



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

IVANNA THAÍS DA SILVA FREITAS

**PREVALÊNCIA DE ÓBITOS POR DOENÇAS CARDIACAS EM UTI: DECLARAÇÃO DE ÓBITO COMO
FERRAMENTA**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

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

IVANNA THAÍS DA SILVA FREITAS

**PREVALÊNCIA DE ÓBITOS POR DOENÇAS CARDIACAS EM UTI: DECLARAÇÃO DE ÓBITO COMO
FERRAMENTA**

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em 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

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

IVANNA THAÍS DA SILVA FREITAS

**PREVALÊNCIA DE ÓBITOS POR DOENÇAS CARDIACAS 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: 10 / 11 / 2017

BANCA EXAMINADORA

Profº. Dr. Luiz Miguel Picelli Sanches
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Msc Leiliandry de Araújo Melo
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Esp. Flávio Rodrigues de Sá Cavalcanti Telles
Universidade Estadual de Campinas

RESUMO

Objetivo: Identificar a prevalência de óbitos por doenças cardíacas em UTI em um hospital de referência em cardiologia, localizado na região metropolitana do Recife-PE, utilizando a DO como material de coleta de dados. **Metodologia:** Pesquisa documental e retrospectiva de abordagem quantitativa, realizada na UTI de um hospital localizado na Região metropolitana do Recife. Os dados foram obtidos através de declarações de óbitos no período de 2017 mediante a autorização prévia do comitê de ética bem como da coordenação do hospital onde foi realizada. **Resultados:** A maior prevalência de óbitos é entre a população idosa, com a predominância da faixa etária de 71 a 80 (30,58%), seguida da faixa etária de 61 a 70 (25,58%); em relação à clínica de origem observa-se uma maior prevalência de indivíduos que procederam da clínica cardíaca (72,80%), e cirurgia geral (16,37%); os indivíduos procederam de 44 cidades diferentes, havendo predomínio na cidade de Jaboatão dos Guararapes e Cabo de Santo Agostinho. **Conclusão:** A declaração de óbitos se caracteriza como instrumento eficaz para estabelecer o perfil de uma população, devido sua fácil obtenção no arquivo hospitalar e rápida compreensão, todavia, a ausência de informações devido seu mau preenchimento retardam a criação de planos de cuidados.

Palavras-chave: Cardiopatias; Unidades de Terapia Intensiva. Mortalidade. Atestado de Óbito.

ABSTRACT

Objective: To identify the prevalence of deaths from cardiac diseases in ICUs at a referral hospital in cardiology, located in the metropolitan region of Recife-PE, using DO as data collection material. **Methodology:** Documentary and retrospective study of quantitative approach, performed at the ICU of a hospital located in the metropolitan region of Recife. The data were obtained through death certificates in the period of 2017 with the prior authorization of the ethics committee as well as the coordination of the hospital where it was performed. **Results:** The highest prevalence of deaths is among the elderly population, with the predominance of the age group from 71 to 80 (30.58%), followed by the age group from 61 to 70 (25.58%); a higher prevalence of individuals who came from cardiac clinic (72.80%) was observed in relation to the clinic of origin, and general surgery (16.37%); the individuals came from 44 different cities, with predominance in the city of Jaboatão dos Guararapes and Cabo de Santo Agostinho. **Conclusion:** The declaration of deaths is an effective tool to establish the profile of a population, due to its easy retrieval in the hospital file and rapid understanding, however, the absence of information due to its poor completion delay the creation of care plans.

Keywords: Heart Diseases; Intensive Care Units. Mortality. Death Certificates.

SUMÁRIO

ARTIGO.....	7
INTRODUÇÃO.....	8
OBJETIVO.....	10
METODOLOGIA.....	10
RESULTADOS.....	11
DISCUSSÃO.....	14
CONCLUSÃO.....	17
REFERÊNCIAS.....	18
ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA.....	22
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	26

PREVALÊNCIA DE ÓBITOS POR DOENÇAS CARDIACAS EM UTI: DECLARAÇÃO DE ÓBITO COMO FERRAMENTA

Ivanna Thaís da Silva Freitas

Graduanda em enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão-PE, Brasil. E- mail: ivanna-27@hotmail.com

Tássia Campos de Lima e Silva

Bacharel em Enfermagem, Mestre em Ciências Farmacêuticas pela UFPE, Doutora em Patologia pela FMB/UNESP, Docente da Universidade Federal de Pernambuco, Dep.

De Enfermagem, Centro Acadêmico de Vitória, Vitória de Santo Antão - PE, Brasil.

E- mail: tassia.ufpe@gmail.com

Maria Mariana Barros Melo da Silveira

Enfermeira, Especialista em Cardiologia. Mestranda no Programa de Pós-Graduação de Ciências da Saúde da FCM/UPE, Recife-PE, Brasil.

Docente da Universidade Federal de Pernambuco, Dep. De Enfermagem, Centro Acadêmico de Vitória, Vitória de Santo Antão - PE, Brasil.

E-mail: marianabms@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar a prevalência de óbitos por doenças cardíacas em UTI em um hospital de referência em cardiologia, utilizando a declaração de óbito como material de coleta de dados. **Metodologia:** Pesquisa documental e retrospectiva de abordagem

quantitativa, realizada na UTI de um hospital de referência em cardiologia localizado na Região metropolitana do Recife. Foram analisados os óbitos ocorridos no período de 01 de janeiro de 2014 à 31 de dezembro de 2015. **Resultados:** A maior prevalência de óbitos é entre a população idosa, com a predominância da faixa etária de 71 a 80 (30,58%), seguida da faixa etária de 61 a 70 (25,58%); em relação à clínica de origem observa-se uma maior prevalência de indivíduos que procederam da clínica cardíaca (72,80%), e cirurgia geral (16,37%); os indivíduos procederam de 44 cidades diferentes, havendo predomínio na cidade de Jaboatão dos Guararapes e Cabo de Santo Agostinho. **Conclusão:** A declaração de óbitos se caracteriza como instrumento eficaz para estabelecer o perfil de uma população, devido sua fácil obtenção no arquivo hospitalar e rápida compreensão, todavia, a ausência de informações devido seu mau preenchimento retardam a criação de planos de cuidados. **Descritores em Português:** Cardiopatias; Unidades de Terapia Intensiva; Mortalidade; Atestado de Óbito.

Descritores em Inglês: Heart Diseases; Intensive Care Units; Mortality; Death Certificates.

Descritos em Espanhol: Cardiopatías; Unidade de Cuidados Intensivos; Mortalidad; Certificado de Defunción.

INTRODUÇÃO

Com o avanço da tecnologia no âmbito da saúde, surgiram na década de 50 as unidades de terapias intensivas (UTI), visto que a necessidade de uma área crítica destinada à internação de pacientes graves carece de atenção profissional especializada e necessitam de materiais especiais, monitorização e terapia.^{1,2,3}

As doenças cardiovasculares (DCV) consistem em uma alteração nos vasos sanguíneos e no coração, isso se dá devido a um distúrbio que ocorre nesses locais.⁵ As principais doenças que são diagnosticadas no aparelho cardiovascular são: Acidente Vascular Encefálico, Hipertensão Arterial Sistêmica, Arritmia Cardíaca, Cardiopatia Congênita, Infarto Agudo do

Miocárdio (IAM), Angina Instável, Aneurisma Aórtico, Síndrome Coronariana Aguda (SCA), Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Ataque Isquêmico Transitório (AIT), Insuficiência Coronariana (ICO), Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares, Doenças cardíacas pulmonares e da circulação pulmonar, doenças das veias e outras formas de doença do coração.⁶

As DCV são as principais causas de morte no mundo e a cada ano vem aumentando o número de mortes por esses tipos de patologias. Estima-se que em 2012, 17,5 milhões de pessoas morreram de DCV, o que corresponde a 30% das mortes no mundo. Essas doenças afetam principalmente pessoas de média e baixa renda e afeta quase que igual homens e mulheres.⁷

No Brasil as doenças cardiovasculares são as principais causas de morte em homens e mulheres, elas são responsáveis por 31% das causas de morte de doenças não transmissíveis.⁸ Nas últimas décadas o Brasil apresentou uma redução nas taxas de mortalidade por DCV, contudo, essas doenças foram a primeira e a terceira causas mais comuns de óbito prematuro em todo o país no ano de 2012.⁹ Por se tratar de grave problema de saúde pública e levando em consideração a grande quantidade no número de óbitos por essa doença, é de grande importância a realização de estudos e epidemiologia a respeito dessas patologias.

Uma fonte de dados que pode ser utilizada para a realização de pesquisas epidemiológicas é a declaração de óbito (DO), pois ela fornece dados importantes sobre o perfil de um população, tais como a causa do óbito, data, hora, idade do indivíduo, estado civil, endereço, tipo de moradia, escolaridade e entre outros.¹⁰ Um dos objetivos da DO é ser um documento padrão para coleta de informações sobre mortalidade e com isso ajudar nas estatísticas epidemiológicas no Brasil.¹¹

As doenças cardiovasculares são um grande problema de saúde pública, pois atualmente, elas são as principais causas de internamentos em uma UTI e de morte no Brasil e no mundo; a cada ano pessoas morrem mais por causas cardiovasculares em comparação às demais patologias. Com a complexidade desse tipo de doença e a quantidade de óbitos decorrentes das DCV, viu-se a necessidade de identificar o perfil das principais causas de óbitos por doenças cardiovasculares em uma Unidade de Terapia Intensiva.

OBJETIVO

Identificar a prevalência de óbitos por doenças cardíacas em UTI em um hospital de referência em cardiologia, utilizando a DO como material de coleta de dados.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter documental e retrospectivo, com características epidemiológicas e abordagem quantitativa. Foram analisados os óbitos oriundos da UTI de um hospital de referência em cardiologia localizado na região metropolitana do Recife/ PE ocorridos no período de 01 de janeiro de 2014 à 31 de dezembro de 2015. O setor conta com 28 leitos de UTI dos 157 distribuídos em toda a unidade hospitalar.

Para compor a amostra, analisou-se 609 DO, onde dessas, 343 fora por doenças cardíacas por causas primárias e secundárias. Estes dados foram analisados no período de junho a agosto de 2017. Os dados coletados foram distribuídos nas seguintes variáveis: sexo, procedência, clinica de origem e idade. Como critério de inclusão foram utilizados os óbitos ocorridos por doenças cardíacas em maiores de 18 anos; ao passo que os critérios de exclusão foram. Para a análise estatística, os dados foram armazenados em tabelas no excel e foram analisados pelo programa sigmastat.

Este estudo é um recorte cujo trabalho principal é intitulado “Perfil epidemiológico de óbito em UTI utilizando a DO como ferramenta” que 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 pesquisa que envolve seres humanos.

RESULTADOS

Após a análise dos resultados, no que diz respeito à distribuição de óbitos por doenças cardíacas por sexo, 176(51,31%) dos óbitos foram do sexo masculino e 48,68% (n=167) do sexo feminino (figura 1), no entanto, não houve diferença estatística entre os sexos ($p= 0,596$).

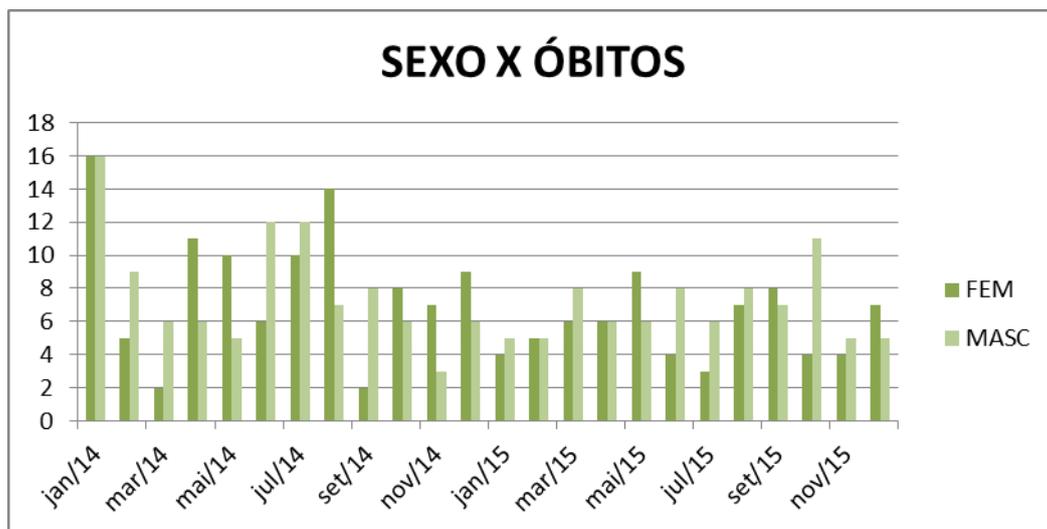


Figura 1- Predominância de óbitos por sexo. PE-Brasil, 2017.

Dos óbitos registrados nos anos de 2014 e 2015, nota-se a predominância da faixa etária de 71 a 80 (30,58%), seguida da faixa etária de 61 a 70 (25,58%), totalizando mais de 50% dos óbitos por doenças cardíacas (Figura 2).

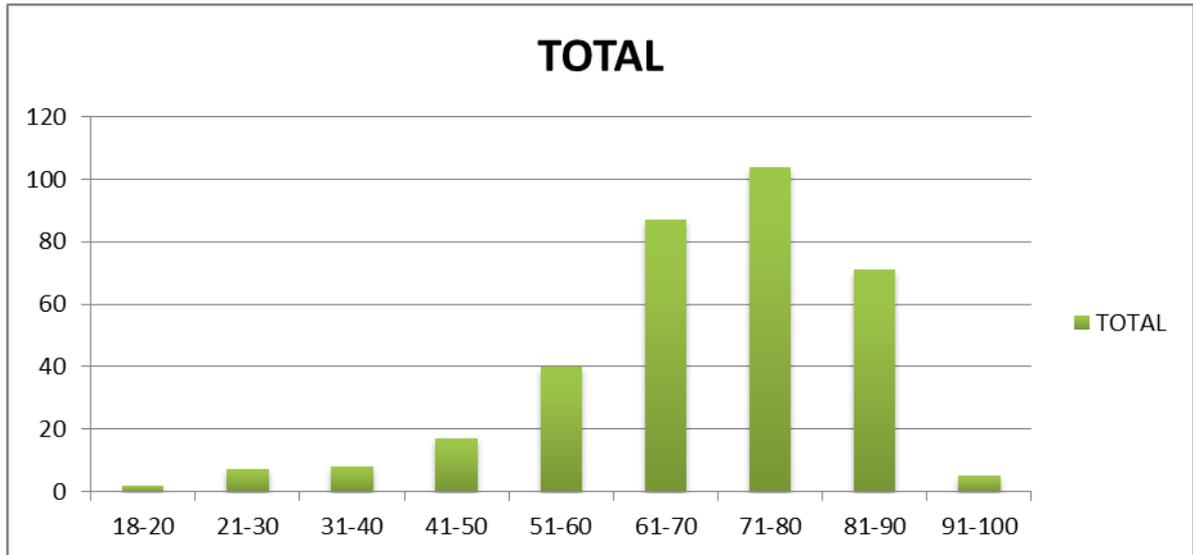


Figura 2- Óbitos por faixa etária. PE-Brasil, 2017.

Com relação à clínica de origem observa-se uma maior prevalência de indivíduos que procederam da clínica cardíaca (72,80%) e cirurgia geral (16,37%). Na clínica médica a porcentagem foi de 8,77% e na ortopedia a porcentagem foi de 2,04%, apresentando a menor prevalência. Houve uma diferença estatística significativa. ($p < 0,001$). (Figura 3)

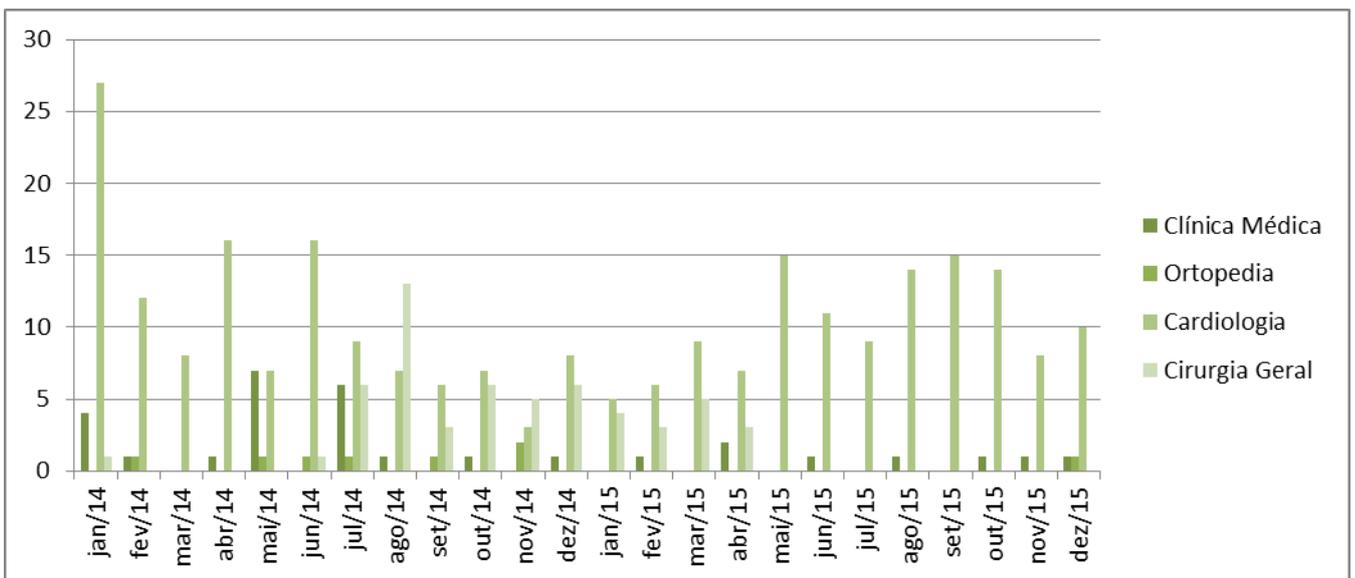


Figura 3- Clínica de origem. PE- Brasil, 2017.

Como apresentado na figura 4, os indivíduos procederam de 44 cidades diferentes. Havendo predomínio na cidade de Jaboatão dos Guararapes e Cabo de Santo Agostinho.

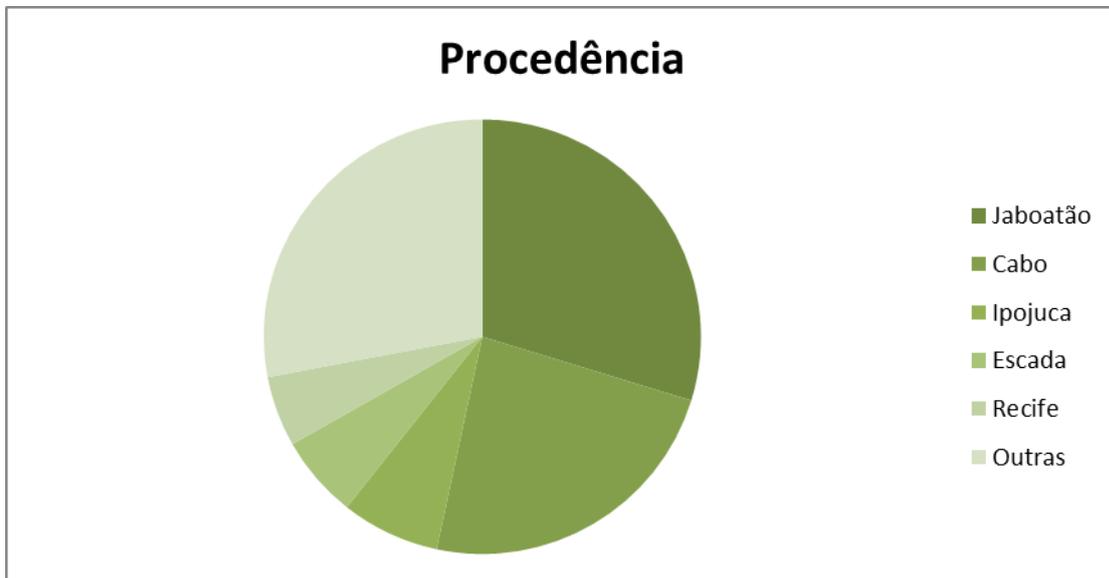


Figura 4- Óbitos por procedência. PE- Brasil, 2017.

A Tabela 1 mostra que foram encontrados 19 tipos de óbitos por causas cardíacas, tendo como a principal causa de morte o choque cardiogênico (n=170), seguida pelo infarto agudo do miocárdio (n=129) e pela insuficiência cardíaca congestiva (ICC) (n=114).

Tabela-1 Tipos de causa cardíacas. Vitória de Santo Antão, 2017.

ÓBITOS	Total (n)	%
Choque Cardiogênico	170	25,80%
Infarto Agudo do Miocárdio	129	19,58%
ICC	114	17,30%
Cardiopatias	79	11,99%
Doença Arterial Coronária	60	9,10%
Bloqueio AV Total	24	3,64%
Choque Hipovolêmico	23	3,49%

Fibrilação Atrial	15	2,28%
Estenose Aórtica	10	1,52%
Arritmia	07	1,06%
Endocardite	07	1,06%
Parada Cardiorrespiratória	05	0,76%
Aneurisma de Aorta	03	0,46%
Taquicardia Ventricular	03	0,46%
Dissecção Aorta	03	0,46%
Insuficiência Arterial	03	0,46%
Tamponamento Cardíaco	02	0,30%
Bradycardia	01	0,15%
Comunicação Inter-Ventricular	01	0,15%
TOTAL	659	100%

DISCUSSÃO

Com a análise das declarações de óbitos da UTI verificamos o perfil epidemiológico dos pacientes que apresentaram o diagnóstico de doenças cardiovasculares como causa de morte. Os dados apresentados nos mostram que não houve diferença estatística entre os sexos, apesar de o número de óbitos ser maior no sexo masculino, o que vai de encontro com os estudos Sousa *et al.* 2014 e Fantini *et al.* 2015.

Sousa e colaboradores, realizaram um estudo documental quantitativo descritivo na UTI de um Hospital do interior do estado da Paraíba, nesse estudo a amostra foi composta por todos os pacientes internados nessa UTI no período correspondente de julho de 2012 à julho de 2013; em seus resultados, dos 310 pacientes que eles pesquisaram, 170 (54,8%) foram do

sexo masculino.¹² Assim como no estudo de Fantini e colaboradores, que teve como objetivo identificar as principais doenças cardiovasculares atendidas, a maioria dos pacientes atendidos na emergência SUS do Hospital de Base de São José do Rio Preto era do sexo masculino (52,86%).¹³

Isso reflete sobre uma das dificuldades ainda presentes que é a procura tardia da classe masculina aos serviços de saúde pelo fato de que, em se tratando da saúde, o homem é visto historicamente pelo senso comum como um ser forte, que dificilmente adoece e o provedor do lar, remetendo também a outro ponto que dificulta o seu acesso ao serviço de saúde, que é horário de funcionamento dos estabelecimentos de atendimento à saúde que muitas vezes não é compatível com o horário livre do usuário que está no mercado de trabalho.¹⁴

Além disso, muitas doenças cardíacas são mais prevalentes nos homens, como as doenças isquêmicas do coração, seguido de infarto agudo do miocárdio e as doenças cerebrovasculares como as principais. Segundo o Datasus, no ano de 2011 as doenças isquêmicas do coração foram responsáveis por 60.158 óbitos entre os homens e por 43.317 entre as mulheres.¹⁵

Em relação à faixa etária, houve uma maior demanda da população idosa. Resultados semelhantes foram apresentados por Sousa *et al.* 2014 Que mostraram o maior número de internações entre as pessoas idosas, principalmente na faixa etária de 71 a 80 anos (24,8%; n=77) , seguida pela de 61 a 70 anos (22,9%; n=71).¹² Luz et al. 2017 também trazem em seus estudos que o índice de mortalidade por doenças cardiovasculares são maiores em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.¹⁶ Com o expressivo aumento da expectativa de vida da população brasileira, a idade está cada vez mais vinculada à elevada ocorrência de doenças cardiovasculares, como a doença arterial coronariana, a doença arterial periférica, a insuficiência cardíaca, a doença cardíaca valvular e o AVC.¹⁷

Neste estudo observou-se que a maioria dos indivíduos que possuía algum tipo de doença cardíaca eram provenientes principalmente da cardiologia e em segundo lugar da clínica cirúrgica, isso se justifica pelo fato de que o hospital onde a pesquisa foi realizada ser de referência em cardiológica. Sobre a procedência, os indivíduos vieram de mais de 40 cidades diferentes, havendo uma prevalência de óbitos dos indivíduos que eram procedentes da cidade de Jaboatão dos Guararapes (29,73%) seguida por Cabo de Santo Agostinho (23,61%), possivelmente porque essas cidades estão localizadas próximas ao hospital da pesquisa.

Levando em consideração que cada paciente pode ter como causa de óbito mais de uma causa cardíaca, nesse estudo foi encontrado total de 659 causas cardíacas. A doença cardíaca predominante encontrada nesse estudo foi o choque cardiogênico que tem como principal causa etiológica o infarto agudo, ou seja, na maioria dos casos o choque é causado por uma complicação precoce na fase hospitalar da evolução do infarto agudo com supradesnível do segmento ST (IAMCSST), com intervalo médio de cinco horas pós-infarto.¹⁸ Outras possíveis etiologias para o choque cardiogênico é a cardiomiopatia dilatada, taquicardias, tamponamento cardíaco.¹⁹ Que também foram elencadas como causas de óbitos nesse estudo. No estudo observou-se um erro da escrita da DO quando eles colocam cardiopatia como causa de morte, uma vez que, cardiopatia não é doença e sim um termo que abrange todas as doenças do coração.

No estudo de Leite et al. eles apresentavam como objetivo identificar as principais doenças e agravos que acometem a população brasileira no ano de 2008, as 5 principais doenças para os homens foram: homicídio/violência em primeiro lugar, seguido por as doenças cardíacas isquêmicas, abuso e dependência do álcool, acidente vascular cerebral e acidente de trânsito. Já para as mulheres as principais foram: Depressão em primeiro lugar, as doenças cardíacas isquêmicas ficando em segundo, seguido por diabetes mellitus, acidente vascular cerebral e doença pulmonar obstrutiva crônica.²⁰

Os diagnósticos mais prevalentes encontrados no estudo de Sousa et al. foram Infarto Agudo do Miocárdio (22,3%), seguidos pelos de Insuficiência Cardíaca Congestiva (12,2%).¹² No estudo de França, Albuquerque e Santos 2013 os principais diagnósticos encontrados foram os relacionados com as Cardiopatias (8,82%), Insuficiência Respiratória Pulmonar Aguda (7,84%) e Acidente Vascular Encefálico (6,86%).²⁰

No ano de 2011 foram registrados no sistema de informação de mortalidade (SIM) um total de 1.170.498 óbitos, desses, 800.118 foram por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), correspondendo o que corresponde a 68,3% do total de óbitos. No Brasil, 335.213 morreram por doenças do aparelho circulatório, sendo 15.268 no Norte; 86.415 no Nordeste; 158.472 no Sudeste; 54.579 no Sul e 20.479 na região Centro- Oeste.²¹

A declaração de óbito pode configurar-se como um instrumento eficaz para idealizar o perfil epidemiológico de uma população bem como realizar diagnósticos situacionais de setores com altas taxas de óbitos.²² Contudo, a ausência de clareza na determinação da causa de morte, a falta de atenção e o não preenchimento correto da declaração de óbitos por parte do corpo médico torna difícil a necessidade de traçar corretamente o perfil epidemiológico da população.²³

CONCLUSÃO

No presente estudo, foi possível identificar a população idosa como a mais prevalente nas declarações de óbitos, um dos motivos é o aumento do número de pessoas que chegam à idade avançada na sociedade atualmente. Além disso, foi possível constatar que a declaração de óbitos se caracteriza como instrumento eficaz para estabelecer o perfil de uma população, devido sua fácil obtenção no arquivo hospitalar e rápida compreensão, todavia, a ausência de informações devido seu mau preenchimento dificultam a realização de pesquisas científicas.

Vale ressaltar que a doença cardíaca é um grande problema de saúde pública devido aos seus altos índices de mortalidade no Brasil e no mundo, com isso, é de suma importância

a continuidade de estudos que visem o levantamento e análise de dados acerca da prevalência de doenças, como aqui realizado, para direcionar à soluções e medidas preventivas. Além disso, deve-se ter um controle satisfatório dessas doenças, não apenas com aplicações de tecnologias de alta complexidade, mas também por meio da mudança no estilo de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Rodriguez AH, Bub MBC, Perão OF, Zandonadil G, Rodriguez MJH. Características epidemiológicas e causas de óbitos em pacientes internados em terapia intensiva. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 mar [cited 2017 Oct 22];69(2):229-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0229.pdf>
2. Oliveira AC, Paula AO, Iquiapaza RA, Lacerda ACS. Infecções relacionadas à assistência em saúde e gravidade clínica em uma unidade de terapia intensiva. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2012 [cited 2017 Oct 22];33(3):89-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n3/12.pdf>
3. Silva FD, Chernicharo IM, Silva RC, Ferreira MA. Discursos de enfermeiros sobre humanização na unidade de terapia intensiva. Esc Anna Nery [Internet]. 2012 out - dez [cited 2017 Oct 22];16(4):719-727. Available from: [file:///C:/Users/Ivanna%20Freitas/Downloads/v16n4a11%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Ivanna%20Freitas/Downloads/v16n4a11%20(2).pdf)
4. El-Fakhouri S, Carrasco HVCG, Araújo GC, Frini ICM. Epidemiological profile of ICU patients at Faculdade de Medicina de Marília. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 22]; 62(3):248-254. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v62n3/0104-4230-ramb-62-3-0248.pdf>

5. Organização Mundial da Saúde, Prevención y control de las enfermedades cardiovasculares [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 22]. Available from: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/es/
6. Organização Mundial da Saúde, Enfermedades cardiovasculares [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 22]. Available from: http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/es/
7. Organização Mundial da Saúde, Qué son las enfermedades cardiovasculares? [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 22]. Available from: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/
8. World Health Organization - Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 22]. Available from: http://www.who.int/nmh/countries/bra_en.pdf?ua=1
9. Lotufo PA. Cardiovascular diseases in Brazil: premature mortality, risk factors and priorities for action. Comments on the preliminary results from the Brazilian National Health Survey (PNS), 2013. Sao Paulo Med J [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 22]; 133(2):69-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v133n2/1516-3180-spmj-133-02-00069.pdf>
10. Silva RMA, Santos SMJ, Silveira MBMM, Oliveira SLL, Costa BGS, Sanches LMP, Silva TCLM. Declaração de óbito: ferramenta para caracterização do perfil epidemiológico de mortalidade. No prelo 2016.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito [internet]. 2010. [cited 2017 Oct 22]. Available from: http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual_Instr_Preench_DO_2011_jan.pdf

12. Sousa MNA, Cavalcante AM, Sobreira REF, Bezerra ALD, Assis EV, Feitosa ANA. Epidemiologia das internações em uma unidade de terapia intensiva. C&D-Revista Eletrônica da Fainor [Internet]. 2014 jul-dez [cited 2017 Oct 22];7(2):178-186. Available from: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/288/203>
13. Fantini JA, Gaglianone CC, Ribeiro RCHM, Cesarino CB, Rodrigues CC, Beccaria LM. Perfil clínico dos pacientes com doenças cardiovasculares atendidos na emergência de um hospital de ensino. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2015 dez [cited 2017 Oct 22]; 9(12):1078-84. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10810/11986>
14. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2014 jun-abr [cited 2017 Oct 22]; 19(4):1263-1274. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63030543027>
15. Ministério da saúde (BR). Indicadores de mortalidade. Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório [Internet]. 2012 [cited 2017 Oct 22]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?idb2012/c08.def>
16. Luz FE, Santos BRM, Sabino W. Estudo comparativo de mortalidade por doenças cardiovasculares em São Caetano do Sul (SP), Brasil, no período de 1980 a 2010. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 22];22(1):161-168. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63049169020>
17. Diniz MA, Tavares DMS. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos de um município do interior de Minas Gerais. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2013 OctDec [cited 2017 Oct 22];22(4):885-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/03.pdf>

18. Rangel FOD. Abordagem contemporânea do choque cardiogênico. *Jornal Brasileiro de Medicina* [Internet]. 2013 mar-abr [cited 2017 Oct 22];101(2):19-24. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2013/v101n2/a3985.pdf>
19. França CDM, Albuquerque PR, Santos ACBC. Perfil Epidemiológico da Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário. *InterScientia* [Internet]. 2013 mai-ago [cited 2017 Oct 22];1(2)72-82.
20. Leite IC, Valente JG, Schramm JMA, Daumas RP, Rodrigues RN, Santos MF, et al. Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2015 jul [cited 2017 Oct 22];31(7):1551-1564. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1551.pdf>
21. Ministério da saúde (BR). Indicadores de mortalidade. Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório [Internet]. 2012 [cited 2017 Oct 22]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c08.def>
22. Silva JAC. Yamazaki VN. Oliveira JPS. et al. Declaração de óbito, compromisso no preenchimento. Avaliação em Belém-PE Pará, em 2010. *Rev Assoc Med Bras.* 2013; 59(4): 335-340.

ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA

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)

RESUMO (somente no idioma original)

DESCRITORES (Português/Inglês/Espanhol)

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
em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/authorship_responsibility.doc (download)

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 (checklist e fluxograma); 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 e elementos institucional, 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: Edinaldo Cavalcante de Araújo¹, Maria Prado²

♦ **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/Descriptoros** (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" (DeCS: <http://decs.bvs.br>), e/ou do *Medical Subject Headings (MESH)*: <https://meshb.nlm.nih.gov/search>).

***MÉTODO** – 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) Formação, maior titulação, principal instituição a que pertence, cidade, estado (sigla), país e E-mail.

*Ex: ¹Enfermeiro, Professor Doutor, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco/PPGENF/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: reuol.ufpe@gmail.com

*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).

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

***Método** – 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** – 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** – 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**): devem ser elaboradas para reprodução direta pelo Editor de Layout, elaboradas em cores (use as várias tonalidades de tabelas em cores verde oferecidas automaticamente pelo Office), inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto, conteúdo em fonte 12 com a primeira letra em maiúscula. Se usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Não usar linhas horizontais ou verticais internas. 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 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. .¹

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 e espaçamento 2,0 entre linhas (sem aspas e em 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.

♦ **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 3 (três) referências estrangeiras.

- 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 e Inglês, 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.
- Referenciar o(s) autor(es) 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: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/746>
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.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15875.pdf>
3. Jablonski S. Online Multiple Congenital Anomaly/Mental Retardation (MCA/MR) Syndromes [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); c1999 [updated 2001 Nov 20; cited 2002 Aug 12]. Available from: http://www.nlm.nih.gov/archive//20061212/mesh/jablonski/syndrome_title.html

Itens de Verificação 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. Segui RIGOROSAMENTE as "Diretrizes para Autores", na seção "SOBRE": <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/about/submissions#onlineSubmissions>
2. SEI que havendo incompletude ou inadequação a submissão SERÁ ARQUIVADA após comunicado. Novo processo de submissão deverá ser INICIADO.

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Pesquisador: TASSIA CAMPOS DE LIMA E SILVA

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

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Versão: 1

CAAE: 54171016.9.0000.5208

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;
Nahâmi 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 AgostinhoPE. Serão analisadas declarações emitidas durante os anos de 2014 e 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 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

Orçamento estimado em R\$ 609,00 referente aos cuatos 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).

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.

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

			SILVA	
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	autorizacaousodedadosassinadocarimba do.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

Gisele Cristina Sena da Silva Pinho**(Coordenador)**