de óbitos ocorridos na UTI de um Hospital de referência, por meio da declaração de óbitos por um período de dois anos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar as declarações de óbitos emitidas no período de dois anos; Coletar dados tais como : causa do óbito, Idade, sexo e procedência; Quantificar e qualificar os dados obtidos baseados na declaração de óbitos.

Avaliar a viabilidade da Declaração de Óbitos como instrumento de pesquisa para coleta de dados. Expor os dados obtidos a coordenação geral do hospital;

Oferecer protocolos de cuidados, que otimizará o tempo com redução de custos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos

Os riscos são inerentes à manipulação de material de arquivo e a uma

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 50.740-600

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**E-mail:** cepccs@ufpe.br

Continuação do Parecer: 1.481.020

possível quebra de sigilo Benefícios

Os resultados do estudo poderão contribuir para uma análise epidemiológica dos óbitos ocorridos na UTI de um Hospital de referência, podendo fundamentar estratégias de aperfeiçoamento do serviço.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo cujos resultados poderão contribuir para uma avaliação epidemiológica mediante a análise das declarações de óbitos ocorridos na UTI de um Hospital de referência.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de Rosto preenchida de forma adequada Cronograma junho e julho 2016

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 50.740-600

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**E-mail:** cepccs@ufpe.br

Orçamento estimado em R\$ 609,00 referente aos custos com passagens e material de escritório Carta de anuência do Hospital dom Helder Câmara anexada;

TCLE não se aplica

Curriculum vitae dos pesquisadores e orientadores na Plataforma Lattes; Autorização de uso de dados anexada.

**Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio da Notificação com o Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via “Notificação”, pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link “Para enviar Relatório Final”, disponível no site do CEP/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 50.740-600

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**E-mail:** cepccs@ufpe.br

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética, relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 50.740-600

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**E-mail:** cepccs@ufpe.br

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_679638.pdf	15/03/2016 11:05:27		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoNOVOCRONOGRAMA.docx	15/03/2016 11:04:53	TASSIA CAMPOS DE LIMA E SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoRAQUEL.pdf	14/03/2016 21:04:25	TASSIA CAMPOS DE LIMA E SILVA	Aceito
Outros	raquel.pdf	14/03/2016 20:46:41	TASSIA CAMPOS DE LIMA E SILVA	Aceito
Outros	LATTESBRUNAGABRIELLE.pdf	14/03/2016 20:12:21	TASSIA CAMPOS DE LIMA E SILVA	Aceito
Outros	termodecompromissoeconf.pdf	14/03/2016 20:10:59	TASSIA CAMPOS DE LIMA E SILVA	Aceito
Outros	LATTESLILIAN SANTOS.pdf	14/03/2016 20:10:39	TASSIA CAMPOS DE LIMA E SILVA	Aceito
Outros	autorizacaousodedadosassinadocarimbando.pdf	14/03/2016 20:09:56	TASSIA CAMPOS DE LIMA E SILVA	Aceito
Outros	LATTESTASSIACAMPOS.pdf	14/03/2016 20:09:37	TASSIA CAMPOS DE LIMA E SILVA	Aceito
Outros	ANUENCIA.jpg	14/03/2016 20:08:38	TASSIA CAMPOS DE LIMA E SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 06 de Abril de 2016

---

**Assinado por:**  
Gisele Cristina Sena da Silva Pinho  
(Coordenador)