



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E INDICADORES DE  
ENFERMAGEM EM PACIENTES EM CUIDADOS  
PALIATIVOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**SABRINA OLIVEIRA DA SILVA**

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Karla Alexsandra de Albuquerque

**RECIFE - PE  
2025**

SABRINA OLIVEIRA DA SILVA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E INDICADORES DE  
ENFERMAGEM EM PACIENTES EM CUIDADOS  
PALIATIVOS EM UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de conclusão de curso, no formato Artigo, apresentado a Coordenação do Curso de Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito à obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Karla Alexsandra de Albuquerque.

RECIFE - PE  
2025

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

Silva, Sabrina Oliveira da.

Perfil epidemiológico e indicadores de enfermagem em pacientes em cuidados paliativos em um hospital universitário / Sabrina Oliveira da Silva. - Recife, 2025.

38p : il., tab.

Orientador(a): Karla Alexandra de Albuquerque

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Enfermagem - Bacharelado, 2025.  
10.

Inclui referências, apêndices, anexos.

1. Cuidados paliativos. 2. Neoplasias. 3. Enfermagem. 4. Indicadores de qualidade. 5. Assistência ao paciente. I. Albuquerque, Karla Alexandra de. (Orientação). II. Título.

610 CDD (22.ed.)

**SABRINA OLIVEIRA DA SILVA****PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E INDICADORES DE RESULTADOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem como requisito à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Trabalho aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª Drª Karla Alexandra de Albuquerque (Orientadora)  
Universidade Federal de Pernambuco  
Presidente da banca

---

Profª Drª Cecília Frazão Queiroz  
Universidade Federal de Pernambuco  
1 Examinador

---

Profª Draª Maria do Socorro Claudino Barreiro  
Universidade Federal de Pernambuco  
2 Examinador

RECIFE - PE  
2025

Als das Kind Kind war, war es die Zeit der folgenden Fragen:  
Warum bin ich ich und warum nicht du?  
Warum bin ich hier und warum nicht dort?  
Wann begann die Zeit und wo endet der Raum?  
Ist das Leben unter der Sonne nicht bloß ein Traum?  
Ist was ich sehe und höre und rieche nicht bloß der Schein einer Welt vor der Welt?  
Gibt es tatsächlich das Böse und Leute, die wirklich die Bösen sind?  
Wie kann es sein, daß ich, der ich bin, bevor ich wurde, nicht war, und daß einmal  
ich, der ich bin, nicht mehr der ich bin, sein werde?  
— *Peter Handke*

(Quando a criança era criança, era o tempo destas perguntas:  
Por que eu sou eu e não você?  
Por que estou aqui e não lá?  
Quando começou o tempo, e onde termina o espaço?  
Será que a vida sob o sol nada mais é que um sonho?  
Será que o que vejo, escuto e cheiro não é mais que uma miragem do mundo anterior ao mundo?  
Será que o mal existe mesmo e pessoas realmente más?  
Como pode? Eu, que sou eu, não existia antes de existir e, alguma vez, eu, aquele que sou, não serei mais quem  
sou? *Peter Handke*)

Às minhas avós: Edileuza, Marina e Lenira.

## AGRADECIMENTOS

Cada passo carrega em si o eco de muitas presenças.

Aos meus pais, Jeffson e Eliane, e à minha irmã, Yasmim: meu lar. Obrigada por incentivarem, desde a infância, meu amor pela leitura e pelos estudos. Obrigada por todo o apoio e carinho e por investirem nos meus sonhos sem medir esforços. Quando eu venço, vocês também vencem. Eu nunca serei capaz de traduzir, em palavras, a imensidão da minha gratidão.

Ao meu gato, Salem, por ser a melhor companhia — meu refúgio, conforto e paz diária.

À minha tia Lila e ao meu afilhado José Arthur, por representarem o aconchego de uma família que me acolhe e me anima. Obrigada por me lembrarem, com simplicidade e ternura, que o amor é sempre uma força que empurra para frente.

Aos meus melhores amigos, Laíse, Fernando e Evellyn, por serem o meu exemplo e o meu significado de amizade. Obrigada por tanto, e por tudo. A vida melhora quando vocês estão por perto — eu gosto de existir com vocês.

À Equipe IV da Unidade Básica de Saúde Vila Arraes e à Equipe de Oncologia do Hospital das Clínicas, por me ensinarem que o cuidado é, antes de tudo, o encontro. Obrigada pela partilha de conhecimento, pela parceria, liberdade, confiança, companheirismo e pelo amor visível à profissão que escolhemos.

À minha orientadora, a querida *Profe* Karla, por sua generosidade com o tempo, paciência e disposição ao longo deste trabalho. Sua orientação foi bússola e impulso.

Aos professores, monitores e pacientes, pelo aprendizado, pela contribuição fundamental em cada etapa desta jornada acadêmica e pelas sementes que lançaram em minha trajetória.

A mim mesma, por minha determinação e coragem. Por eu ter acreditado. Por eu ter conseguido.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Dados sociodemográficos dos pacientes atendidos entre 2020 e 2024 pela Comissão de Cuidados Paliativos do HC-UFPE. Recife-PE, Brasil, 2025. 7
- Tabela 2.** Dados da doença e tratamento oncológico dos pacientes atendidos nos últimos 5 anos pela Comissão de Cuidados Paliativos do HC-UFPE. Recife-PE, Brasil, 2025. 9
- Tabela 3.** Sinais e sintomas relacionados à doença ou tratamento, internação e óbito dos pacientes atendidos pela Comissão de Cuidados Paliativos do HC-UFPE nos últimos 5 anos. Recife-PE, Brasil, 2025. 11
- Tabela 4.** Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem de pacientes atendidos pela Comissão de Cuidados Paliativos do HC-UFPE nos últimos 5 anos. Recife-PE, Brasil, 2025 12
- Tabela 5.** Detalhamento dos indicadores de processo de enfermagem dos pacientes atendidos pela Comissão de Cuidados Paliativos do HC-UFPE nos últimos 5 anos. Recife-PE, Brasil, 2025. 28
- Tabela 6.** Detalhamento dos indicadores de resultados de enfermagem dos pacientes atendidos pela Comissão de Cuidados Paliativos do HC-UFPE nos últimos 5 anos. Recife-PE, Brasil, 2025. 31

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Modelo integrado de assistência em CP adaptado. Fonte: O autor, 2025 18

# SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>5</b>
	Objetivo geral	5
	Objetos específicos	5
<b>3.</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>5</b>
<b>4.</b>	<b>ANÁLISE DE DADOS</b>	<b>7</b>
<b>5.</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>13</b>
<b>6.</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>23</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>24</b>
	<b>APÊNDICE</b>	<b>28</b>
	Apêndice 1 - Questionário De Coleta De Dados	28
	Apêndice 2 - Dados Complementares Às Tabelas	28
	<b>ANEXOS</b>	<b>32</b>
	Anexo A – Normas Revista - REBEN	32

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E INDICADORES DE ENFERMAGEM EM PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS/UFPE – UMA ESTIMATIVA DE 2020 A 2024

Sabrina Oliveira da Silva<sup>1</sup>; Karla Alexsandra de Albuquerque<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Discente do Departamento de Enfermagem/CCS/UFPE. Tel: (81) 981383121. E-mail: [sabrina.oliveiras@ufpe.br](mailto:sabrina.oliveiras@ufpe.br)

<sup>2</sup>Orientadora. Docente do Depto de Enfermagem/CCS/UFPE. Recife - PE. E-mail: [karla.albuquerque@ufpe.br](mailto:karla.albuquerque@ufpe.br)

**RESUMO:** Os cuidados paliativos visam proporcionar qualidade de vida a pacientes com doenças ameaçadoras da vida, como o câncer, por meio de uma abordagem multidimensional e contínua. A enfermagem possui papel essencial nesse contexto, sendo responsável por avaliar e acompanhar os pacientes de forma integral. Objetivou-se analisar o perfil epidemiológico e os indicadores de enfermagem dos pacientes em Cuidados Paliativos atendidos no Hospital das Clínicas/EBSERH/UFPE, nos últimos cinco anos. Estudo transversal, quantitativo e retrospectivo, realizado por meio da análise de prontuários de pacientes acompanhados pela Comissão de Cuidados Paliativos em um hospital público universitário. As variáveis incluíram dados sociodemográficos, clínicos, sinais e sintomas, internações, óbito, procedimentos e indicadores de qualidade da assistência de enfermagem de processo e resultados criados pelo Núcleo de Gerenciamento Hospitalar da Associação Paulista de Medicina (2006). Os pacientes eram, em sua maioria, pacientes idosos ( $X= 61,9 \pm 13,2$ ), casados (42,5%), com ensino médio completo (27,4%). Todos eram pacientes oncológicos, em fases avançadas da doença, que realizava tratamento modificador de doença atualmente (30,5%) ou estavam em Cuidados Paliativos Exclusivos (53,3%), com sintomas intensos, principalmente palidez (7,6%) e dor (7,3%) e internações recorrentes para controle de sintomas (35,4%) em uma média de  $5,27 \pm 2,95$  meses. Entre os indicadores de processo, a incidência de úlcera por pressão foi a mais prevalente (28,8%), seguida da incidência de não conformidade da administração de medicamentos (16,4%) e da perda de sonda nasogastrointestinal (15,1%). Dentre os indicadores de resultados, a taxa de mortalidade foi a mais prevalente (75,3%). A atuação tardia da equipe de CP pode ter impactado negativamente no controle de sintomas e na manutenção da funcionalidade, assim como na continuidade do cuidado. Aspectos psicossociais e espirituais foram frequentemente negligenciados. Evidenciou-se a importância de iniciar os Cuidados Paliativos precocemente, promover educação continuada entre os profissionais, utilizar indicadores sistematicamente e qualificar os registros, para garantir uma assistência integral e de qualidade aos pacientes oncológicos.

**Descritores:** Cuidados paliativos. Neoplasias. Enfermagem. Indicadores de qualidade. Assistência ao paciente.

**ABSTRACT:** Palliative care aims to provide quality of life to patients with life-threatening diseases, such as cancer, through a multidimensional and continuous approach. Nursing plays an essential role in this context, being responsible for evaluating and monitoring patients in a comprehensive manner. The objective of this study was to analyze the epidemiological profile and nursing indicators of patients receiving Palliative Care treated at the Hospital das Clínicas/EBSERH/UFPE over the

last five years. This is a cross-sectional, quantitative, and retrospective study conducted by analyzing the medical records of patients monitored by the PC Committee at a public university hospital. The variables included sociodemographic and clinical data, signs and symptoms, hospitalizations, deaths, procedures, and indicators of quality of nursing care in terms of process and results, according to Donabedian (1980). The patients were mostly elderly ( $X = 61.9 + 13.2$ ), married (42.5%), and with a high school diploma (27.4%). All were oncology patients in advanced stages of the disease, currently undergoing disease-modifying treatment (30.5%) or receiving exclusive palliative care (53.3%), with intense symptoms, mainly pallor (7.6%) and pain (7.3%), recurrent hospitalizations for symptom control (35.4%), and a death rate of 75.3% in an average of  $5.27 + 2.95$  months. Among the process indicators, the incidence of pressure ulcers was the most prevalent (28.8%), followed by the incidence of non-compliance with medication administration (16.4%) and loss of nasogastric tube (15.1%). Among the outcome indicators, the mortality rate was the most prevalent (75.3%). The late intervention of the PC team may have negatively impacted symptom control and maintenance of functionality, as well as continuity of care. Psychosocial and spiritual aspects were frequently neglected. The importance of initiating PC early, promoting continuing education among professionals, using indicators systematically and qualifying records was highlighted, to ensure comprehensive and quality care for cancer patients.

Descriptors: Palliative care. Neoplasms. Nursing. Quality indicators. Patient care.

## 1. INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) são uma abordagem que visa ofertar assistência integral, interdisciplinar e humanizada a pacientes e familiares que vivenciam doenças crônicas, limitantes e que ameaçam a continuidade da vida, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida destes indivíduos através do atendimento às suas necessidades humanas básicas e na prevenção e alívio do sofrimento, ocasionado pela doença ou por seu tratamento (OMS, 2020).

O cuidado e controle dos sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais tornam-se uma das prioridades na abordagem dos Cuidados Paliativos. E os sintomas que mais acometem os pacientes nesta abordagem, são: fadiga (74%), dor (71%) e anorexia/caquexia (>50%), seguidos por outros como constipação, perda de peso e ansiedade/depressão (TEUNISSEN et al., 2007).

Os cuidados paliativos possuem características que acabam superando a assistência hospitalar tradicional, como melhor utilização dos recursos tecnológicos e financeiros, com redução da assistência intervencionista, mediante o adequado controle dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, o que resulta em

redução das re-hospitalizações, redução da quantidade de medicações e procedimentos invasivos, redução do tempo de hospitalização (TEUNISSEN et al., 2007).

Apesar disso, ainda há uma lacuna de estudos quanto a estas informações, assim como no adequado conhecimento do perfil epidemiológico e clínico dos pacientes, tanto para avaliação da assistência e gestão do cuidado em CP, quanto para avaliação da assistência de enfermagem através dos indicadores de resultados. Portanto, necessita-se de um aprofundamento na discussão e conhecimento sobre o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes em CP, a fim de instrumentalizar o planejamento da gestão hospitalar e a tomada de decisão gerencial e assistencial em enfermagem.

Cuidar de pacientes em CP pode representar um fluxo de atividades de enfermagem que extrapolam os procedimentos técnicos, e pode tornar-se uma das situações mais tensas e exigentes para o enfermeiro. Prestar uma assistência com objetividade e cientificidade, afetuosidade e empatia torna-se crucial, buscando-se os melhores resultados de enfermagem, e reduzindo o sofrimento imposto ao paciente pela evolução da doença (TEUNISSEN et al., 2007).

A melhoria contínua da qualidade assistencial deve ser considerada pela equipe multiprofissional, principalmente pelos enfermeiros, como um processo dinâmico e exaustivo, e requer a implementação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados. O enfermeiro precisa analisar os resultados da assistência prestada para (re)definir estratégias gerenciais, o que pode ser feito por meio da utilização de indicadores de avaliação de desempenho que sejam mensuráveis, claros, objetivos e comparáveis com referenciais internos e externos (KURCGANT, 2010).

Na literatura é possível ser encontrados 18 indicadores para enfermagem que contemplam segmentos relacionados à avaliação do paciente, ao prontuário do paciente, a procedimentos cirúrgicos, ao uso de anestesia e de antibióticos, ao controle de infecção, ao uso de sangue e hemoderivados, ao gerenciamento de riscos, suprimentos e medicamentos, à satisfação do paciente e do

colaborador/trabalhador e ao gerenciamento de dados demográficos, financeiros, relacionados à vigilância e ao controle e prevenção de eventos que ameacem a segurança do paciente, famílias e profissionais envolvidos na assistência (FUGULIN et al., 2005; MASSAROLI et al., 2017).

Segundo Donabedian (1980), os indicadores podem ser classificados como: 1) indicadores de processo (incidência de queda do paciente, incidência de lesão por pressão, incidência de flebite, incidência de não conformidade da administração de medicamentos, incidência de extubação não programada, perda de sonda nasogastrointestinal, incidência de obstrução de cateter venoso central, taxa de acidente de trabalho de profissionais de enfermagem); 2) indicadores de estrutura (distribuição de técnicos e auxiliares de enfermagem x leito, distribuição de enfermeiros x leito, horas de treinamento de profissionais de enfermagem, taxa de absenteísmo de enfermagem, média de permanência, taxa de rotatividade de enfermagem) e 3) indicadores de resultado (taxa de mortalidade e taxa de ocupação, taxa de infecção hospitalar, satisfação do cliente/paciente, média de permanência).

Nesse sentido, é preciso que os enfermeiros definam um conjunto de dados mínimos, indispensáveis para a descrição e monitoramento de sua prática, além de buscar ferramentas para uma adequada gestão em saúde e avaliação dos resultados da sua assistência, o que se torna uma importante ferramenta para a avaliação e gestão da assistência em saúde.

Diante do exposto, conhecer o perfil epidemiológico de pacientes em CP no contexto hospitalar constitui uma fonte indispensável de dados para a gestão em saúde e de Enfermagem, fornecendo subsídios fundamentais para a formulação de práticas embasadas em evidências que atendam às necessidades específicas desse público-alvo. No âmbito do Hospital das Clínicas/EBSERH/UFPE, a compreensão detalhada desse perfil torna-se crucial para o delineamento de estratégias de cuidado que visem a promoção da qualidade de vida e o manejo adequado dos sintomas, conforme as diretrizes estabelecidas pela OMS.

Além disso, a investigação de indicadores de qualidade da assistência de Enfermagem configura uma ferramenta estratégica de avaliação da efetividade das intervenções implementadas, permitindo ajustes nas práticas assistenciais e

contribuindo para a melhoria contínua dos serviços prestados. A carência de estudos direcionados a essa temática no contexto da região Nordeste do Brasil realça a pertinência da presente pesquisa, oferecendo uma base sólida para a implementação de cuidados que levem em consideração as particularidades locais. Assim, este estudo pretende prover insumos valiosos para a tomada de decisão e por parte de gestores e profissionais de enfermagem, visando à otimização da assistência em CP.

Ressalta-se ainda que esta pesquisa está ligada a participação em grupo de pesquisa CNPq ligado a temática de “Enfermagem e Cuidados Paliativos” e a iniciação científica, e pode contribuir com o aumento do conhecimento sobre os temas propostos e elucidar marcadores relacionados a área de experiência dos pesquisadores envolvidos.

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

- Analisar o perfil epidemiológico e os indicadores de enfermagem dos pacientes em Cuidados Paliativos.

### **Objetivos específicos**

- Identificar o perfil sociodemográfico dos pacientes em Cuidados Paliativos.
- Conhecer o perfil clínico da doença, sinais e sintomas e tratamento dos pacientes em Cuidados Paliativos.
- Analisar os indicadores de processo e de resultados de enfermagem durante a internação dos pacientes em Cuidados Paliativos.

## **3. MÉTODO**

Estudo transversal, quantitativo e retrospectivo, realizado em 73 prontuários de pacientes atendidos pela Comissão de Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/EBSERH/UFPE), entre 2020 e 2024, com idade acima de 18 anos, de ambos os sexos, independente do diagnóstico médico. Excluíram-se aqueles pacientes com deficiência cognitiva que compromettesse significativamente a compreensão ou a gestão de sua condição

clínica.

Os prontuários foram selecionados a partir da listagem de pacientes atendidos pela Comissão de Cuidados Paliativos do HC/EBSERH/UFPE, entre os anos de 2020 a 2024. A coleta de dados foi realizada de novembro de 2024 a janeiro de 2025, por meio de consulta aos prontuários eletrônicos dos pacientes selecionados e acessados através do Sistema de Prontuário Eletrônico utilizado pelo hospital, com duração aproximada de 30 minutos por prontuário.

Os dados foram coletados através de um questionário estruturado, através do *Google Forms*, contendo aproximadamente 104 perguntas fechadas, e que incluíram informações sociodemográficas, clínicas, da doença e tratamento, sinais e sintomas relacionados a doença e tratamento, internações e óbito, procedimentos realizados e indicadores de qualidade da assistência de enfermagem, criados pelo Núcleo de Gerenciamento Hospitalar da Associação Paulista de Medicina (2006) e classificados conforme Donabedian (1980). Este autor considera 18 indicadores para enfermagem, classificados em indicadores de processo, indicadores de estrutura e indicadores de resultado. Para este estudo, foram avaliados os seguintes indicadores:

- Indicadores de processo - incidência de queda do paciente, incidência de úlcera por pressão, incidência de flebite, incidência de não conformidade da administração de medicamentos, incidência de extubação não programada, perda de sonda nasogastrointestinal, incidência de obstrução de cateter venoso central;
- Indicadores de resultado - taxa de mortalidade, taxa de infecção hospitalar, média de permanência.

Os demais indicadores propostos por esse autor não foram possíveis serem mensurados através dos prontuários eletrônicos dos pacientes, portanto não foram estudados.

Os dados foram exportados do *Google Forms* para planilhas do programa *Microsoft Office Excel®* e analisados descritivamente, com medidas de frequência absoluta e relativa, bem como medidas de tendência central e dispersão (média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo).

A pesquisa seguiu todas as normas éticas estabelecidas pela Resolução MS/CNS 466/2012 e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. O sigilo e a confidencialidade dos dados foram assegurados conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

#### 4. ANÁLISE DE DADOS

Os dados apresentados foram extraídos do prontuário eletrônico dos pacientes, totalizando uma amostra de 73 prontuários. Na Tabela 1 são apresentados os dados sociodemográficos dos pacientes atendidos de 2020 a 2024 pela Comissão de Cuidados Paliativos do HC-UFPE/EBSERH. A maioria dos pacientes eram do sexo masculino (57,5%), com idade média de 61,9 anos (DP =  $\pm 13,2$ ), casados (42,5%), pardos (87,7%). A grande maioria dos pacientes não tiveram sua religião registrada em seu prontuário (61,6%). A maioria dos pacientes eram procedentes da capital (64,4%), possuíam o ensino médio (27,4%) e não exerciam nenhuma atividade laboral (45,2%).

**Tabela 1.** Dados sociodemográficos dos pacientes atendidos entre 2020 e 2024 pela Comissão de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário. Recife-PE, Brasil, 2025.

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	31	42,5
Masculino	42	57,5
<b>Idade</b>		
Média (DP)	61,9 ( $\pm 13,21$ )	
Mediana (Min - Max)	63 (32 - 99)	
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	17	23,3
Casado	31	42,5
Divorciado	7	9,6
Viúvo	9	12,3
União estável	9	12,3
<b>Raça/cor</b>		
Branco	4	5,5
Pardo	64	87,7
Preto	5	6,8
<b>Religião</b>		

Católico	10	13,7
Evangélico	12	16,4
Sem religião	3	4,1
Outras <sup>1</sup>	3	4,1
Não registrado	45	61,6
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto ou sem grau de instrução	14	19,2
Ensino fundamental completo	10	13,7
Ensino fundamental incompleto	15	20,5
Ensino médio completo	20	27,4
Ensino médio incompleto	5	6,8
Ensino superior completo	3	4,1
Ensino superior incompleto	3	4,1
Não registrado	3	4,1
<b>Procedência<sup>2</sup></b>		
Capital	47	64,4
Interior	25	34,2
<b>Exerce profissão?</b>		
Sim	23	31,5
Não	33	45,2
Não registrado	17	23,3

<sup>1</sup> Espírita Kardecista, Candomblé, Testemunha de Jeová; <sup>2</sup> 01 não registrado.

Na Tabela 2 são apresentados os dados da doença e tratamento clínico. Pode-se observar que todos os pacientes eram paciente oncológicos, diagnosticados nos últimos 4 anos (80,8%), principalmente no ano de 2024 (35,6%).

Os tumores primários prevalentes entre os pacientes foram os canceres sanguíneos (21,9%), seguidos pelo de próstata (13,7%) e pelo câncer colorretal (12,3%). Mais da metade dos pacientes (57,5%) apresentavam metástases, enquanto 17,8% ainda estavam em investigação do estadiamento oncológico.

Em relação ao tratamento oncológico, 80,8% já haviam realizado tratamento anterior a última internação, tendo 37% iniciado no ano de 2024, e 45,3% ainda realizavam terapia antineoplásica. Importante registrar que 53,3% encontravam-se atualmente em Cuidados Paliativos exclusivos. Os principais tratamentos realizados atualmente são a Quimioterapia ou Radioterapia Paliativa (22,3%) ou a Hormonioterapia paliativa (8,2%).

A maioria dos pacientes apresentavam comorbidades (78,1%). Entre as condições mais comuns, destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS),

presente em 73,7% dos pacientes, seguida pela *Diabetes Mellitus* (DM) em 35,1% dos pacientes e doenças renais crônicas (10,5%). A maioria dos pacientes (75,3%) fazia uso de outras medicações contínuas, além do tratamento oncológico.

Importante destacar o percentual de falta de registro de algumas medicações de uso clínicas e pessoais nos prontuários analisados.

**Tabela 2.** Dados da doença e tratamento oncológico dos pacientes atendidos nos últimos 5 anos pela Comissão de Cuidados Paliativos do HC-UFPE. Recife-PE, Brasil, 2025.

Variáveis	n	%
<b>Data do diagnóstico</b>		
2021 - 2024	59	80,8
2016 - 2020	9	12,3
2011 - 2015	5	6,8
<b>Tumor primário</b>		
Sangue* (Leucemia, Linfoma, Mieloma)	16	21,9
Próstata	10	13,7
Fígado/Vesícula/Pâncreas	9	12,3
Cólon/Reto	9	12,3
Esôfago/Estômago	6	8,2
Boca ou Laringe	5	6,8
Pulmão	4	5,5
Útero/Ovário	4	5,5
Rim/Bexiga	4	5,5
Mama	3	4,1
Cabeça e pescoço	2	2,7
Tireoide	1	1,4
<b>Metástases</b>		
Sim	42	57,5
Não	18	24,7
Em investigação	13	17,8
<b>Tratamento antineoplásico anterior</b>		
Sim	59	80,8
Não	12	16,4
Não registrado	2	2,7
<b>Tratamento antineoplásico atual</b>		
Sim	34	45,3
Não	1	1,3
Cuidados Paliativos Exclusivos (CPE)	40	53,3

Variáveis	n	%
<b>Data do diagnóstico</b>		
2021 - 2024	59	80,8
2016 - 2020	9	12,3
2011 - 2015	5	6,8
<b>Tumor primário</b>		
Sangue* (Leucemia, Linfoma, Mieloma)	16	21,9
Próstata	10	13,7
Fígado/Vesícula/Pâncreas	9	12,3
Cólon/Reto	9	12,3
Esôfago/Estômago	6	8,2
Boca ou Laringe	5	6,8
<b>Outras doenças não-oncológicas</b>		
Sim	57	78,1
Não	10	13,7
Não registrado	6	8,2
<b>Uso de outras medicações contínuas</b>		
Sim	55	75,3
Não	8	11,0
Não registrado	10	13,7

Na Tabela 3 são demonstrados os dados sobre sinais e sintomas referentes a doença e tratamento, internações e óbitos dos pacientes. Entre os sinais e sintomas, destacam-se a palidez (7,6%), dor (7,3%), dispneia (6,6%) e constipação (6,4%) e edema (6,1%). A maioria dos pacientes utilizaram cateteres (35,1%) ou sondas (30,7%) para alívio dos sintomas.

Em 2024, a maioria dos pacientes teve entre 1 e 4 internações (64,4%), e 19,2% foi internado 5 ou mais vezes, refletindo a gravidade e a complexidade do quadro oncológico. No entanto, 16,4% não apresentaram internações no último ano, indicando estabilização do quadro clínico ou óbito. A principal razão para a última internação foi o Controle de Sintomas (35,4%) ou Redução da Funcionalidade (17,1%), compatível em quadros de pacientes em CP. Já quanto a mortalidade, 75,3% dos pacientes faleceram ao longo do acompanhamento, tendo o óbito ocorrido em aproximadamente 5,27 meses (DP =  $\pm$  2,95).

**Tabela 3.** Sinais e sintomas relacionados à doença ou tratamento, internação e óbito dos pacientes atendidos pela Comissão de Cuidados Paliativos do HC-UFPE nos últimos 5 anos. Recife-PE, Brasil, 2025.

Variáveis	n	%
<b>Sinais e/ou sintomas relativos à doença ou tratamento<sup>1</sup></b>		
Palidez	50	7,6
Dor	48	7,3
Dispneia	43	6,6
Constipação	42	6,4
Edema	40	6,1
Inapetência	39	5,9
Astenia	28	4,3
Êmese	27	4,1
Náusea	27	4,1
Ansiedade	27	4,1
Magreza	26	4,0
Sonolência	25	3,8
Febre	22	3,4
Depressão	19	2,9
Insônia	19	2,9
Lesões de pele	18	2,7
Sangramentos	18	2,7
Oligúria	17	2,6
Cicatriz	16	2,4
Tosse	14	2,1
Icterícia	11	1,7
Diarreia	7	1,1
Fadiga	6	0,9
Outros sintomas <sup>2</sup>	64	9,8
<b>Dispositivos utilizados</b>		
Cateteres	40	35,1
Sondas	35	30,7
Drenos	7	6,1
Estomas <sup>3</sup>	15	17,1
Traqueóstomo	4	3,5
Tube orotraqueal ou Máscara	2	1,8
<b>Internações no último ano</b>		
0	12	16,4
1 a 2	24	32,9
3 a 4	23	31,5

5 ou mais	14	19,2
<b>Motivo da última internação</b>		
Controle de sintomas	31	35,4
Redução da funcionalidade	15	17,1
ITU	6	6,1
Cirurgia	4	4,9
Crises convulsivas	4	2,4
Choque séptico	3	1,2
Dispneia	2	2,4
Outros <sup>1</sup>	18	19,5
<b>Óbito</b>		
Sim	55	75,3
Não	18	24,7
<b>Tempo do óbito (em meses)</b>		
Média (DP)	5,27 ( $\pm 2,95$ )	
Mediana (Min-Max)	5 (1 - 10)	

<sup>1</sup> Múltiplas respostas;

<sup>2</sup> Outros sintomas = Deformidade, Prurido, Crises convulsivas, Sialorreia, Disfagia, Mal-estar, Ressecamento, Alopecia, Cianose, Disúria, Esquecimento, Hemiparesia, Tontura, Agitação, Boca seca, Cansaço, Disartria, Empachamento, Engasgo, Hipoacusia, Hipofonia, Mucosite, Odinofagia, Paresia/ Parestesia, Pirose, Regurgitação, Soluço, Sudorese, Tonturas, Visão turva;

<sup>3</sup> Estomas = Gastrostomia, Colostomia, Ileostomia, Ureterostomia.

Os indicadores de enfermagem que avaliam a qualidade da assistência podem ser observados na Tabela 4. Percebe-se que, entre os indicadores de processo, a Incidência de lesão por pressão foi a mais prevalente (28,8%), seguida da Incidência de não conformidade da administração de medicamentos (16,4%) e da Perda de sonda nasogastrointestinal (15,1%). Dentre os indicadores de resultados, o percentual de mortalidade foi o mais prevalente (75,3%). Dados adicionais a estes indicadores podem ser observados nas Tabelas 5 e 6, no Apêndice 2.

**Tabela 4.** Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem de pacientes atendidos pela Comissão de Cuidados Paliativos do HC-UFPE nos últimos 5 anos. Recife-PE, Brasil, 2025.

Indicadores	Classificação (Donabedian)	n	%
Incidência de flebite	Processo	1	1,4
Incidência de úlcera por pressão	Processo	21	28,8
Incidência de quedas	Processo	2	2,7
Incidência de não conformidade da administração de medicamentos	Processo	12	16,4

Incidência de extubação não programada	Processo	--	--
Perda de sonda nasogastroenteral	Processo	11	15,1
Incidência de obstrução de cateter venoso central (CVC)	Processo	--	--
Taxa de infecção hospitalar	Resultados	4	5,5
Média permanência <sup>1</sup>	Resultados	73	100,0
Taxa de mortalidade	Resultados	55	75,3

<sup>1</sup> Considerado acima de 30 dias – permanência prolongada.

## 5. DISCUSSÃO

A abordagem inovadora ao investigar a utilização de indicadores de qualidade na assistência de Enfermagem em Cuidados Paliativos oncológicos em um hospital público universitário foi o fio condutor do presente trabalho, sendo indissociável para o trabalho de enfermagem.

Para a Enfermagem, a compreensão e análise desses indicadores são fundamentais para o desenvolvimento de intervenções seguras, holísticas e embasadas em evidências científicas, garantindo excelência no trabalho prestado, melhores índices de saúde, menor tempo de permanência hospitalar e de custos hospitalares. Para os pacientes, isto se traduz em um cuidado mais integral e eficaz, promovendo dignidade, alívio do sofrimento e apoio em todas as dimensões da vida, alinhadas às diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e dos Cuidados Paliativos.

O perfil predominante de pacientes idosos, pardos, com filiação religião protestante ou católica, baixa escolaridade e origem majoritária da capital mostra consonância com os dados demográficos divulgados para a cidade de Recife no último censo nacional (IBGE, 2022). No que tange aos Cuidados Paliativos (CP), idosos, com doença oncológica avançada e grande quantidade de sintomas associados a doença e tratamento, e alta mortalidade assemelha-se ao encontrado em outros trabalhos (Costa et al., 2021; Pitas et al., 2020; Oliveira, 2018). A prevalência de pessoas idosas nos serviços de saúde reflete o aumento da expectativa de vida e o consequente aumento das doenças crônico-degenerativas, como o câncer. Estudos multicêntricos demonstram que a população idosa em

cuidados paliativos apresenta maior vulnerabilidade clínica, com significativo declínio funcional acelerado durante a progressão da doença. Essa condição resulta em maior incidência de complicações relacionadas tanto à patologia de base quanto aos tratamentos, além de elevar as taxas de mortalidade nesse grupo etário (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020; KELLEY et al., 2011).

Importante ressaltar que pessoas pardas e negras, com baixa escolaridade dentre a maioria de pacientes atendidos, pode indicar as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, especialmente no contexto de um hospital público. Populações negras e pardas, historicamente são mais vulneráveis socioeconomicamente, tendem a acessar o sistema de saúde em estágios mais avançados da doença (SANTOS et al., 2020). Baixos níveis educacionais também estão associados a maior prevalência de doenças crônicas, estando atrelada ao acesso à informação, à adequada prevenção e à adesão ao tratamento, refletindo nos resultados clínicos (HAHN, TRUMAN, 2015).

A manutenção da funcionalidade e contar com rede de apoio na trajetória da sua doença e tratamento são pontos cruciais no que diz respeito à qualidade de vida e atendimento em saúde dos pacientes. Estar casado ou possuir união estável pode indicar possivelmente maior suporte social e emocional oferecido pelo cônjuge. Dados encontrados demonstram que indivíduos casados tendem a apresentar melhores desfechos em saúde, principalmente no tocante de doenças crônicas e terminais (KIECOLT-GLASER, NEWTON, 2001). Por outro lado, a redução da atividade laboral pode estar relacionada à limitação funcional imposta pelo câncer avançado, o que compromete a autonomia e a qualidade de vida, como também desencadeia impactos na saúde mental e sensação de inutilidade social (VAN DER NOORDT et al., 2014).

Um ponto importante a ser destacado diz respeito a lacuna encontrada no registro da religiosidade dos pacientes, comprometendo a diversidade da amostra e a representatividade dos dados, além de a integração da espiritualidade no atendimento à saúde tem demonstrado contribuir significativamente para o alívio do sofrimento e melhora da qualidade de vida (PERES, 2023).

A assistência em CP, conforme proposto pela OMS (OMS, 2020), engloba quatro pilares ou dimensões essenciais: física, psicológica/emocional, social e espiritual. A espiritualidade trata-se de parte fundamental na prática dos cuidados paliativos no que diz respeito a alívio do sofrimento, promoção de bem-estar e melhoria dos quadros de saúde (PESSINI et al., 2020; WHO, 2018). Embora espiritualidade e religiosidade se confundam no cotidiano social, o entendimento da religiosidade, sistemas e dogmas seguidos pelos pacientes, pode refletir numa comunicação mais efetiva, autorreflexão e autoconsciência sobre morte, e maior empatia e cuidados holísticos centrados na pessoa e que respeitam valores, crenças e promovam maior qualidade de vida aos pacientes e seus familiares.

Sendo assim, o não registro de um dos pilares importantes dos CP, traz limitações ao atendimento dos pacientes do estudo e reforça o fato da anamnese realizada pelos profissionais de saúde estar muitas vezes reduzida ao exame físico e ao amplo registro de sintomas físicos, como visualizado na Tabela 3, ignorando os demais alicerces fundamentais na assistência aos pacientes em CP (SOUSA et al., 2021), deteriora a implementação de um plano de cuidado coerente com os valores e crenças do paciente, fundamentais na tomada de decisão compartilhada (BRASIL, 2018), comprometendo a assistência holística voltada às necessidades dos pacientes, e impactando negativamente no seu prognóstico, visto que ela os auxilia a encontrar propósito e conforto (PERES, 2023).

Os Cuidados Paliativos (CP) surgiram como prática de atenção à saúde em 1960, no Reino Unido, sendo reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1980. Em 1990, a OMS reconheceu-os e recomendou-os para todos os pacientes. Nesta ocasião, sua prática foi associada aos pacientes oncológicos, preconizando o CP na assistência oncológica integral e visando os cuidados de final de vida. Este conceito foi revisto e ampliado em 2002 e novamente em 2022, sendo indicado a todos os portadores de qualquer doença que comprometa a continuidade da vida, devendo ser iniciado o mais precocemente possível, de preferência no momento do diagnóstico (e não apenas na terminalidade da vida), concomitantemente ao tratamento curativo, e sendo peça fundamental para o melhor controle dos sintomas, maior conforto e qualidade de vida, melhoria da

funcionalidade, o que pode até representar maior sobrevida e redução da mortalidade.

A literatura demonstra que a associação precoce dos cuidados paliativos ao tratamento curativo contribui significativamente para o controle de sintomas, melhora da comunicação entre paciente-família-equipe, redução de hospitalizações, além da promoção de uma experiência de morte mais digna e confortável (TEMEL et al., 2010; KNAUL et al., 2018). Temel et al., 2010 e Nogueira et al., 2024 ressaltam que a implementação precoce dos cuidados paliativos está associada à redução da carga de sintomas, melhoria da qualidade de vida, diminuição das hospitalizações e menor sofrimento físico e emocional. Essa integração também se mostra eficaz na sobrevida de pacientes oncológicos avançados. Ferris et al., 2009 e Brant et al., 2010 destacam que, embora a sobrevida média nessa população seja limitada, a implementação precoce dos cuidados paliativos pode melhorar significativamente a saúde e funcionalidade dos pacientes.

Estudos longitudinais evidenciam impacto significativo dos cuidados paliativos precoces, com aumento de 15% na sobrevida em 1 ano (TEMEL et al., 2012) e, mais recentemente, demonstração de benefícios ainda maiores, incluindo melhora na qualidade de vida e extensão de até 2 anos na sobrevida global (NOGUEIRA et al., 2024). Esses achados reforçam as recomendações da ASCO (2023) que posicionam os CP como obrigatórios dentro de 8 semanas após diagnóstico de câncer metastático, não mais como opção tardia.

Outro aspecto a destacar, é que a assistência em CP implementada por equipes especializadas pode ser através de unidades de internação ou por equipes interconsultoras, como ocorre no hospital estudado. As equipes interconsultoras são equipes formadas por especialistas que auxiliam as equipes responsáveis pelos pacientes e que são solicitadas por estas para auxílio no cuidado e acompanhamento dos pacientes, maior efetividade no controle de sintomas, redução das hospitalizações, melhoria da funcionalidade e maior resposta ao tratamento medicamentoso (SMITH et al., 2021; BRASIL, 2022). A equipe interconsultora do HC/EBSERH/UFPE foi implementada em 2017.

No entanto, os dados encontrados no presente estudo, vão contra o fluxo preconizado demonstram ainda uma assistência em CP associada exclusivamente a pacientes oncológicos, com doença avançada, em fim da vida (53,3% em Cuidados Paliativos Exclusivos), dissociada do tratamento curativo, com grande quantidade de sintomas físicos, funcionalidade reduzida, alto número de internações para controle de sintomas e alta mortalidade em menos de 6 meses, podendo representar solicitação tardia do acompanhamento da equipe consultora e CP tardios devido à visão limitada sobre CP como cuidado exclusivos de fim de vida.. Por outro lado, percebe-se um aumento gradual na atuação desta equipe na instituição estudada, já que houve um aumento significativo dos atendimentos pela Comissão de CP nos últimos 4 anos (2021-2024)

Como os CP constituem uma “abordagem que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, com a identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais”, ter pacientes com doença avançada pode comprometer a resposta terapêutica, sendo o tratamento ativo-paliativo a estratégia mais indicada para controle dos sintomas relacionados ao tumor (TEIXEIRA et al., 2020). como encontrado no presente estudo em 30,5% dos pacientes. Nesses contextos, os tratamentos antineoplásicos passam a ter como objetivo primordial a melhoria da qualidade de vida, por meio de estratégias como quimioterapia, radioterapia ou hormonioterapia com finalidade não curativa, pois, quando o tratamento modificador da doença não é mais possível ou desejado, os Cuidados Paliativos Exclusivos (CPE) tornam-se essenciais para garantir conforto e dignidade ao paciente (NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK, 2023; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

A elevada frequência de comorbidades (78,1%) entre os pacientes é um tópico de bastante atenção, pois pode ter sido ponto importante para redução da funcionalidade e aumento dos sintomas e do número de internações realizadas no último ano. Os achados deste estudo mostram-se consistentes com a realidade epidemiológica da população brasileira, onde a Hipertensão Arterial Sistêmica e a *Diabetes Mellitus* são as doenças crônicas não transmissíveis mais prevalente entre a população adulta brasileira (IBGE, 2020). A coexistência de múltiplas condições

clínicas interfere significativamente na qualidade de vida e na capacidade funcional, especialmente em populações mais vulneráveis e envelhecidas (BRASIL, 2021).

Como mencionado anteriormente, um dos principais objetivos dos CP são o adequado e precoce controle de sintomas. O modelo integrado de assistência em CP da OMS divide a assistência em CP em 4 fases: Controle de sintomas, Metas proporcionais, Terminalidade ou Cuidados de fim de vida (que inclui Cuidados nas últimas horas de vida ou Cuidados Paliativos Exclusivos) e Cuidados no Luto (Figura 1). Nas fases de Controle de sintomas e de Metas Proporcionais, qualquer instabilidade clínica deve ser amplamente tratada e cuidada, priorizando-se o tratamento curativo ou curativo-paliativo e os sintomas emocionais, sociais e espirituais, e os procedimentos que proporcionem melhora dos sintomas e da qualidade de vida. Já no CP exclusivos, ou plenos, o declínio funcional é rápido e irreversível, com piora acentuada e instabilidade constante e difícil controle de sintomas, sendo a proporção de conforto e os cuidados sociais e espirituais o objetivo principal do cuidado. (MENEZES; SCHNEIDER, 2017).

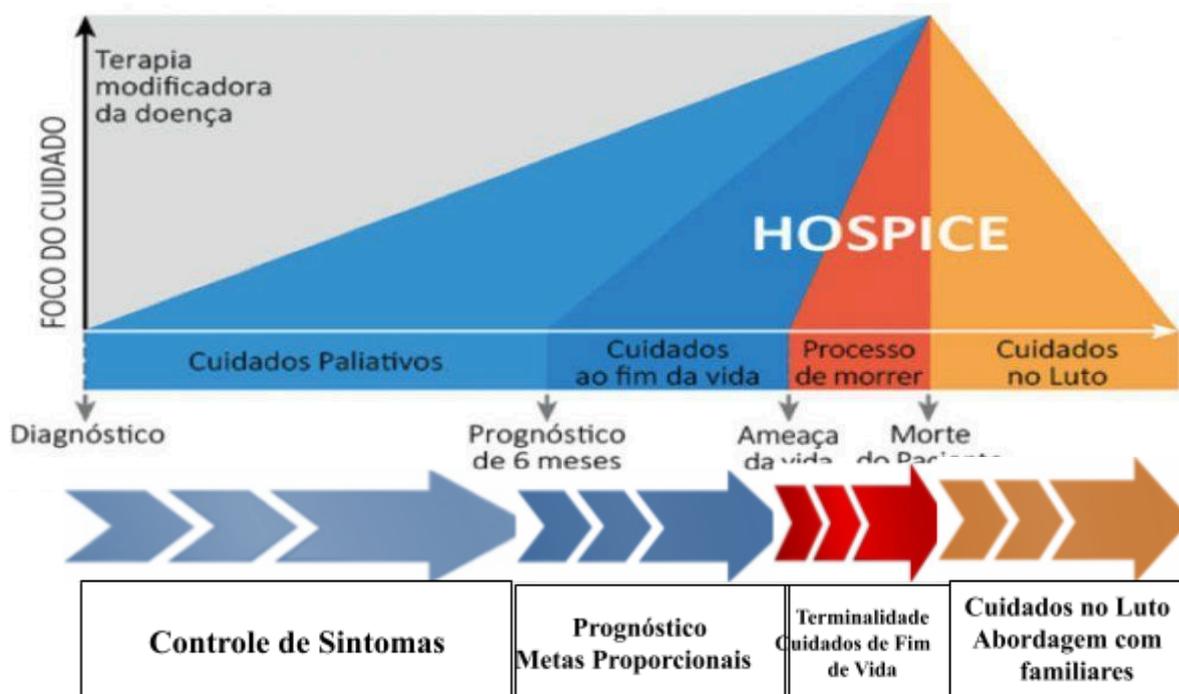


Figura 1. Modelo integrado de assistência em CP adaptado. Fonte: O autor, 2025.

O alto número de sintomas, além dos fatores já mencionados, juntamente com o número significativo de internações no último ano, principalmente para

controles destes sintomas (35,4%) e para melhoria da funcionalidade (17,1%) no último ano pode representar descontrole sintomático e declínio funcional significativo, sugerindo que o manejo clínico fora do ambiente hospitalar tem sido insuficiente. Essa representação é característica de uma assistência paliativa através da equipe interconsultora iniciada tardiamente, impossibilitando medidas que poderiam ter sido tomadas precocemente para controle de sintomas e planejamento do cuidado.

A ausência de um cuidado continuado em domicílio ou ambulatorial favorece o agravamento de sintomas, aumentando a dependência de intervenções hospitalares emergenciais e maior mortalidade. Ferraz-Gonçalves et al. (2024) analisaram retrospectivamente os fatores associados à sobrevida prolongada em pacientes com câncer admitidos em cuidados paliativos. A análise envolveu 1.721 pacientes, dos quais apenas 111 (6,4%) sobreviveram por mais de um ano. A mediana de sobrevida dos pacientes com maior sobrevida foi de 581 dias, enquanto os demais sobreviveram, em média, apenas 57 dias. Os autores identificaram que a presença de sintomas como dor, anorexia e comprometimento funcional, além de alterações laboratoriais e metástases hepáticas, estavam fortemente associados à menor sobrevida.

A dor, a dispneia e a constipação foram os sintomas mais identificados nos prontuários dos pacientes estudados. Outros sintomas como falta de apetite, náusea, ansiedade, magreza, sonolência, depressão também foram mencionados frequentemente e estão entre os 10 sintomas mais prevalentes em pacientes em CP. Esses sintomas são comumente relatados em pacientes em CP, e sua presença reflete a deterioração clínica e funcional dos pacientes, reverberando em maior número de hospitalizações. A dor, uma das queixas mais presentes em pacientes em CP, está ligada à invasão tumoral, compressão de estruturas nervosas e/ou procedimentos terapêuticos. A dor persistente e mal manejada pode levar ao agravamento do estado clínico, aumentar a necessidade de hospitalizações e comprometer a autonomia do paciente (GALVÃO et al., 2024).

A elevada utilização de dispositivos como cateteres (35,1%) e sondas (30,7%) reflete a tentativa de aliviar sintomas e preservar o conforto, no entanto também,

representam fatores causadores de mais dor, redução da mobilidade e da qualidade de vida, e aumento das taxas de infecção, especialmente em pacientes com perda de autonomia funcional.

A dispneia é um sintoma angustiante presente em diferentes fases do câncer, sendo comumente observada em tumores torácicos, metástases pulmonares, derrames pleurais, anemia grave ou até mesmo ansiedade descompensada (GÓES et al., 2022). Já a constipação, de origem multifatorial, é associada ao uso prolongado e comum de opioides no controle da dor e dispneia, assim como da baixa mobilidade dos pacientes, cuja maioria eram acamados (56,1%), com redução da motilidade intestinal ao interferirem na atividade do sistema nervoso entérico (KRAYCHETE et al., 2014). Também comumente estes sintomas se sobrepõem e podem ser potencializadores ou causadores de outros sintomas, gerando um fenômeno comum em CP chamado de *Cluster* de sintomas, responsável pela piora da qualidade de vida e de maior vulnerabilidade clínica do paciente (MIASKOWSKI et al., 2020; BRASIL, 2022).

Nesse contexto, a atuação de uma equipe multiprofissional preparada, especializada, em CP é essencial para garantir um plano terapêutico eficaz, envolvendo tanto abordagens farmacológicas, quanto intervenções não-farmacológicas, respeitando os desejos e valores do paciente e sua família, e garantindo a execução dos pilares principais da assistência em CP: controle da dor e outros sintomas, afirmação da vida e não aceleração nem adiantamento da morte, necessidade de oferecer suporte psicológico e espiritual ao paciente e à sua família, apoio à família durante a doença e o luto e a integração dos cuidados com uma abordagem holística (ANCP, 2021).

Analisando os indicadores de qualidade da assistência de enfermagem deste estudo, nota-se a incidência de úlcera por pressão (UP), não conformidade da adesão de medicamentos e perda de sonda nasogastroenteral como os mais prevalentes entre os indicadores de processo. A média de permanência e a taxa de mortalidade foram os mais importantes indicadores de resultados.

A incidência de UPs tem se constituído em um importante indicador de qualidade assistencial em enfermagem. As UPs são eventos adversos comuns em

pacientes com mobilidade reduzida e internações prolongadas, como os pacientes do presente estudo, cuja maioria estava acamado (56,2%) ou andavam ocasionalmente (20,5%), apresentavam risco alto (20,5%) ou moderado para UP, localizadas, em sua maioria, na região sacrococcígena (13,7%). A mudança de decúbito foi a conduta preventiva mais utilizada pelos profissionais (9,6%). Estes dados corroboram com os encontrados por Soares et al. (2011) e Santos et al. (2013). A ocorrência de UPs causa sofrimento para o paciente e dificulta a sua recuperação. Além disso, seu tratamento gera custo à instituição e aumenta a carga de trabalho da equipe de saúde. A estimativa deste agravo ainda é alta, sendo um problema de saúde persistente, reforçando a importância da sua prevenção e identificação de fatores de risco e de uma prática baseada em evidências, a fim de subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações assistenciais e educativas da enfermagem. Outro ponto importante é que a aplicação sistemática da escala de Braden é recomendada para prevenção, pois permite identificar inicialmente os pacientes de risco e adotar medidas profiláticas eficazes (JANSEN et al., 2020; Almeida et al., 2019). No entanto, em 67,1% dos prontuários analisados neste estudo, não havia registro da pontuação na escala de Braden. Este fator faz urgir a necessidade da implementação de protocolos preventivos mais eficazes e de educação continuada e permanente, com o intuito de reduzir a incidência deste tipo de lesão e efetivar a assertividade da assistência em saúde. Mais uma vez, nota-se a ausência significativa de registros, mostrando falhas na documentação e, possivelmente, na execução de práticas preventivas fundamentais da enfermagem.

O indicador sobre não conformidade na administração de medicamentos (16,4%), que representa o acompanhamento contínuo da segurança do paciente e adesão ao tratamento, representa uma fragilidade assistencial relevante, especialmente em pacientes dependentes de medicações de alta vigilância, e a falta de registro de tais dados podem estar relacionados à sobrecarga de trabalho, falhas de comunicação e ausência de práticas como dupla checagem (COSTA, 2021). Em contextos oncológicos e paliativos, o manejo adequado da farmacoterapia é essencial para o alívio de sintomas e manutenção da qualidade de vida. Em outra ótica, os pacientes expressam motivos para a não-adesão medicamentosa, a saber: ausência de rede de apoio (25%), crença de não precisar mais da medicação,

dificuldades no uso, receio de efeitos adversos ou a sensação de ineficácia do tratamento (16,7%) dos casos. De acordo com Anjos et al. (2021), a segurança do paciente no processo de aprazamento, administração e checagem de medicamentos está diretamente relacionada ao suporte oferecido ao paciente e à sua compreensão sobre a importância do tratamento.

A incidência de perda da sonda nasoenteral, encontrado em 15,1% dos casos deste estudo, por saída inadvertida e obstrução é considerado um indicador de enfermagem importante e a manutenção da sua permeabilidade, fixação, administração de dietas e medicamentos, está relacionado ao cuidado de enfermagem (MACIQUIEIRA et al, 2013; STAMM e BEGHETTO, 2024). Neste estudo, as principais causas da perda das sondas foram a retirada voluntária pelo paciente (5,5%), saída do local adequado (2,7%) e manipulação inadequada por parte da equipe (1,4%), reforçando a importância da capacitação técnica e do seguimento rigoroso de protocolos institucionais para segurança do paciente. (MOTTA et al., 2021).

Eventos como a perda de dispositivos invasivos devem ser cuidadosamente analisados, pois implicam em maior tempo de internação, riscos infecciosos e desconforto ao paciente. Falhas na manutenção e fixação de dispositivos, como sondas enterais, elevam consideravelmente os riscos clínicos e exigem intervenções adicionais. A perda de sonda nasogástrica foi observada em 15,1% dos casos, cuja recorrência pode estar associada à agitação do paciente, posicionamento inadequado ou falhas na fixação. Esse tipo de intercorrência está diretamente ligado ao aumento do risco de broncoaspiração e infecções, impactando a permanência hospitalar e a qualidade da assistência prestada. A ausência de intervenções corretivas após um evento adverso pode prolongar o tempo de internação e comprometer o tratamento, especialmente em pacientes que dependem da via enteral para manutenção nutricional (MOTTA et al., 2021; GABRIEL et al., 2011).

Entre os indicadores de resultado de enfermagem, para além da taxa de mortalidade e do tempo de permanência, amplamente discutido anteriormente, a incidência de infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS), que demandam vigilância contínua e estratégias rígidas de controle de infecção, é um risco inerente à condição clínica dos pacientes imunossuprimidos, idosos, fragilizados e com uso

frequente de dispositivos invasivos como ventiladores, cateteres e sondas (14,1%). As infecções mais prevalentes foram a pneumonia hospitalar (75%) e a septicemia (25%), ambas com impacto significativo na morbimortalidade de pacientes internados. Em todos os casos de IRAS notificadas houve a adoção de medidas de contenção, como isolamento, limpeza e desinfecção, medidas de precaução e de proteção, uso de antimicrobianos e higiene das mãos. Esses achados reiteram a importância da vigilância ativa e a adesão rigorosa aos protocolos institucionais. A efetividade dessas ações depende da incorporação da cultura da segurança do paciente em todas as etapas do cuidado (ARAÚJO; PEREIRA, 2017).

## **6. CONCLUSÃO**

Os dados encontrados neste estudo mostraram uma assistência em CP associada exclusivamente a pacientes oncológicos, com doença avançada, em fim da vida, com grande quantidade de sintomas físicos, funcionalidade reduzida, piora do prognóstico, alto número de internações para controle de sintomas e sobrevida reduzida, representando avaliação e acompanhamento tardio da equipe de CP, culminando em descontrole sintomático e declínio funcional significativo, com ausência de cuidado continuado em domicílio ou ambulatorial.

A prevalência da assistência voltada aos sintomas físicos, negligenciando outros aspectos, como a religiosidade e assistência espiritual, foram identificados, indo de encontro aos pilares dos CP. A dor, a dispneia e a constipação foram os sintomas físicos mais comuns. Entretanto, a existência e ampliação de uma assistência em CP especializada pode ser fator essencial para mudanças e melhorias para o serviço, com assistência baseada em evidências e qualificada. Mostra-se também a importância da educação continuada sobre CP entre os profissionais responsáveis pelos pacientes para ampliação e adequação deste cuidado.

A assistência de enfermagem se faz através da integralidade do cuidado ao ser humano dependente de cuidados, e isso deve estar articulado a ações gerenciais sistematizadas que facilitam a avaliação e qualificam o trabalho da enfermagem. Sendo assim, o uso dos indicadores mostra-se como uma importante ferramenta para subsidiar a gestão do cuidado em saúde e a prática de Enfermagem, com ênfase na melhoria da qualidade da assistência prestada, por

meio das quais as potencialidades e as fragilidades técnicas podem ser evidenciadas. Por outro lado, o fortalecimento de uma cultura de valorização de informações gerenciais com vistas a discutir e implementar melhorias na assistência deve ser buscada por toda equipe.

A falta de registros de diversas variáveis estudados nos prontuários, que afeta a segurança do paciente, compromete o processo de trabalho e gera problemas legais, foi a principal limitação deste trabalho, mostrando a importância da educação permanente em saúde e de uma política de qualificação dos profissionais de saúde, aliada à elaboração de protocolos, adequação dos impressos para os registros e organização criteriosa dos prontuários.

## 7. REFERÊNCIAS

1. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados Paliativos: diretrizes**. Genebra: OMS, 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/palliative-care-guidelines>>.
2. TEUNISSEN, S. C.; WESKER, W.; KRUIWAGEM, C.; DE HAES, H.C.; VOEST, E. E.; DE GRAEFF, A. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. **J Pain Symptom Manage**. 2007 Jul;34(1):94-104. Epub 2007 May 23.
3. Gabriel CS, Melo MRAC, Rocha FLR, Bernardes A, Miguelaci T, Silva MLP. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** set.-out. 2011;19(5):[09 telas]
4. Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: **Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Michingan (USA): Health Administration Press; 1980.
5. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Recife: panorama**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/recife/panorama>.
6. COSTA, C. R. B. et al. Estratégias para a redução de erros de medicação durante a hospitalização: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, p. e79446, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/8VKZkhJQHvYfNnNqTkPyNVg/?lang=pt>
7. PITAS, Eduarda Araújo et al. Caracterização do perfil epidemiológico dos pacientes oncológicos em um hospital da Paraíba. **J Med Health Promotion**, v. 5, n. 3, p. 128-139, 2020. Disponível em: <https://www.seer.ufsj.edu.br/jmedhealthpromot/article/view/4084>
8. OLIVEIRA, A. G. et al. Perfil das internações em cuidados paliativos: uma ferramenta à gestão. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, [S.l.], v. 12, n. 8, p. 2082-2088, ago. 2018. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/235952/29711>>. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a235952p2082-2088-2018>
9. SANTOS, R. P. et al. Desigualdades raciais no acesso e utilização dos serviços de saúde: revisão integrativa. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002119>

10. HAHN, R. A.; TRUMAN, B. I. Education improves public health and promotes health equity. **International Journal of Health Services**, v. 45, n. 4, p. 657–678, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3144262/>
11. KIECOLT-GLASER, J. K.; NEWTON, T. L. Marriage and health: His and hers. **Psychological Bulletin**, v. 127, n. 4, p. 472–503, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566023/>
12. VAN DER NOORDT, M. et al. Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 71, n. 10, p. 730–736, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4493930/>
13. PERES, Mario F. P. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), v. 50, n. 3, p. 125-128, 2023. Disponível em: <https://revistas.usp.br/acp/article/view/193176>
14. Jesus et al. O papel da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 1, e19812139531, 2023. (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i1.39531>
15. SOUSA, Renata G. de et al. Espiritualidade nos cuidados paliativos: questão de saúde pública? **Revista Bioética**, v. 29, n. 1, p. 134–144, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/shqWMcjFPMGWQnqyfyHNHbh>
16. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a organização dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
17. GOMES ALZ, OTHERO MB. Cuidados paliativos. **Estud. av.** 30 (88) • Sep-Dec 2016 • <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.30880011>
18. GROCOTT, M. P. et al. "Impacto dos cuidados paliativos no tempo de sobrevivência e na qualidade de vida dos pacientes oncológicos." **Journal of Clinical Oncology**, v. 29, n. 36, p. 4671-4678, 2011. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2011.36.0420>
19. KELLY, B. et al. "Timing of palliative care and its effect on quality of life and survival in patients with advanced cancer." **Palliative Medicine**, v. 25, n. 1, p. 35-45, 2011. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269216310385232>
20. TEMEL, J. S. et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. **New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 8, p. 733–742, 2010. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1000678>
21. NOGUEIRA, M. E. C. et al. IMPACTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM DOENÇAS ONCO-HEMATOLÓGICAS. **Hematology, Transfusion and Cell Therapy**, v. 46, p. S187, 2024.
22. FERRIS, F. D. et al. A model to guide hospice palliative care. **Canadian Hospice Palliative Care Association**, 2009. Disponível em: <https://www.chpca.ca/wp-content/uploads/2019/12/norms-of-practice-eng-web.pdf>
23. BRANT, L. et al. "Cuidados paliativos e a melhoria da qualidade de vida em pacientes com câncer." **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 2, p. 191-199, 2010. Disponível em: <https://www.bjcancer.com.br/>
24. Joseph A Greer 1, William F Pirl, Vicki A Jackson, Alona Muzikansky, Inga T Lennes, Rebecca S Heist, Emily R Gallagher, Jennifer S Temel. Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer. **J Clin Oncol.** 2012 Feb 1;30(4):394-400. doi: 10.1200/JCO.2011.35.7996. Epub 2011 Dec 27.
25. Kang E, Kang JH, Koh SJ, Kim YJ, Seo S, Kim JH, Cheon J, Kang EJ, Song EK, Nam EM, Oh HS, Choi HJ, Kwon JH, Bae WK, Lee JE, Jung KH, Yun YH. Early Integrated Palliative Care in Patients With Advanced Cancer: A Randomized Clinical

- Trial. **JAMA Netw Open.** 2024 Aug 1;7(8):e2426304. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.26304.
26. TEIXEIRA, M. J. et al. Dor, sofrimento e cuidados paliativos: uma abordagem multidisciplinar. São Paulo: **Manole**, 2020. Disponível em: <https://www.manole.com.br/dor-sofrimento-e-cuidados-paliativos-uma-abordagem-multidisciplinar/p>
  27. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal.** Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>
  28. BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar - Volume 3: Indicadores, Instrumentos e Registros.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
  29. Santos LN, Rigo, RS, Almeida JB. Manejo em Cuidados Paliativos. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 2, e11712240028, 2023 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i2.40028>
  30. MENEZES, R. A.; SCHNEIDER, D. G. Cuidados paliativos: cinco fases essenciais para o cuidado. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 331-340, 2017.
  31. FERRAZ-GONÇALVES, J. A. et al. Factors associated with long survival in patients with cancer admitted to palliative care: an exploratory study. **Journal of Palliative Care**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/08258597241231005>
  32. GALVÃO, A. K. A. A. et al. Controle dos sintomas com idosos hospitalizados em cuidados paliativos: estratégia centrada na pessoa idosa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 2024. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/14905>
  33. GÓES, F. G. B. et al. Sintomas respiratórios em pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 12, n. 3, p. 814-823, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230305>
  34. KRAYCHETE, D. C. et al. Recomendações para uso de opioides no Brasil: parte IV. Efeitos adversos de opioides. **Revista Dor**, v. 15, p. 215–223, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/pSMBBGPmL4ThRHrG6ghh9ps/?lang=pt>
  35. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos:** Rio de Janeiro, 2021. 3ª edição.
  36. SOARES, D. A. et al. Análise da incidência de úlcera de pressão no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência em Ananindeua, PA. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 26, n. 4, p. 646–650, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/bPqgYcRJs9sgzG5xMpJ4rKM/>.
  37. Santos CT, Oliveira MC, Pereira AGS, Suzuki LM, Lucena AF. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. **Rev. Gaúcha Enferm.** 34 (1) • Mar 2013 • <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100014>
  38. JANSEN, R. C. S. et al. Braden Scale in pressure ulcer risk assessment. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 6, p. e20190413, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0413. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Cn4CDBzVQMbXf64ZZLB6xJC/?format=html>
  39. ALMEIDA, F. de et al. Assistência de enfermagem na prevenção da lesão por pressão: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 30, e1440, 2019. DOI: 10.25248/reas.e1440.2019
  40. COSTA, C. R. B. et al. Estratégias para a redução de erros de medicação durante a hospitalização: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, p. e79446, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cent/a/8VKZkhJQHvYfNnNqTkPyNVg/?lang=pt>.

41. ANJOS, F. A. S. et al. A segurança do paciente no aprazamento, administração e checagem de medicamentos. In: **FARMACOLOGIA APLICADA À ENFERMAGEM: ASPECTOS TEÓRICOS E PRÁTICOS**. Editora Científica, 2021. p. 70-82. Disponível em: <https://doi.org/10.37885/201202677>.
42. Sandra Regina Maciqueira Pereira; Maria José Coelho; Ayla Maria Farias de Mesquita; Anderson Oliveira Teixeira; Selma de Almeida Graciano. Causas da retirada não planejada da sonda de alimentação em terapia intensiva. **Acta paul. enferm.** 26 (4) • 2013 • <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000400007>
43. Stamm B, Beghetto MG. Práticas de enfermagem e indicadores de qualidade em terapia nutricional enteral: Revisão de escopo. **Rev. Contexto & Saúde**, 2024;24(48):e14100
44. MOTTA, A. P. G. et al. Nasogastric/nasoenteric tube-related adverse events: an integrative review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2021;29:e3400. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3355.3400>
45. GABRIEL, C. S. et al. Use of performance indicators in the nursing service of a public hospital. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 19, p. 1247-1254, 2011.
46. ARAÚJO, B. T.; PEREIRA, D. C. R. Políticas para controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) no Brasil, 2017. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 28, n. 03/04, p. 333-342, 2017.
47. KURCGANT, P. (org.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 2010.
48. FUGULIN, F. M. T. et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: avaliação do quadro de pessoal dos hospitais brasileiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 339-344, maio/jun. 2005.
49. MASSAROLI, R. et al. Indicadores de qualidade em enfermagem: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. e64773, 2017.
50. IBGE. **Censo Demográfico 2022**: Recife - Panorama. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/>.
51. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative care for older people: better practices**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563855>.
52. KELLEY, A. S. et al. **The burden of health care costs for patients with dementia in the last 5 years of life**. *Annals of Internal Medicine*, v. 155, n. 5, p. 304-310, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-5-201109060-00004>.
53. PESSINI, L. et al. **Espiritualidade e cuidados paliativos: uma abordagem integral do sofrimento humano**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2020. 320 p.
54. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274559>.
55. KNAUL, F. M. et al. **Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief: an imperative of universal health coverage**. *The Lancet*, v. 391, n. 10128, p. 1391-1454, 2018. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)
56. TEMEL, J. S. et al. **Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer**. *New England Journal of Medicine*, v. 366, n. 8, p. 733-742, 2012. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1000678>
57. SMITH, T. J. et al. **The role of palliative care interdisciplinary teams in acute care settings: A systematic review**. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 61, n. 6, p. 1455-1468, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.01.003>
58. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para organização de redes de cuidados paliativos no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>.

59. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. **NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Palliative Care**. Version 2.2023. Plymouth Meeting: NCCN, 2023. Disponível em: [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/palliative.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf)
60. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332559>
61. MIASKOWSKI, C. et al. Advancing symptom science through symptom cluster research: Expert panel proceedings and recommendations. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 59, n. 1, p. e1-e6, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.09.005>
62. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos: manejo de sintomas complexos**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/cuidados-paliativos-manejo-de-sintomas-complexos>.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

PODE SER ACESSADO NO LINK

<https://docs.google.com/forms/d/1qM-xtsnvEljf9E6bgw-qF1dmaT8NY3PZpjVOaJ9SSZ0/edit?ts=674f25d7>

### APÊNDICE 2 - DADOS COMPLEMENTARES ÀS TABELAS

**Tabela 5.** Detalhamento dos indicadores de processo de enfermagem dos pacientes atendidos pela Comissão de Cuidados Paliativos do HC-UFPE nos últimos 5 anos. Recife-PE, Brasil, 2025.

Variáveis	n	%
<b>FLEBITE</b>		
<b>Houve troca de cateter periférico entre 72 a 96 horas</b>		
Sim	45	61,64%
Não	21	28,77%
Não registrado	7	9,59%
<b>Dispositivos utilizados no último episódio</b>		
Acesso venoso central	1	100,00%

<b>Punção em área de flexão ou na mão</b>		
Sim	1	1,37%
Não	3	4,11%
Não registrado	69	94,52%
<b>LESÃO POR PRESSÃO</b>		
<b>Pontuação na Escala de Braden</b>		
Risco Alto	15	20,55%
Risco Muito Alto	4	5,48%
Risco Moderado	3	4,11%
Risco Leve	2	2,74%
Não registrado	49	67,12%
<b>Atividade do paciente</b>		
Acamado	41	56,16%
Anda ocasionalmente	15	20,55%
Caminha	10	13,70%
Cadeira de rodas ou leito	7	9,59%
<b>Região afetada</b>		
Não houve	52	71,23%
Sacroccígea	10	13,70%
Trocantérica	4	5,48%
Múltiplos	3	4,11%
Outros (Calcanhares Glúteo MMII)	3	4,11%
Não registrado	1	1,37%
<b>Registro de Mudança de Decúbito</b>		
Sim	7	9,59%
Não	1	1,37%
Não registrado	65	89,04%
<b>Dispositivos utilizados para redução da LPP</b>		
Colchão pneumático	5	6,58%
Travesseiro antiescaras	3	3,95%
Talonetes	1	1,32%
Não houve	49	64,47%
Não registrado	18	23,68%
<b>Tipo de coberturas utilizadas</b>		
Hidrocolóide	10	13,70%
Hidrogel	3	4,11%
AGE	2	2,74%
Outros (Espumas de poliuretano, Filme protetor, Gaze)	3	4,11%
Não houve	50	68,49%
Não registrado	5	6,85%
<b>Frequência da troca de curativos</b>		
4 horas	2	2,74%
6 horas	2	2,74%
Não registrado	69	94,52%
<b>QUEDAS</b>		

<b>Pontuação na Escala de Morse</b>		
Risco Alto	33	45,21%
Risco Baixo	21	28,77%
Sem Risco	9	12,33%
Não registrado	10	13,70%
<b>Predisposição para queda</b>		
Idoso	48	35,29%
Alteração de marcha	32	23,53%
Agitação ou Delirium	24	17,65%
Alteração cognitiva	21	15,44%
Não registrado	10	7,35%
<b>Nível de Mobilidade</b>		
Dependente	51	69,86%
Assistida	12	16,44%
Independente	10	13,70%
<b>Orientação mental na última internação</b>		
Totalmente orientado	27	36,99%
Confusão leve	19	26,03%
Confusão moderada	16	21,92%
Severamente desorientado	11	15,07%
<b>NÃO CONFORMIDADE DA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS</b>		
<b>Tomada de medicamento conforme a orientação médica</b>		
Às vezes	10	13,70%
Frequentemente	5	6,85%
Sempre	4	5,48%
Não registrado	54	73,97%
<b>Motivo da não adesão</b>		
Falta de rede de apoio	3	25,00%
Achar que não precisa mais	2	16,67%
Dificuldade de tomar o medicamento	2	16,67%
Medo de efeitos colaterais ou adversos	2	16,67%
Sentir que tratamento não está funcionando / se sentia pior	2	16,67%
Não registrado	1	8,33%
<b>EXTUBAÇÃO NÃO PROGRAMADA</b>		
<b>Paciente foi entubado no último ano</b>		
Não	70	95,89%
Sim	3	4,11%
<b>Sedação controlada</b>		
Sim	3	100,00%
<b>PERDA SONDA NASOGASTROENTERAL</b>		
<b>Tipo de sonda utilizadas no momento da perda</b>		
Nasogástrica/enteral	6	54,55%
Gastrostomia	1	18,3
Outras (SVD, Traqueostomia)	3	18,18%

<b>Ajuste, reposicionamento ou substituição da sonda</b>		
Sim	12	16,44%
Não	16	21,92%
<b>Motivo da perda de SNG ou SNE</b>		
Retirada pelo paciente	4	5,48%
Saída do local adequado	2	2,74%
Manipulação inadequada do profissional	1	1,37%
Não registrado	1	1,37%
<b>Motivo da perda de SVD ou sonda uretral</b>		
Obstrução da sonda	1	1,37%
Secreções ou vazamentos no local de inserção da sonda	1	1,37%

**Tabela 6.** Detalhamento dos indicadores de resultados de enfermagem dos pacientes atendidos pela Comissão de Cuidados Paliativos do HC-UFPE nos últimos 5 anos. Recife-PE, Brasil, 2025.

<b>TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR (Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – IRAS)</b>		
<b>Quantidade de IRAS no último ano</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1	3	75,00%
2	1	25,00%
<b>Tipo do último episódio de IRAS</b>		
Pneumonia hospitalar	3	75,00%
Septicemia	1	25,00%
<b>Fatores de risco para IRAS</b>		
Presença de dispositivos invasivos: ventiladores, cateteres, sondas	56	14,14%
Paciente idoso	51	12,88%
Portador de doença crônica	49	12,37%
Imunodeprimido	48	12,12%
Uso prolongado de antibióticos	33	8,33%
Obesidade ou desnutrição/caquexia	25	6,31%
Imunossupressores administrados	14	3,54%
Internação prolongada	8	2,02%
<b>Medidas adotadas pós IRAS</b>		
Isolamento	4	100,00%
Limpeza e desinfecção	4	100,00%
Medidas de precaução	4	100,00%
Medidas de proteção	4	100,00%
Uso de antimicrobianos	4	100,00%
Lavagem das mãos	3	75,00%
<b>Exames laboratoriais realizados</b>		
Hemocultura	37	80,43%
Urocultura	25	54,35%
Radiografia torácica	14	30,43%
Teste de Covid	2	4,35%

Não registrado	1	2,17%
<b>TAXA DE PERMANÊNCIA</b>		
<b>Internações no último ano</b>		
0	12	16,4
1 a 2	24	32,9
3 a 4	23	31,5
5 ou mais	14	19,2
<b>Motivo da última internação</b>		
Controle de sintomas	31	35,37%
Rebaixamento do estado geral	15	17,07%
ITU	6	6,10%
Cirurgia	4	4,88%
Crises convulsivas	4	2,44%
Choque séptico	3	1,22%
Dispneia	2	2,44%
Outros <sup>1</sup>	18	19,5
<b>TAXA MORTALIDADE</b>		
<b>Óbito</b>		
Sim	55	75,34%
Não	18	24,66%
<b>Tempo do óbito</b>		
	5,27	
Média (DP)	(±2,95)	
Mediana (Min-Max)	5 (1 - 10)	

<sup>1</sup> Outros = Quimioterapia, Colangite, Escarros hemoptóicos, Hematúria, Hemorragia, Hemotransfusão, Hiperglicemia, Insuficiência renal, Realização de procedimento, Investigação diagnóstica, ITR, Lesão ulcerativa, Obstrução de sonda, Obstrução de traqueóstomo, Recidiva tumoral.

## ANEXOS

### ANEXO

#### ANEXO A – NORMAS REVISTA - REBEN

A REBEn é um periódico de acesso aberto (open access) revisado por pares que tem a missão de divulgar a Ciência da Enfermagem e da Saúde. Aceita manuscritos nos idiomas português, inglês e espanhol. É publicada somente na versão eletrônica e em fluxo contínuo. Os conteúdos publicados na REBEn estão sob licença da Creative Commons (CC-BY) Atribuição 4.0 Internacional (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>). Manuscritos redigidos em português ou espanhol, deverão ser traduzidos para o inglês, em sua versão final, após o aceite do artigo. Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à REBEn, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro(s) periódico(s).

A REBEn endossa as práticas de ciência aberta que consistem no conhecimento transparente e acessível que é compartilhado e desenvolvido por meio de redes de trabalhos colaborativos (FOSTER Open Science Definition - <https://www.fosteropenscience.eu/foster-taxonomy/openscience-definition>). Diante desta definição, e objetivando aumentar o rigor, a responsabilidade e a reprodutibilidade da pesquisa em prol da transparência, qualidade e

rapidez, conforme as recomendações TOP - Transparency and Openness Promotion (<https://osf.io/dngy3/>), a REBEn aceita manuscritos provenientes de servidores preprints para o processo de avaliação pelos pares.

#### 1.1 Declaração sobre Ética e Integridade em Pesquisa

A REBEn apoia as Recomendações para a Condução, Relatório, Edição e Publicação de Trabalhos Acadêmicos em Revistas Médicas (Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors). Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis na URL [http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html). Apoia ainda os padrões internacionais para publicação de pesquisa responsável, desenvolvidos pelo COPE (Committee on Publication Ethics) e destinados a editores e autores (disponíveis em: <https://publicationethics.org/resources/resources-and-further-reading/international-standardseditors-and-authors>). Conceitos, ideias ou opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a procedência e a exatidão das citações neles contidas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

A REBEn adota o sistema Ithenticate para identificação de similaridade. Práticas que ferem a integridade científica como plágio, autoplágio, fabricação de dados, publicação redundante e conflitos de interesse não divulgados serão levadas para avaliação do Conselho Editorial que seguirá o fluxograma fornecido pelo COPE - <http://publicationethics.org/resources/flowcharts>. O Conselho Editorial da REBEn discutirá tais casos suspeitos e tomará as devidas decisões, tais como: embargos e suspensão de publicar no periódico por período determinado pelo Conselho Editorial. Os autores serão imediatamente comunicados de todas as etapas deste processo. A REBEn não hesitará em publicar erratas, retificações, retratações e desculpas quando necessário.

1.2 Conflito de Interesse A REBEn exige que todos os autores do manuscrito declarem quaisquer fontes potenciais de conflitos de interesse. Qualquer interesse ou relacionamento, financeiro ou outro, ou crenças pessoais, religiosas ou políticas que possam ser percebidas como influenciando a objetividade de um autor são considerados uma fonte potencial de conflito de interesses. Fontes potenciais de conflito de interesse incluem, mas não estão limitadas a: patente ou propriedade de ações, participação em um conselho de administração de uma empresa, participação em um conselho consultivo ou comitê de uma empresa e consultoria ou recebimento de honorários de palestrante de uma empresa. A existência de conflito de interesses não impede a publicação. Se os autores não tiverem conflito de interesses a declarar, deve m declarar na submissão do manuscrito, na carta ao editor. É responsabilidade do autor correspondente revisar esta política com todos os autores e, coletivamente, divulgar com a submissão TODAS as relações comerciais e outras pertinentes. A declaração de conflito de interesse deve ser informada no momento de submissão do manuscrito pelo sistema ScholarOne

1.3 Pesquisas Experimentais e com seres humanos ou animais A REBEn considera condição sine qua non para publicação que os manuscritos submetidos tenham cumprido as diretrizes ético-legais que envolvem a elaboração de trabalhos acadêmicos e/ou técnico-científicos e a pesquisa com seres humanos ou com animais. Em se tratando de pesquisa envolvendo seres humanos, e atendendo o disposto na Resolução CNS nº 466/2012 (<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>), o(s) autor(es) brasileiros deve(m) mencionar no manuscrito a aprovação do projeto por Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do Conselho Nacional de Saúde (CONEP-CNS), ou por órgão equivalente, quando a pesquisa tiver sido executada em outro país. Na pesquisa experimental envolvendo animais deve ser respeitada a Lei nº 11.794, de 8 de outubro de 2008, que regulamenta o inciso VII do §1º do Art. 225 da Constituição Federal, estabelecendo procedimentos para o uso científico de animais, e as normas estabelecidas no Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (Institute of Laboratory Animal Resources, National Academy of Sciences, Washington, D.C., EUA), de 1996, e nos Princípios Éticos na Experimentação Animal do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal – COBEA, de 1991 (disponível em: [www.cobea.org.br](http://www.cobea.org.br)). Essas informações devem constar no método de acordo com a recomendação do ARRIVE (<https://www.nc3rs.org.uk/arrive-guidelines>).

## 2. CATEGORIAS DE MANUSCRITOS

A REBEn considera para publicação somente os artigos que atendem aos padrões de qualidade estabelecidos pelas diretrizes para produção de pesquisa em saúde – Enhancing the Quality and Transparency of Health Research Network (EQUATOR) (<https://www.equator-network.org/>). É obrigatório indicar no método em desenho do estudo qual instrumento do Equator foi utilizado para nortear a pesquisa (<https://www.equator-network.org/toolkits/selecting-the-appropriate-reportingguideline/>). O não cumprimento dessa norma levará ao arquivamento do manuscrito. Tipos de artigos considerados:

- Editorial: texto sobre assunto de interesse para o momento histórico ou a produção do conhecimento com repercussão para Enfermagem e Saúde. Pode conter até duas (2) páginas, incluindo até quatro referências, quando houver.
- Artigos originais: estudos que agreguem informações novas para a área da Enfermagem e da Saúde. Estão incluídos nesta categoria: ensaios clínicos randomizados, estudos de casocontrole, coorte, prevalência, incidência, estudos de acurácia, estudo de caso e estudos qualitativos. Os artigos originais devem conter um máximo de quinze (15) páginas, incluindo os resumos, 50 referências e até oito autores.
- Revisão: utiliza métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Estão incluídos nesta categoria: revisão sistemática com e sem meta- ou metassíntese e revisão de escopo. As revisões devem conter no máximo de vinte (20) páginas, incluindo os resumos, 50 referências e até seis autores.

- Reflexão – Formulação discursiva aprofundada, focalizando um conceito ou constructo teórico da Enfermagem ou de área afim; ou discussão sobre um tema específico, estabelecendo analogias, apresentando e analisando diferentes pontos de vista, teóricos ou práticos. Deve conter no máximo dez (10) páginas, incluindo os resumos, dez referências e até quatro autores.

- Relato de Experiência, Atualização e/ ou Inovação Tecnológica – Estudo que se descreve situações da prática e/ou inovação tecnológica (ensino, assistência, pesquisa ou gestão/gerenciamento), as estratégias de intervenção e a avaliação de sua eficácia, de interesse para a atuação profissional. Deve conter no máximo dez (10) páginas, incluindo os resumos, dez referências e até quatro autores.

- Carta ao Editor - máximo uma página.

- Resposta do autor - máximo 250 palavras. Categoria de Manuscritos – Checklist Categoria Manuscrito (n. de págs.) Autores (n.) Referências (n.) Artigos Originais 15 8 50 Revisão 20 6 50 Reflexão 10 4 10 Relato de Experiência, Atualização e/ou Inovação Tecnológica 10 4 10 Carta ao Editor 1 - - Editorial 2 - 4 2.1 Registro de Estudos Clínicos, Revisões Sistemáticas e outras Revisões

- ♣ A REBEn apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Dessa forma, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE (Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos – REBEC (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br/> ou <http://apps.who.int/trialsearch/default.aspx> ). O número de identificação do registro deve ser inserido na seção “Métodos”.

- ♣ Os estudos randomizados devem seguir as diretrizes CONSORT (<http://www.consortstatement.org>). Esta declaração fornece uma abordagem baseada em evidências para melhorar a qualidade dos relatórios de ensaios clínicos. Todos os manuscritos que descreverem um estudo clínico devem incluir o Diagrama de Fluxo CONSORT mostrando o número de participantes de cada grupo de intervenção, bem como a descrição detalhada de quantos pacientes foram excluídos em cada passo da análise de dados. Todos os testes clínicos devem ser registrados e disponibilizados em um site de acesso livre. O protocolo do ensaio clínico (incluindo o plano de análise estatística completa) deve ser encaminhado juntamente com o manuscrito

- (<https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-6215-11-9>) ♣ A REBEn encoraja o registro de estudos observacionais, tais como de coorte e caso controle nas Plataformas REBEC – <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/> ou similares com a Clinical Trial - <https://clinicaltrials.gov/>. Para maiores informações acesse: <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2960148-1/fulltext>

- ♣ Revisões sistemáticas devem seguir o protocolo PRISMA (<http://www.prismastatement.org/Protocols/>) e devem fornecer o número de registro de protocolo no banco de dados PROSPERO (<https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>).

- ♣ Artigos apresentando estudos clínicos ou revisões sistemáticas sem protocolos de registro serão prontamente rejeitados sem revisão por pares.

- ♣ As revisões de escopo, devem seguir as diretrizes (<http://www.prismastatement.org/Extensions/ScopingReviews> ) e incentiva que os protocolos sejam disponibilizados em repositórios de acesso e livre, como a OSF – Open Science Framework - <https://osf.io/>.

2.2 Dados de Pesquisa A REBEn incentiva o depósito e o compartilhamento de dados de pesquisa que apoiam a publicação do artigo. Os dados de pesquisa referem-se aos resultados de observações ou experimentações que validam os resultados da pesquisa. Para possibilitar a reprodutibilidade e a reutilização de dados, a REBEn recomenda que partir de 2021 e obrigatoriamente a partir de 2022, o depósito e o compartilhamento do projeto de pesquisa, relatórios parciais da pesquisa, softwares, códigos, modelos, algoritmos, protocolos, procedimentos operacionais, metodologias de fluxo de trabalho, cadernos de campo, diários, questionários, fitas de áudio ou vídeo, métodos e outros materiais úteis relacionados ao projeto em um repositório público de dados. Repositório de Dados é um banco de dados onde são armazenados conteúdos digitais e recursos que podem ser pesquisados e recuperados para uso posterior. Há uma variedade de repositórios brasileiros na qual é possível depositar os dados de pesquisa. Um exemplo é o SCIELO Data - <https://data.scielo.org/>. As Universidade do Estado de São Paulo (USP, UNIFESP, UNICAMP, ITA, entre outras) desenvolveram um metabuscador no qual é possível realizar uma busca em uma diversidade de repositórios de dados: <https://metabuscadador.uspdigital.usp.br/>. Para encontrar o repositório mais apropriado, bem como informações sobre como depositar, compartilhar e usar dados de pesquisa e outros materiais relevantes, consulte: <https://www.re3data.org/> e <https://fairsharing.org>. Para os autores de manuscrito que estão compartilhando seus dados, a REBEn encoraja a citar e linkar os mesmos no manuscrito, no capítulo MATERIAL SUPLEMENTAR, APÓS A CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS E ANTECEDENDO a seção de Referências).

2.3 Aceitação de publicações Preprints A REBEn aceita manuscritos que foram previamente depositados em um servidor não comercial de preprints, desde que não tenham sido submetidos a revisão por pares em outro periódico simultaneamente. O preprint consiste em uma versão completa do artigo científico que ainda não foi

revisado por pares. Os preprints operam independentemente do periódico e a publicação de um preprint não afeta o processo de revisão por pares. O autor responsável pela submissão deve informar se o manuscrito está depositado em um servidor de preprints e obrigatoriamente fornecer o DOI correspondente. O manuscrito deve obedecer a uma licença que permita compartilhar o material em qualquer suporte ou formato (Creative Commons - CC-BY). São exemplos de servidores nacionais o SciELO Preprint - <https://preprints.scielo.org/> o Emerging Researcher Information (EmeRI) <https://preprints.ibict.br/> e internacionais o Medrxiv (<https://www.medrxiv.org/>). A REBEn recomenda o preenchimento do Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta que deve ser submetido como arquivo suplementar ao manuscrito e que ficará acessível aos revisores.

**2.4 Responsabilidade da Autoria** A autoria confere crédito e tem importantes implicações acadêmicas, sociais e financeiras. A autoria implica responsabilidade pelo trabalho publicado. Para todos os autores que tiveram contribuições intelectuais e substanciais no manuscrito, a REBEn exige que cada autor especifique suas contribuições no trabalho. O autor correspondente ou autor que encaminhou o trabalho indicará, durante o processo de submissão, a garantia e a exatidão da integridade de todos os dados relatados no manuscrito (Modelo de Declaração – encaminhar como arquivo suplementar).

A REBEn segue a recomendação da ICMJE, que se baseia nos critérios descritos a seguir: 1. concepção ou desenho do estudo/pesquisa; 2. análise e/ou interpretação dos dados; 3. revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito. Todos os colaboradores que não atendam aos critérios de autoria devem ser listados na seção Agradecimentos, bem como o apoio financeiro das agências de fomento. Para manuscritos publicados previamente em servidores preprints orienta-se que sejam mantidos os mesmos autores, com base nos critérios já descritos.

### 3. PREPARO DOS MANUSCRITO

S Os manuscritos somente serão aceitos, para avaliação, se estiverem rigorosamente de acordo com o modelo disponível nos Templates e preparados da seguinte forma: Arquivo do Microsoft Office Word, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas, parágrafos com recuo de 1,25 cm.

#### 3.1 Página de Título (Template 1)

- Título do artigo: até 15 palavras, no máximo, no idioma do manuscrito. Recomenda-se que o título seja composto utilizando pelo menos 3 descritores;

- Autoria: Nome completo dos autores. A afiliação de cada autor deve conter as informações: universidade, cidade, país e ORCID (todos os autores devem ter o identificador ORCID – Open Researcher and Contributor ID – <https://orcid.org/signin>); o Um autor correspondente deve ser indicado com o endereço do e-mail e foto.

- Resumo: resumo limitado a 150 palavras no mesmo idioma do manuscrito. Deverá estar estruturado em Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões ou Considerações Finais;

- Descritores: devem ser inseridos logo abaixo do resumo. Incluir cinco descritores nos três idiomas (português, inglês e espanhol). Descritores em português e espanhol devem ser extraídos do DeCS (<http://decs.bvs.br>) e em inglês do MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> ou <https://meshb.nlm.nih.gov/MeSHonDemand>);

- Fomento e Agradecimento: Informar a instituição de fomento. Agradecimentos são opcionais para participantes não considerados autores.

3. 2 Estrutura do texto Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito e no resumo. Para tabelas e figuras com abreviações é obrigatório inserir em nota de rodapé da tabela ou figura. No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses após o termo por extenso.

- O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo, e Nas citações de autores, *ipsis litteris*: o Com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto; o No caso de fala de depoentes ou sujeitos de pesquisa, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte Times New Roman tamanho 11, espaçamento simples entre as linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda

- Nas citações de autores, *ipsis litteris*, com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte Times New Roman tamanho 11, espaçamento simples entre as linhas, sem itálico e recuo de 3 cm da margem esquerda.

- As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto; o Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado(5)]. o Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado(1-5).], quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado(1,3,5).].

- As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável. • Apêndices e anexos serão desconsiderados.

3.3 Documento Principal (Template 2) O documento principal, sem identificação dos autores, deve conter:

- Título do artigo: até 15 palavras, no máximo, no idioma do manuscrito. Componha seu título utilizando pelo menos 3 descritores; •

Resumo e os descritores: resumo limitado a 150 palavras no mesmo idioma do manuscrito. Deverá estar estruturado (Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões ou Considerações Finais). • Descritores: devem ser inseridos logo abaixo do resumo. Incluir cinco descritores nos três idiomas (português, inglês e espanhol). Para descritores em português e espanhol devem ser extraídos do DeCS: <http://decs.bvs.br> e inglês do MeSH: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> ou <https://meshb.nlm.nih.gov/MeSHonDemand>

- **Corpo do texto:** consiste no corpo do manuscrito, propriamente dito. A estrutura do manuscrito nas categorias pesquisa e revisão é: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões (para pesquisa quantitativa) ou considerações finais (pesquisa qualitativa); todos os subtítulos devem ser destacados em negrito no texto.
- **Ilustrações:** tabelas, quadros e figuras, como fotografias, desenhos, gráficos, entre outros devem ser apresentadas no corpo do manuscrito e ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar o número de cinco.
  - **Figuras e Tabelas:** Devem ter obrigatoriamente legendas, sendo para figura a legenda deve ser na parte inferior e a identificação de tabelas e quadros deve estar na parte superior, seguida do número de ordem de sua ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título (Ex.: Tabela 1 – título). A fonte consultada deverá ser incluída abaixo das imagens somente se for de dados secundários. As tabelas devem ser padronizadas conforme recomendações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Normas de apresentação tabular. 3. ed. Rio de Janeiro, 1993, disponíveis em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>
  - As ilustrações devem ser enviadas em seus arquivos editáveis originais dos programas de origem, ou exportados vetorizados nos formatos EPS ou PDF.
- **Abreviações** devem ser inseridas por extenso em nota de rodapé da tabela e/ou figura.
- **Subtítulos:** os subtítulos do Método e Discussão devem ser destacados em negrito conforme recomendação do CHECKLIST.
- **Fomento e Agradecimentos** deverão ser citados antes do capítulo das referências. Em Fomento é obrigatório citar fonte de fomento à pesquisa (se houver). Esta informação deve ser inserida na versão final após aceite. Em Agradecimentos são opcionais às pessoas que contribuíram para a realização do estudo, mas não se constituem autores e devem ser apresentados na versão final após aceite.
  - **Referências:** o número de referências é limitado conforme a categoria do manuscrito. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e conforme o estilo indicado pelo Comitê Internacional de Editores Científicos de Revistas Biomédicas (ICMJE). Exemplos do estilo de Vancouver estão disponíveis por meio do site da National Library of Medicine (NLM) em Citing Medicine <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>. No mínimo, 50% das referências devem ser preferencialmente produções publicadas nos últimos 5 anos e destas, 20% nos últimos 2 anos.

A REBEn sugere que 40% das referências sejam de revistas brasileiras, da coleção SciELO e RevEnf. Para os artigos disponibilizados em português e inglês, deve ser citada a versão em inglês, com a paginação correspondente. Evitar citações de teses, dissertações, livros e capítulos, jornais ou revistas não científicas (Magazines) e no prelo, exceto quando se tratar de referencial teórico (Ex: Handbook Cochrane).

A REBEn incentiva o uso do DOI, pois garante um link permanente de acesso para o artigo eletrônico. Para artigos ou textos publicados na internet que não contenham o DOI, indicar o endereço da URL completa bem como a data de acesso em que foi consultada. Serão aceitas até 3 referências de preprint (opcional). Sugestão: A REBEn aceita referências de preprint desde que extremamente necessária. Sugerimos fortemente que durante o processo de avaliação por pares e a prova de prelo os autores verifiquem se a versão citada já foi publicada e atualizem com a referência do periódico correspondente.

Exemplos mais comuns de referências:

Artigos com o identificador

DOI: Lavorato Neto G, Rodrigues L, Silva DARD, Turato ER, Campos CJG. Spirituality review on mental health and psychiatric nursing. Rev Bras Enferm. 2018;71(suppl 5):2323-33. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0429.

Artigos Eletrônicos: Polgreen PM, Diekema DJ, Vandenberg J, Wiblin RT, Chen YY, David S, et al. Risk factors for groin wound infection after femoral artery catheterization: a case-control study. Infect Control Hosp Epidemiol [Internet]. 2006 [cited 2018 Jan 5];27(1):34-7. Available from: <http://www.journals.uchicago.edu/ICHE/journal/issues/v27n1/2004069/2004069.web.pdf> Artigos em outro idioma

Cruz MSD, Bernal RTI, Claro RM. [Trends in leisure-time physical activity in Brazilian adults (2006-2016)]. Cad Saude Publica. 2018. 22;34(10):e00114817. doi: 10.1590/0102-311X00114817 Portuguese. Livro Jenkins PF. Making sense of the chest x-ray: a hands-on guide. New York: Oxford University Press; 2005. 194 p.

Livro na Internet Higgins JP, Green S, editors. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions [Internet]. Version 4.2.6. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd.; 2006 [cited 2018 Oct 15]. 257 p. Available from: <http://www.cochrane.org/resources/handbook/handbook.pdf> Preprint Lavorato Neto G, Rodrigues L, Silva DARD, Turato ER, Campos CJG. Spirituality review on mental health and psychiatric nursing. Medrxiv. 2018. Preprint(v.2) [cited 2019 Oct 12]. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0429.

Vídeos No Youtube: Viseu Now. Entrevista Marco Machado, enfermeiro em Londres [Internet]. Viseu Now; 2020 Mar 24. [cited 2020 Apr 12]. Video: 7 min 18 seg. Available from: <https://youtu.be/bJ9fDzVWOz4> No figshare: Plessis-Faurie, Alida S. A Mother and Preterm Infant in a South African Informal Settlement [Internet]. Visualise Your Thesis. Presentation; 2019 [cited 2020 Nov 13]. Video: 1 min 13 seg. Available from: [https://figshare.com/articles/presentation/A\\_Mother\\_and\\_Preterm\\_Infant\\_in\\_a\\_South\\_African\\_Informal\\_Settlement/9992606](https://figshare.com/articles/presentation/A_Mother_and_Preterm_Infant_in_a_South_African_Informal_Settlement/9992606) doi: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.9992606.v1>

• Citação e Referência de Dados de Pesquisa e Outros Conteúdos: a REBEn encoraja citar arquivos de dados, códigos de programas e outros conteúdos subjacentes ou relevantes em seu manuscrito, citando no texto e incluindo a referência dos dados em Referências.

A REBEn endossa os Princípios de Citação de Dados da FORCE 11 (FORCE 11 Data Citation - <https://www.force11.org/datacitationprinciples>) que indica que todos os conjuntos de dados disponíveis publicamente sejam totalmente referenciados na lista de referência com um número de acesso ou identificador exclusivo, como um identificador de objeto digital (DOI).

Para maiores informações, consulte: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7273/#A57722> Exemplo:

Dados de Pesquisa: Coin L. Genomics of development and disease [dataset]. 2014 Jun 1 [cited 2017 Jun 9]. The University of Queensland. Available from: <http://dx.doi.org/10.14264/uql.2016.583>.

Dados de Repositório: Global Health Observatory Data Repository [Internet]. Geneva: WHO. [cited 2019 Jul 3]. Available from: <http://www.who.int/gho/database/en/>.

Dados depositados em Repositórios: Zimmermann B, Tkalčec Z, Mešić A, Kohler A. Characterizing aeroallergens by infrared spectroscopy of fungal spores and pollen [dataset]. 2015 Apr 27 [cited 2019 Jul 3]. Dryad Digital Repository. Available from: <https://datadryad.org/resource/doi:10.5061/dryad.f4v0s>. Referenced in doi: 10.1371/journal.pone.0124240.

Dados descritos em artigos: Mann C, Kane L, Dai M, Jacobson K. Description of the 2012 NEMSIS public-release research dataset. *Prehosp Emerg Care*. 2015;19(2):232-40. doi: 10.3109/10903127.2014.959219.

#### 4. PROCESSO DE SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

Os manuscritos devem ser submetidos à REBEn por meio da URL <http://www.scielo.br/reben/>, acessando o link Submissão Online. Para iniciar o processo, o responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor. O sistema é autoexplicativo e, ao concluir o processo, será gerada uma ID para o manuscrito, com código numérico (Exemplo: REBEn 2020-0001).

Tópicos do Checklist:

- Página de Título (Template 1);
- Documento Principal no Modelo Indicado (Template 2);
- Declaração de Responsabilidade pela Autoria, Exclusividade e Transferência de Direitos Autorais e de Ciência das Instruções da REBEn aos autores Modelo de Declaração;
- Carta ao Editor (cover letter);
- Comprovante de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- Comprovante de pagamento de taxa de conformidade com o nome do pagante e data de pagamento visíveis.
- Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta O responsável pela submissão receberá uma mensagem informando a URL do manuscrito e um login, para que possa acompanhar, na interface de administração do sistema, o progresso do documento nas etapas do processo editorial. Só serão verificados pelo escritório editorial quanto à adequação às normas, os manuscritos que estiverem formatados no modelo de submissão. Antes de submeter o manuscrito os autores devem verificar as normas da REBEn, seguir rigorosamente o CHECKLIST e ter todos os documentos necessários para submissão. É obrigatório o preenchimento completo dos metadados no formulário de submissão. Cada documento deve ser anexado, separadamente, no campo indicado pelo sistema. Para iniciar o processo, o responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor criando/associando o cadastro do ORCID (Open Researcher and Contributor ID - <https://orcid.org/signin>). Todos os autores devem ter o cadastro associado ao ORCID atualizado. Os autores devem indicar quatro possíveis pareceristas para avaliação do manuscrito. Estes indicados deverão ser obrigatoriamente doutores, não ter conflito de interesses e não pertencer a instituições de qualquer dos autores. Os pareceristas podem ser acatados ou não pelos editores associados. Possíveis revisores podem ser localizados na plataformaattes de acordo com a temática do manuscrito. Os manuscritos que não se adequarem às normas na segunda rodada do checklist serão arquivados sem devolução da taxa de avaliação.

#### 5. PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS

A REBEn adota, para manuscritos aprovados e que não tenham sido disponibilizados em servidores de preprints, a avaliação duplo-cega (double-blind review) que é constituído por dois ou mais árbitros designados para realizar a revisão do manuscrito. Os pareceres emitidos pelos avaliadores podem considerar o manuscrito aceito, rejeitado ou que requer revisões, seja de forma ou de conteúdo. Os pareceres emitidos pelos avaliadores são apreciados pelos Editores Chefes, e um parecer final é enviado aos autores. Para manuscritos previamente publicados em servidores de preprints a REBEn entende que não é possível garantir o anonimato dos autores, sendo garantido apenas dos revisores envolvidos no processo. Para os dois casos, o nome do Editor Associado (EA) envolvido com o processo de peer review é publicado junto com o manuscrito. Com o objetivo de tornar o processo de revisão por pares mais transparente e apoiada nos preceitos da ciência aberta, a partir de 2021 a REBEn adotará o processo transparente de revisão por pares (Figura 1), que consiste em compartilhar o relatório de revisão emitido pelos revisores mas sem a identificação destes. A partir de 2022 a REBEn oferecerá aos autores e revisores a possibilidade de optar por exibir os relatórios dos revisores (e as respostas dos autores) junto com o artigo publicado. O conteúdo da revisão por pares só aparecerá quando todos aceitarem. Os revisores também poderão assinar seu relatório, se desejarem. Figura 1 - Conceito de Revisão Por Pares Transparente/Abert

## 6. REVISÃO TÉCNICA DE LÍNGUA PORTUGUESA E TRADUÇÃO DE MANUSCRITOS

Quando o artigo for aceito, o autor receberá um e-mail do escritório editorial com instruções sobre:

- Tradutores e revisores certificados pela REBEn relacionados neste documento;
- Os documentos a serem enviados no template final (disponibilizado apenas pelo escritório). A devolutiva do manuscrito nas versões traduzidas, revisadas e certificadas bem como o comprovante de pagamento da taxa de editoração com o nome do pagante e data de pagamento visíveis, deverão ser encaminhados ao e-mail [reben@abennacional.org.br](mailto:reben@abennacional.org.br) no prazo de até 25 dias corridos. Este prazo não atendido e a não conformidade com o modelo (Template final enviado pelo escritório), ocasionará o arquivamento do manuscrito. Nesta oportunidade, verifique cuidadosamente o envio do manuscrito de acordo com o template final (nome dos autores, instituição ORCID, ordem de autoria). O Conselho Editorial decidiu a cobrança no valor de R\$ 200,00 em caso de errata por descuido dos autores.

## 7. TAXA DE AVALIAÇÃO E DE EDITORAÇÃO TAXA DE CONFORMIDADE

R\$ 400,00 (quatrocentos reais) Comprovante do pagamento da taxa de avaliação com o nome do pagante e data de pagamento visíveis

### TAXA DE EDITORAÇÃO

R\$ 1.600,00 (um mil e seiscentos reais). Comprovante do pagamento após o aceite do manuscrito com o nome do pagante e data de pagamento visíveis VALOR DE ERRATA R\$ 200,00 (duzentos reais) Comprovante do pagamento com o nome do pagante e data de pagamento visíveis \*conformidade com as Normas do Periódico Forma de pagamento: Exclusivamente pelo Pagseguro ou Paypal (<http://reben.com.br/revista/>).

PARA PAGAMENTOS INSTITUCIONAIS, ENTRAR EM CONTATO COM: [tesouraria@abennacional.org.br](mailto:tesouraria@abennacional.org.br) Sem a comprovação dos pagamentos pelo sistema, o artigo será arquivado definitivamente.

A taxa de avaliação não será devolvida caso o manuscrito não seja aceito para publicação. ATENÇÃO As dúvidas quanto as normas, submissão e resubmissão serão atendidas exclusivamente pelo email FALE CONOSCO ([faleconosco.reben@abennacional.org.br](mailto:faleconosco.reben@abennacional.org.br)). Previamente ao uso do FALE CONOSCO reveja cuidadosamente as normas acima. Somente serão respondidas questões não contempladas nas Instruções aos Autores. Ao iniciar a submissão do manuscrito o autor está ciente e em concordância com as normas da Revista. ASSINATURAS AQUISIÇÃO DE NÚMEROS AVULSOS DA REBEn – versão IMPRESSA (sujeito à disponibilidade do produto) A versão eletrônica da REBEn está disponível em acesso aberto e gratuito. Exemplares avulsos na forma impressa podem ser comprados, se os números estiverem disponíveis. Para adquirir números avulsos da REBEn na versão impressa, envie solicitação pelo email [reben@abennacional.org.br](mailto:reben@abennacional.org.br). Especificar no pedido o volume, o número, a quantidade desejada, nome e endereço completo do destinatário para envio, mediante o comprovante do pagamento. Número Avulso - R\$ 50,00 (cada) acrescido das despesas de correio.