



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM MEDICINA

PAULO VICTOR FERNANDES DE FARIAS

**CUIDADOS PALIATIVOS EM PAUTA: AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM HOSPITAL REGIONAL NO ESTADO DO
PIAUÍ**

PICOS

2023

PAULO VICTOR FERNANDES DE FARIAS

**CUIDADOS PALIATIVOS EM PAUTA: AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM HOSPITAL REGIONAL NO ESTADO DO
PIAUI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Medicina da Universidade Federal do Piauí, *campus* Senador Helvídio Nunes de Barros no período de 2023.1, como parte das exigências para obtenção do título de Bacharel em Medicina

Orientador: Prof. Dr. Italo Rossi Roseno Martins

PICOS

2023

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí

Biblioteca José Albano de Macêdo

F224c Farias, Paulo Victor Fernandes de
Cuidados paliativos em pauta: avaliação da percepção dos profissionais de saúde em um hospital regional no estado do Piauí [recurso eletrônico] / Paulo Victor Fernandes de Farias - 2023.
47 f.

1 Arquivo em PDF
Indexado no catálogo *online* da biblioteca José Albano de Macêdo-CSHNB
Aberto a pesquisadores, com restrições da Biblioteca

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Piauí, Bacharelado em Sistemas de Informação, Picos, 2023.
“Orientador: Prof. Dr. Italo Rossi Rosseno Martins”

1. Cuidados paliativos. 2. Profissionais de saúde – percepção – cuidados paliativos. 3. Emergências. I. Martins, Italo Rossi Rosseno. II. Título.

CDD 610.696

Emanuele Alves Araújo CRB 3/1290



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - MEC
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS - CSHNB
BACHARELADO EM MEDICINA



Ata da sessão de defesa de monografia de PAULO VICTOR FERNANDES DE FARIAS, do curso de Bacharelado em Medicina do *Campus* "Senador Helvídio Nunes de Barros".

Em 09/08/2023, às 16 horas, sob a presidência do Professor Dr. **Italo Rossi Roseno Martins**, da Universidade Federal do Piauí, *Campus* Senador Helvídio Nunes de Barros (CSHNB) situado na cidade de Picos, realizou-se a sessão de defesa pública do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "CUIDADOS PALIATIVOS EM PAUTA: AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM HOSPITAL REGIONAL NO ESTADO DO PIAUÍ", de autoria de **PAULO VICTOR FERNANDES DE FARIAS**, discente do Curso de Bacharelado em Medicina. Fizeram parte como membros da banca avaliadora: **Prof. Dr.ª Ticiania Maria Lúcio de Amorim** e **Prof. Esp. Tércio Luz Barbosa**. O professor **Italo Rossi Roseno Martins**, na qualidade de presidente da Banca de defesa da monografia citada acima, declarou aberta a sessão e apresentou os membros da Banca Avaliadora ao público presente. Em seguida, passou a palavra para o aluno **PAULO VICTOR FERNANDES DE FARIAS** para que no prazo de 15 min (quinze minutos) a 20 min (vinte minutos) apresentasse a sua monografia. Após a exposição oral da monografia, a presidência da sessão passou a palavra aos membros da Banca Avaliadora para que procedessem com suas considerações e arguições pertinentes ao trabalho. Em seguida, o aluno **PAULO VICTOR FERNANDES DE FARIAS** respondeu às perguntas elaboradas pelos membros da Banca Avaliadora. Prosseguindo, a sessão foi suspensa pela presidência para se reunir secretamente com os membros da Banca Avaliadora para emitir o parecer da avaliação. Após a avaliação secreta dos membros da Banca Avaliadora, o presidente da sessão, deu acesso a todos à sala para testemunharem a leitura do parecer emitido pela Banca de Avaliação, que assim foi lido. "Após a apresentação e defesa da monografia de **PAULO VICTOR FERNANDES DE FARIAS**, seguida da arguição da Banca Avaliadora, os membros da Banca consideraram o discente "APROVADO (Aprovado, Reprovado ou Aprovado com ressalvas)", emitindo nota igual a "10". Prosseguindo, a presidência agradeceu a participação dos membros da Banca Avaliadora e de todos os presentes e deu por encerrada a sessão. E, para constar, eu, **Italo Rossi Roseno Martins** lavrei a presente Ata que, após lida e achada conforme, foi assinada por mim e

demais presentes, em testemunho de fé.

Picos - Piauí, 09/08/2023.

1. Abeltoni Pinheiro
2. Cecilia Long Carbonel
3. Tuciana Maria Lucio de Amorim
4. Paulo Victor F. de Farias
5. Cláudia Feres Nunes Martins
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____

Dedico este trabalho em memória de Marilena Fernandes, minha querida avó, e de Cecília Fortes, minha eterna cunhada, responsáveis por despertarem em mim o interesse em me aprofundar nos cuidados paliativos.

“Cuidados paliativos é a arte de trazer dignidade para tempos difíceis” (Ana Michelli Soares).

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha mãe, Geane Fernandes, meu maior exemplo na vida, minha maior incentivadora e a mulher que mais admiro nesse mundo. Obrigado por tudo que fez por mim! Todas as suas batalhas, lutas e esforços diários fazem parte dessa conquista e tenho certeza de que sem o seu apoio nada disso seria possível. Agradeço também ao meu pai, Paulo Farias, que com seu jeito de ser, alegra todos ao seu redor. Sempre sendo um grande companheiro, sempre buscando uma forma de arrancar um sorriso mesmo nos momentos mais difíceis. Foi essencial ter o seu apoio durante toda essa jornada. Meus pais, saibam que cada esforço que fiz, faço e farei é e sempre será por vocês!

Agradeço aos meus avós por todo o carinho que tive desde criança, e em especial vovó Marilena e vovô Gilberto, responsáveis diretos por grande parte da minha criação. Queria muito ter vocês aqui comigo vivendo esse momento, mas tenho certeza de que, de onde estiverem, estão felizes com essa conquista, cuidando de mim e torcendo por mais vitórias como essa. À vovó Marilena também dedico este trabalho, a Sra é uma inspiração para mim, um exemplo de força, resiliência e persistência. Com a Sra pude ver, aprender e vivenciar na prática os cuidados paliativos.

Agradeço também à Cláudia Fortes, minha namorada, amiga, companheira de turma e, em breve, também de profissão. Você foi fundamental nessa caminhada. Tem sido meu porto seguro desde o primeiro dia que entrou na minha vida até hoje. Cada memória, os momentos bons e todas as dificuldades enfrentadas nesse período, tem a sua presença comigo. Tudo que vivi na faculdade, todos os aprendizados e conquistas tem um pouquinho de você. Minha companheira de todas as horas! Aulas, provas, trabalhos, você sempre esteve presente em todos os momentos vividos até aqui, muito obrigado por todo esse apoio, carinho e muito amor que tem me dado!

Agradeço à toda minha família, em especial à minha madrinha, Gislene, às minhas irmãs, Thalia e Eduarda, à minha madrastra, Elaine, aos meus tios e primos. Todo apoio durante toda a minha vida foi essencial para chegar até aqui. Muito obrigado a todos!

Agradeço também à família da minha companheira de vida, uma família que ganhei nesses últimos anos e que me acolheu da melhor maneira possível. Agradeço em especial à vovó Beth, que me adotou como um neto, à Cristiane Lage, minha sogra e uma segunda mãe para mim, ao Pingo, meu cãopaneiro e à minha cunhada, Cecília, uma fonte de inspiração

eterna para minha vida e responsável direta por me fazer olhar de outra forma os cuidados paliativos.

Não poderia esquecer de agradecer aos meus orientadores, o prof. Dr. Ítalo Rossi, sempre muito receptivo, atencioso e extremamente competente na docência, o Sr foi essencial na elaboração desse trabalho. E a Dra. Isadora Rufino, profissional que me apresentou os cuidados paliativos ainda no início da graduação e que agora tive a felicidade de receber sua orientação nesse tema tão importante, mas também tão negligenciado.

Agradeço ainda a todos os professores e demais profissionais que passaram pela minha trajetória, cada um de vocês deixou em mim algum aprendizado que levarei para o resto da minha vida. Cito aqui em especial a Dra. Ellen Barros, umas das médicas mais humanas que conheci, além de ser uma excepcional pediatra. Felizmente tive a honra de ter sua companhia como professora, mas também como orientadora dos diversos projetos, ligas e trabalhos que fizemos durante o curso.

Muito obrigado a todos!

RESUMO

Introdução: Os Cuidados Paliativos (CPs) surgiram na década de 1960 e referiam-se aos cuidados ofertados no fim de vida. Entretanto, desde esse período, seu conceito tem sido reformulado, de forma a expandir o seu alcance. Atualmente, tem-se como principais objetivos a manutenção e melhora na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, durante qualquer estágio de uma enfermidade que ameace a vida. **Objetivo:** Analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a aplicação dos cuidados paliativos aos pacientes terminais no departamento de emergência em um hospital de regional do estado do Piauí. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo quali-quantitativo, no qual foram incluídos profissionais de saúde que atuam nos setores de urgência e emergência de um hospital regional no estado do Piauí no ano de 2023. **Resultados:** Foram entrevistados 60 profissionais e conseguiu-se inferir o perfil dos entrevistados, o conhecimento sobre CPs, suas experiências prévias, acadêmicas e a atuação dessa modalidade de cuidado no serviço. **Discussão:** Ao analisar as respostas do que são os CPs e de como devem ser implementados, um terço dos entrevistados descreveram esse tipo de cuidado especificamente no paciente terminal, evidenciando um erro conceitual muitas vezes cometido e uma forte tendência a restringir esse tipo de cuidado apenas ao fim da vida. Porém, os CPs não devem fazer distinção de acordo com o prognóstico do paciente, deve-se, na realidade, objetivar a otimização da qualidade de vida, antecipando, prevenindo e tratando o sofrimento, naqueles pacientes que enfrentam doenças incuráveis, ameaçando ou não a sua vida. **Conclusão:** Dessa forma, os CPs mostram-se como condutas de extrema importância nos serviços de saúde, incluindo o departamento de emergência (DE), local em que muitas vezes pode ser a porta de entrada para esses pacientes.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Emergências; Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Introduction: Palliative Care (PC) emerged in the 1960s and referred to care offered at the end of life. However, since that period, its concept has been reformulated in order to expand its reach. Currently, the main objectives are to maintain and improve the quality of life of patients and their families during any stage of a life-threatening illness. **Objective:** To analyze the perception of health professionals about the application of palliative care to terminally ill patients in the emergency department of a regional hospital in the state of Piauí. **Methodology:** This is a qualitative and quantitative descriptive study, which included health professionals who work in the urgent and emergency sectors of a local hospital in the state of Piauí, in the year 2023. **Results:** Sixty professionals were interviewed and it was possible to infer the profile of the interviewees, their knowledge about PCs, their previous academic experiences and the performance of this type of care in the service. **Discussion:** When analyzing the answers about what PCs are and how they should be implemented, one third of the interviewees described this type of care specifically for terminally ill patients, evidencing a conceptual error that is often committed and a strong tendency to restrict this type of care only to the end. of life. However, PCs should not distinguish according to the patient's prognosis, they should actually aim to optimize the quality of life, anticipating, preventing and treating suffering, in those patients who face incurable diseases, threatening or not your life. **Conclusion:** Thus, PCs are extremely important behaviors in health services, including the emergency department (ED), where they can often be the gateway for these patients.

Keywords: Palliative Care; Emergencies; Critical Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Profissão dos entrevistados.....	18
Figura 2: Tempo de formação dos entrevistados.....	19
Figura 3: Faixa etária dos entrevistados.....	19
Figura 4: Sexo dos entrevistados.....	19
Figura 5: Conhecimento sobre a definição da OMS para cuidados paliativos.....	20
Figura 6: Curso, treinamento ou aula sobre cuidados paliativos.....	20
Figura 7: Você considera que este serviço promove o alívio da dor e de outros sintomas comuns em pacientes em cuidados paliativos?.....	21

LISTA DE ABREVIATURAS

COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CPs	Cuidados Paliativos
DE	Departamento de Emergência
HRJL	Hospital Regional Justino Luz
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONR	Ordem de Não Ressuscitar
ONI	Ordem de Não Intubar
PCR	Parada Cardiorrespiratória
POLST	Physician Orders for Life-Sustaining Treatment
RCP	Reanimação Cardiopulmonar
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UFPI	Universidade Federal do Piauí

Sumário

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 Geral.....	16
2.2 Específicos	16
3 METODOLOGIA	17
3.1 Tipo de estudo.....	17
3.2 População do estudo	17
4 RESULTADOS.....	18
4.1 Perfil dos entrevistados	18
4.2 Conhecimento e experiência em cuidados paliativos	20
4.3 Atuação dos cuidados paliativos no serviço	21
5. DISCUSSÃO.....	22
6. CONCLUSÃO	26
7. REFERÊNCIAS	27
8. ANEXOS.....	29
8.1 ANEXO A – FORMULÁRIO APLICADO AOS VOLUNTÁRIOS DO ESTUDO.....	29
8.2 ANEXO B – COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP).....	30
8.3 ANEXO C - CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO NA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA (ISSN 1518-8787).....	35
8.4 ANEXO D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA “JOSÉ ALBANO DE MACEDO”	50

1 INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CPs) surgiram na década de 1960 e referiam-se aos cuidados ofertados no fim de vida. Entretanto, desde esse período, seu conceito tem sido reformulado, de forma a expandir o seu alcance. A definição mais recente, revisada em 2002 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), refere-se aos CPs como sendo uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e suas famílias, durante qualquer estágio de uma enfermidade que ameace a vida, prevenindo e aliviando o sofrimento, através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais.^{1,2}

De modo geral, os CPs são prestados, especialmente, nos serviços de oncologia a nível ambulatorial. No entanto, devido à maior expectativa de vida populacional e à baixa cobertura dos serviços de CPs atualmente, pacientes candidatos aos CPs têm sido cada vez mais prevalentes nos departamentos de urgência e emergência.³ Essa procura no fim da vida desses pacientes é tão intensa que são estimados que 50% dos americanos com 65 anos ou mais visitam o pronto-socorro no último mês de vida.⁴

Além disso, foi percebido que muitas dessas internações no fim da vida estavam relacionadas a sintomas passíveis de tratamento em domicílio, caso tivessem o acompanhamento ideal com a equipe de CPs. Porém, infelizmente, sua indicação tardia ainda é bastante comum, o que retarda a otimização do manejo desses sintomas comuns no fim da vida.⁵

Os benefícios da implementação precoce dos CPs para os pacientes são notórios, pois estas intervenções melhoram a qualidade de vida, além de proporcionar redução dos cuidados agressivos no final da vida.⁵ É importante salientar também a importância dos CPs como medida de saúde pública, tendo em vista sua facilidade de aplicação, bem como, o baixo custo para sua implementação.

Em relação aos sintomas que levam esses pacientes ao departamento de emergência (DE), a OMS determinou os 11 sintomas mais prevalentes no fim da vida, tais como: anorexia, ansiedade, depressão, delírio, constipação, diarreia, fadiga, náusea e vômito, dor, dispneia e secreções do trato respiratório.²

Diante desses cenários, cabe a equipe responsável saber manejar os diferentes sintomas presentes nesses pacientes, tendo em vista que o departamento de emergência muitas vezes atua

como porta de entrada para essa população.⁶ No entanto, em geral, esse ambiente não é visto como o local ideal para a implementação dos CPs, seja pela falta de conhecimento dos casos, planos e metas terapêuticas, pela impossibilidade de acompanhamento após a alta hospitalar ou pelas dificuldades inerentes ao próprio DE, marcados por serem ambientes acelerados, às vezes até caóticos, e muitas vezes não acolhedores.⁷

Todavia, os pacientes com critérios para admissão em CPs e que ainda não sejam acompanhados por essa especialidade devem ser encaminhados de forma oportuna ao encontrá-los no DE com agudização da doença de base ou sintomas refratários. Visando isso, há o interesse cada vez maior no desenvolvimento e aprimoramento de ferramentas de triagem para identificar os pacientes com necessidade significativa de CPs.⁶

Os cuidados paliativos e os cuidados intensivos muitas vezes parecem ser extremos opostos da medicina, visto que, em geral, a medicina intensiva busca incessantemente a manutenção das funções vitais e a redução da mortalidade, enquanto os CPs estão centrados no paciente e na família, promovendo melhoria de qualidade de vida, prevenindo e tratando o sofrimento. No entanto, esses dois extremos têm pontos em comum, principalmente no ambiente de UTI, quando o tratamento curativo já não é mais capaz de atingir a manutenção da vida e os objetivos esperados.¹

Atualmente, existem dois modelos para integração dos CPs na UTI: o modelo integrativo e o modelo consultivo. O primeiro busca associar o gerenciamento de sintomas, técnicas apropriadas de comunicação e capacidade de compartilhar a tomada de decisões baseado nos valores, objetivos e preferências dos pacientes. Já o modelo consultivo, baseia-se na avaliação de especialistas em CPs para determinados pacientes, sem necessariamente objetivar a integração dos princípios dos CPs pelos médicos intensivistas.¹

Deve ser da competência do médico do DE o manejo básico dos sintomas relacionados ao fim da vida. Diante disso, com o avanço das discussões acerca dos CPs, os protocolos de fim de vida têm sido eficazes em manter um conforto adequado para os pacientes em UTI, inclusive sendo realizado muitas vezes a retirada terminal da ventilação, permitindo a presença dos familiares na hora da morte. Nessas situações, o uso de opioides é muito comum, permitindo um fim da vida sem sinais agoniantes e sem acelerar esse momento.²

Além disso, dentro da equipe multiprofissional, pode-se citar a importância da fisioterapia e da equipe de enfermagem. Os primeiros, são fundamentais no manejo da dispneia, sintoma frequente no paciente paliativo e presente em 70% a 80% daqueles com câncer terminal

em algum momento das últimas 6 semanas de vida. O uso da ventilação não invasiva com pressão positiva (VNIPP) já demonstrou redução da intubação, melhora da sobrevida e redução do desconforto respiratório em pacientes > 75 anos de idade.² A equipe de enfermagem é essencial no cuidado à beira leito do paciente, interpretando não só as queixas verbais, mas também aquelas que estão veladas no movimento, na expressão corporal, nos sinais fisiológicos.⁸

Dentre as principais dificuldades enfrentadas no estabelecimento de CPs nos DE, podem ser citadas: a falta de integração nos sistemas de saúde; a má comunicação com o paciente e familiares, muitas das vezes influenciada pela grande demanda do DE e necessidade de resolução rápida dos problemas; e a insegurança dos profissionais em lidar com os sintomas de fim da vida, dilemas e decisões que caminham em um curto limiar entre o ideal e o excesso. Além de outras dificuldades já citadas anteriormente como, a falta de conhecimento de cada caso, não permitindo saber objetivos e planejamentos terapêuticos e ambiente pouco acolhedor para o doente em fim da vida e seus familiares.⁷

Diante disso, é primordial o incentivo das discussões sobre o benefício da indicação precoce e a necessidade do aumento dos serviços de CPs, principalmente no contexto dos DEs, local muitas vezes visto como não sendo ideal para esse tipo de cuidado, porém igualmente oportuno para muitos pacientes. Além disso, é importante que sejam realizados treinamentos e qualificações dos profissionais para identificação e manejo adequado desses pacientes, tendo em vista a utilização dos serviços de urgência como porta de entrada para o sistema de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a aplicação dos cuidados paliativos no departamento de emergência em um hospital regional do estado do Piauí.

2.2 Específicos

- Definir o perfil dos profissionais de saúde que atuam no serviço de emergência no hospital parceiro;
- Averiguar o conhecimento e experiência dos profissionais de saúde relacionados aos cuidados paliativos;
- Avaliar se há promoção do alívio da dor e dos principais sintomas mais comuns no fim da vida no hospital avaliado;
- Identificar as principais dificuldades na aplicação dos cuidados paliativos no serviço avaliado.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo quali-quantitativo, no qual foram incluídos profissionais de saúde que atuam nos setores de urgência e emergência do Hospital Regional Justino Luz (HRJL), na cidade de Picos, no estado do Piauí, no ano de 2023. Os dados foram coletados junto aos profissionais por meio de entrevista utilizando como base um formulário-padrão para coleta (Anexo A). Todos os procedimentos foram previamente aprovados pelo Comitê de Ética (CEP) do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros da Universidade Federal do Piauí (CSHNB/UFPI), sob certidão de número CAAE 66943723.8.0000.8057 (Anexo B).

O formulário possui 9 questões incluindo informações relacionadas ao perfil do entrevistado, como sexo, idade, profissão e tempo de formação, além de avaliação acerca do conhecimento da definição dos cuidados paliativos, se já participou de alguma forma de capacitação na área (aula, curso ou treinamento) e a percepção dos profissionais acerca da aplicação dos CPs no serviço analisado, se há promoção do alívio dos sintomas mais comuns no paciente terminal, como deve ser realizada a implementação dos CPs e quais as principais dificuldades enfrentadas no hospital.

Esse questionário foi aplicado de forma presencial no próprio serviço de saúde e contando com a colaboração de cada profissional para responder as perguntas realizadas. Em todos os casos, sempre deixamos claro a possibilidade de recusa no caso de não se sentir confortável para participar da entrevista.

3.2 População do estudo

A população do estudo foi formada por profissionais de saúde das diversas áreas que atuam no hospital parceiro, tais como medicina, enfermagem e fisioterapia. Foram considerados critérios de seleção do estudo todos os profissionais de saúde do serviço de urgência e emergência do hospital que estivessem devidamente cadastrados em seus respectivos órgãos responsáveis, sendo descartados os demais profissionais que atuassem em outros setores do hospital que não fizessem uso das CPs. No momento da aplicação dos questionários, cerca de 120 profissionais se encaixavam nesses critérios.

4 RESULTADOS

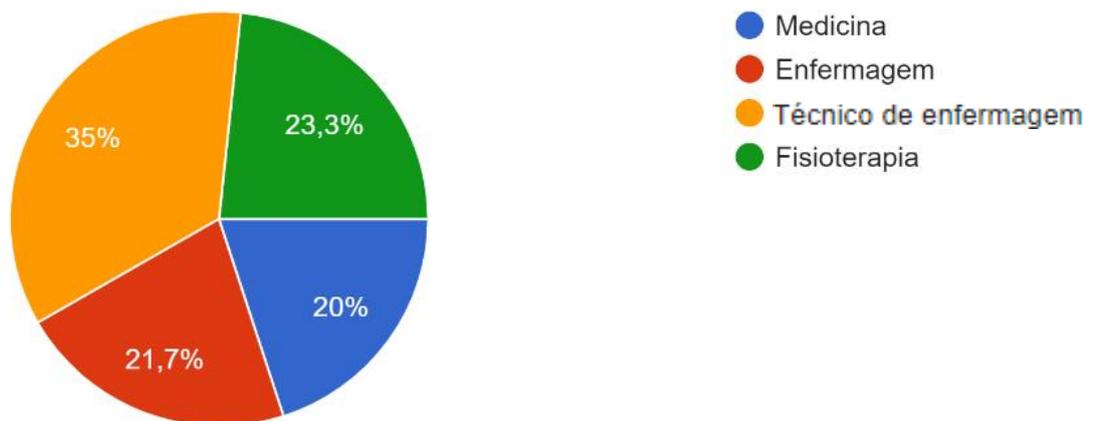
4.1 Perfil dos entrevistados

Foram entrevistados 60 profissionais de saúde do setor de urgência do hospital parceiro (UTI 1, UTI 2 e sala de cuidados críticos), sendo 21 técnicos de enfermagem (31,8% do total), 14 fisioterapeutas (77,7% do total), 13 enfermeiros (72,2% do total) e 12 médicos (57% do total). Essa quantidade representa, aproximadamente, metade dos profissionais que atuam no setor avaliado, sendo atualmente 21 médicos, 18 fisioterapeutas, 18 enfermeiros e 66 técnicos de enfermagem.

Durante a coleta dos dados, foram entrevistados mais técnicos de enfermagem (33%) quando comparado às outras profissões, correspondendo ao esperado visto que a maior parte do quadro de funcionários corresponde a essa categoria (figura 1). Com relação ao tempo de profissão, foram observados que a ampla maioria dos entrevistados possuem menos de 10 anos de formação, significando um valor superior a 70% dos profissionais (figura 2).

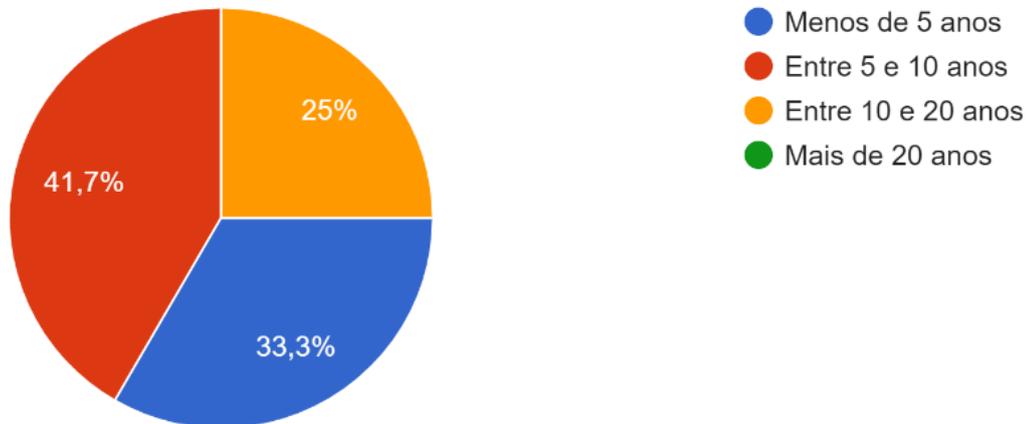
Aplicando-se o questionário foi possível determinar o perfil dos profissionais que atuam no serviço de urgência de um hospital de referência para a macrorregião do Vale do Guaribas. Analisando os dados coletados se percebe uma maior prevalência de profissionais abaixo dos 40 anos (figura 3), correspondendo a mais de 80% dos entrevistados (entre 25 e 40 anos) e do sexo feminino (61,7%) (figura 4).

Figura 1. Formação profissional dos entrevistados.



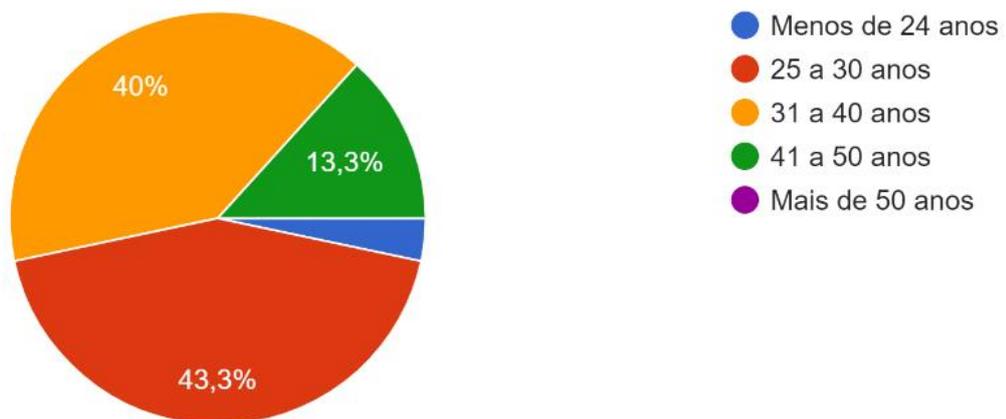
Fonte: Autoria própria, 2023.

Figura 2. Tempo de formação dos profissionais entrevistados.



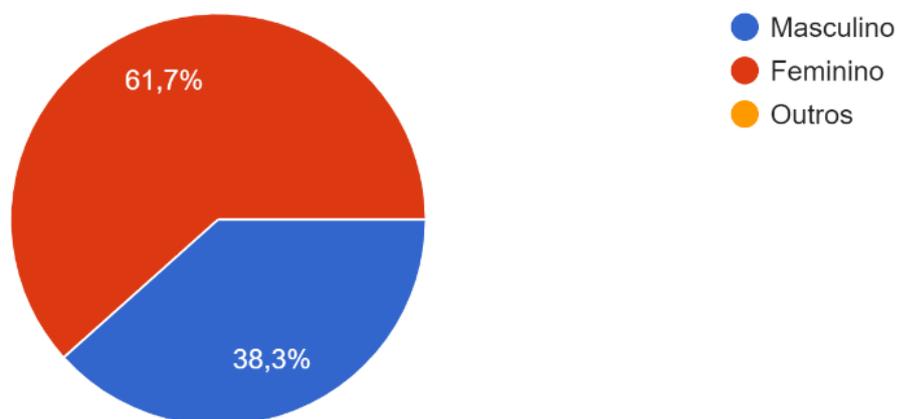
Fonte: Autoria própria, 2023.

Figura 3. Faixa etária dos profissionais entrevistados.



Fonte: Autoria própria, 2023.

Figura 4. Sexo dos profissionais entrevistados.

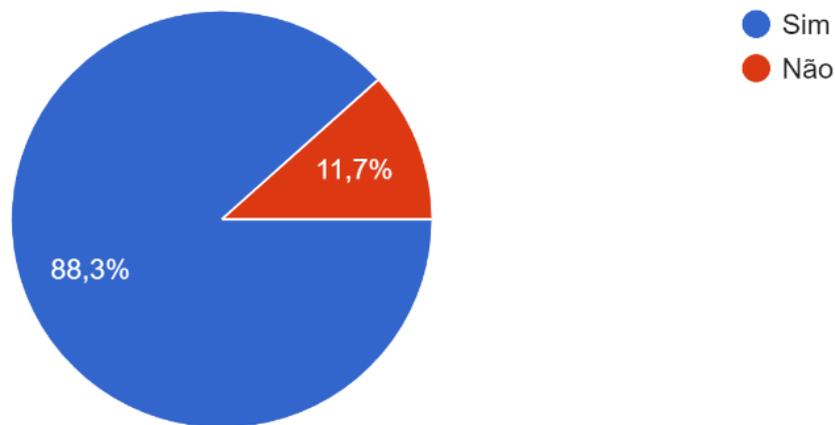


Fonte: Autoria própria, 2023.

4.2 Conhecimento e experiência em cuidados paliativos

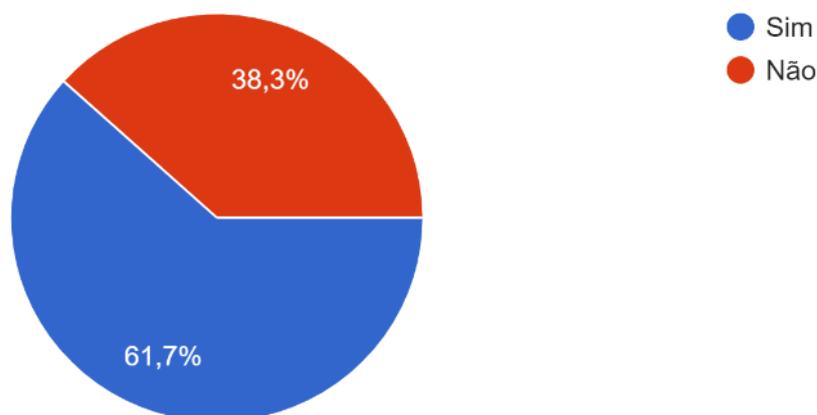
A partir da aplicação do questionário, foi observado se há o conhecimento e experiência relacionada a atuação nos CPs. A grande maioria dos entrevistados (88,3%) afirma conhecer a definição da OMS para cuidados paliativos² (figura 5), porém apenas 61,7% alegam ter tido experiência com curso, treinamento ou aula sobre o tema (figura 6). Contrapondo esses dados é possível perceber que mais de 25% dos profissionais alegaram ter o conhecimento da definição de CPs, porém sem ter tido a oportunidade de participar de cursos, treinamentos ou aulas sobre o assunto.

Figura 5. Conhecimento sobre a definição da OMS para cuidados paliativos.



Fonte: Autoria própria, 2023.

Figura 6. Participação em curso, treinamento ou aula sobre cuidados paliativos.

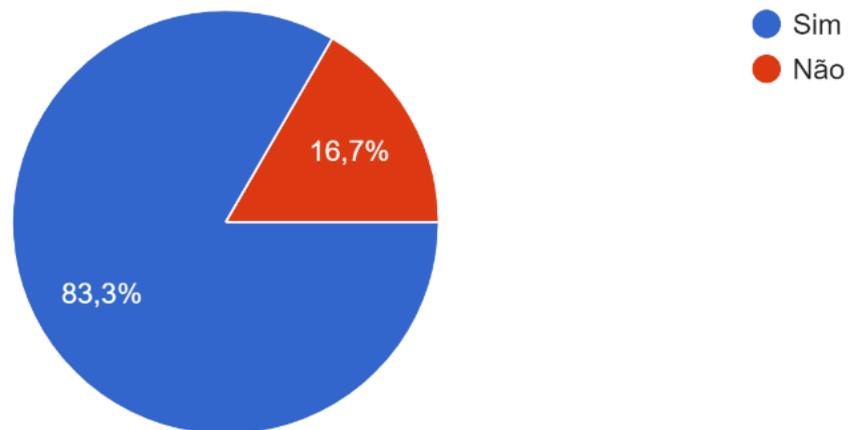


Fonte: Autoria própria, 2023.

4.3 Atuação dos cuidados paliativos no serviço

Foi questionado também sobre o alívio da dor e de outros sintomas comuns em pacientes em CPs, tendo mais de 83% dos profissionais considerado haver a promoção da melhora desses sintomas (figura 7). Além disso, nas respostas abertas, mais de um terço dos entrevistados citaram o uso dos cuidados paliativos especificamente em pacientes terminais. Ademais, foram mencionadas entre as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais a falta de protocolo na instituição e de treinamento da equipe, a ausência de profissionais especializados na área atuando no serviço, dificuldades referentes à estrutura e a dificuldade de comunicação com os familiares.

Figura 7. Você considera que este serviço promove o alívio da dor e de outros sintomas comuns em pacientes em cuidados paliativos?



Fonte: Autoria própria, 2023.

5. DISCUSSÃO

Diante dos resultados obtidos foi possível constatar que o perfil predominante entre os entrevistados (figura 1) foi de profissionais do sexo feminino e na faixa etária entre 25 e 40 anos, semelhante aos achados encontrados na avaliação do perfil epidemiológico dos profissionais nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) no estado do Ceará em 2022.⁹

Observou-se também que não foram entrevistados profissionais com idade acima de 50 anos, talvez indicando que essa área de atuação seja uma preferência de um público mais jovem, dispostos a atuar em um ambiente mais caótico e acelerado como o serviço de urgência. Em 2021, uma pesquisa analisou o perfil socioprofissional dos médicos atuantes nos serviços de urgência e emergência, e, em torno de 85% dos médicos que atuam na área têm menos de 50 anos.¹⁰

Esse dado pode ser correlacionado ao tempo de formação, tendo em vista que também não foram entrevistados profissionais com mais de 20 anos de carreira. Reforçando a ideia de que, com o tempo, profissionais mais experientes procuram se alocar em setores mais tranquilos, menos imprevisíveis e com horários mais convencionais, buscando reduzir a cansativa jornada de plantões, forma mais comum de organização da carga horária principalmente em hospitais.¹⁰

Com relação à formação profissional, a maioria dos entrevistados são técnicos de enfermagem (figura 3), como já esperado previamente, tendo em vista a maior quantidade desses profissionais no quadro de funcionários. Essa categoria corresponde a pouco mais de 50% do total de profissionais atuantes no DE do hospital (66 técnicos de enfermagem) e representam grande parte da mão de obra que atuará junto aos pacientes e será responsável pela prestação de cuidados diretos de enfermagem aos pacientes em estado grave, conforme relatado pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN).¹¹

Conforme evidenciado pela figura 5, 88,3% dos profissionais consideraram conhecer a definição da OMS para CPs, porém apenas 61,7% (figura 6) relataram ter tido aula, curso ou treinamento na área. Essa diferença de quase 30% de profissionais que afirmam conhecer sem esse mesmo acesso à capacitação de qualidade evidencia a falta de discussão e oportunidades sobre o tema aos profissionais de saúde, além de propiciar a busca por um estudo de forma autodidata, sem a garantia de ser através das melhores referências sobre o assunto.

Assim como observado na análise dos dados coletados, um estudo realizado em 2020 também destacou que a falta de treinamento em CPs para os profissionais do DE é visto como uma barreira para a prestação desse tipo de cuidado. Dentre as principais lacunas observadas

no estudo citado, estão os momentos de decisão sobre condutas a serem tomadas nesse contexto, como, por exemplo, a indicação ou não de antibióticos ou fluidoterapia intravenosa, além dos aspectos médico-legais da retenção de intervenções fúteis e a interpretação e aplicação de diretivas avançadas dos pacientes.⁷

Conforme representado na figura 8, mais de 80% dos entrevistados afirmaram que há a promoção do alívio da dor e de outros sintomas comuns aos pacientes em CPs no hospital estudado. Entretanto, esse é um dado ainda subjetivo, pois pode variar de acordo com o entendimento individual do que é e de como devem ser implementados os CPs. É possível perceber isso ao contrapor esses dados com um estudo que também avaliou a visão dos profissionais acerca dos CPs na emergência, e conforme exposto por esses profissionais, há uma carência sobre os conhecimentos específicos em CPs, especialmente no manejo da dor e de outros sintomas comuns ao paciente paliativo, como dispneia, constipação e agitação.³

Esse confronto de referências evidencia o caráter subjetivo que permeia essa temática, sendo inclusive uma das principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde, como, por exemplo, a insegurança em tomar determinadas decisões. Dentre as principais dúvidas e incertezas, podem ser citadas a decisão de quando encaminhar o paciente para CPs ou até mesmo a determinação de uma ordem de não reanimação, gerando muitas das vezes divergências de opiniões entre a equipe.¹² Isso reforça a necessidade de incentivo de capacitação continuada específica sobre o tema, visando otimizar os cuidados a esse grupo de pacientes.

Ao analisar as respostas abertas do que são e de como devem ser implementados os CPs, um terço dos entrevistados descreveram esse tipo de cuidado especificamente no paciente terminal. Isso evidencia um erro conceitual muitas vezes cometido e uma forte tendência a restringir esse tipo de cuidado apenas ao fim da vida, principalmente no contexto do DE, onde objetiva-se primordialmente pela manutenção das funções vitais e pela redução da mortalidade, apresentando, em geral, uma abordagem mais curativa. Porém, é bem definido na literatura que os CPs não devem fazer distinção de acordo com o prognóstico do paciente, deve-se, na realidade, objetivar a otimização da qualidade de vida, antecipando, prevenindo e tratando o sofrimento naqueles pacientes que enfrentam doenças incuráveis e ameaçadoras da vida.¹

É imprescindível e urgente a integração do sistema de saúde e seus diferentes níveis de complexidade, permitindo que os profissionais do DE possam ter conhecimento do planejamento e metas terapêuticas estabelecidas previamente com o paciente, permitindo uma maior segurança na tomada de decisão. Para isso, pode-se utilizar documentos como a diretiva

antecipada, ordens de não ressuscitar (ONR) e não intubar (ONI) e o formulário POLST (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment), responsáveis por deixar registrado às preferências dos pacientes. Esses formulários são extremamente úteis para o médico da emergência, pois até 70% dos pacientes com doença terminal não têm capacidade de tomada de decisão quando se aproximam do fim da vida.²

A diretiva antecipada de vontade é um documento que detalha as futuras decisões e preferências médicas do paciente no caso em que ele não consiga se comunicar. Inclui o testamento vital e a procuração permanente para assistência médica.²

Já a ONR é uma declaração que o paciente não deseja ressuscitação cardiopulmonar (RCP) ou suporte cardíaco avançado de vida em caso de parada cardiorrespiratória (PCR). Enquanto a ONI deixa documentado a preferência por não ser submetido a uma intubação caso seja necessário. É primordial que seja relatado que uma ordem não implica na outra, por exemplo, um paciente pode desejar ser intubado, porém não deseja receber compressões torácicas em caso de uma PCR.²

E ainda, pode-se citar o formulário POLST, mais específico do que a diretiva antecipada, responsável por ter uma maior quantidade de informações acerca da saúde do paciente e suas preferências. Essas decisões devem ser consentidas entre o paciente ou procurador de cuidados de saúde e o médico e é assinado por ambas as partes. Além de especificar o status de não reanimar ou não intubar de um paciente, esse formulário fornece ordens médicas específicas para intervenções, como ventilação não invasiva com pressão positiva, fluidos intravenosos e antibióticos.²

Outro obstáculo citado nas respostas abertas foi a dificuldade de comunicação com os próprios pacientes e familiares. Esse problema também é bastante relatado na literatura, visto que é dever do médico informar o paciente e sua família sobre o processo de morte e as terapias médicas disponíveis, além de verificar as preferências do paciente no que diz respeito ao tratamento médico. Um experimento realizado em 2013 analisou o efeito de pequenas mudanças nas palavras e na comunicação do médico e descobriu um grande impacto nas decisões sobre RCP. Por exemplo, usar a frase "morte natural" em vez de "não reanimar" levou a uma redução de 12% na decisão de ser um código de reanimação completo. Isso evidencia a importância da comunicação efetiva com os pacientes e familiares.²

O treinamento avançado em habilidades comunicativas deve ser considerado parte fundamental do treinamento não apenas para médicos do DE, mas ainda para médicos de

cuidados primários, oncológicos e de CPs.⁶ De fato, uma comunicação efetiva é primordial para o adequado cuidado do paciente e desenvolvimento dos CPs de forma integral.

Outro fator mencionado nas respostas abertas acerca das dificuldades enfrentadas no serviço, e primordial para a aplicação dos CPs, é a definição de um protocolo no serviço. Assim, possibilitando uma maior padronização das condutas e sendo importante para minimizar a insegurança dos profissionais e os erros na aplicação dos cuidados.

Além disso, também é necessário o fornecimento de melhores condições estruturais do serviço, como espaços privativos para conversas com os familiares, leitos separados para pacientes em estado terminal, de forma a permitir a presença da família no momento final da vida, propiciando uma morte digna e próxima de quem ama. Porém, essas dificuldades encontradas não são exclusivas do hospital onde essa pesquisa foi realizada. Como relatado por Cooper, Hutchinson e Sheikh (2018), o ambiente acelerado, a falta de privacidade, estrutura e até mesmo a limitação de recursos fazem com que os pacientes paliativos sejam uma prioridade baixa.⁷ Isso demonstra a necessidade de mudanças estruturais nos serviços de urgência e emergência atuais e, com a implementação de leitos mais reservados e com equipes exclusivas para CPs, talvez consigamos melhorar essa modalidade de cuidado.

6. CONCLUSÃO

Dessa forma, os cuidados paliativos mostram-se como condutas de extrema importância nos serviços de saúde, incluindo o departamento de emergência, local em que muitas vezes pode ser a porta de entrada para os pacientes paliativos. Assim, para que esses serviços sejam ofertados, de forma integral, é necessária plena atenção a esse paciente e seus familiares, incluindo uma comunicação afetiva e efetiva, o início precoce dos cuidados e o controle dos principais sinais e sintomas apresentados, de forma a respeitar suas vontades e garantir a maior qualidade de vida, sem prolongar a dor ou sofrimento. Entretanto, apesar de muitos profissionais afirmarem o conhecimento acerca dos CPs, grande parte expõe entre as principais dificuldades a falta de qualificações da equipe. Além disso, mostra-se necessário a realização de mais estudos e pesquisas na área, de forma a estimular um maior debate sobre o tema e para conhecer de forma mais detalhada o real panorama dos CPs no nosso país, as suas principais dificuldades e carências a serem sanadas.

Portanto, com base na percepção dos profissionais entrevistados, é possível observar que é imprescindível o incentivo e o investimento na formação continuada em CPs, com aulas, cursos e treinamentos para que possamos ter profissionais conscientes sobre os CPs e suas principais formas de manejo. Outra sugestão seria a estruturação de espaços físicos e equipes exclusivas habilitadas em atuar nos CPs, propiciando maior privacidade e conforto para esses pacientes e seus familiares. Devem-se ainda serem estabelecidos protocolos, incluindo as definições e principais condutas frente aos pacientes paliativos, em seus mais variados níveis, não somente os terminais. Merece destaque ainda a necessidade do aumento de especialistas na área, responsáveis por avaliação e consultas interprofissionais, possibilitando a efetivação dos CPs de forma mais precoce e otimizada.

7. REFERÊNCIAS

1. MERCADANTE, S.; GREGORETTI, C.; CORTEGIANI, A. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiol.* 2018;18(1):106. Published 2018 Aug 16. doi:10.1186/s12871-018-0574-9
2. LONG, D.A.; KOYFMAN, A.; LONG, B. Oncologic Emergencies: Palliative Care in the Emergency Department Setting. *J Emerg Med.* 2021;60(2):175-191. doi:10.1016/j.jemermed.2020.09.027
3. DI LEO, S.; ALQUATI, S.; AUTELIANO, C.; *et al.* Palliative care in the emergency department as seen by providers and users: a qualitative study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2019;27(1):88. Published 2019 Sep 18. doi:10.1186/s13049-019-0662-y
4. WILSON, J.G.; ENGLISH, D. P.; OWYANG, C. G.; *et al.* End-of-Life Care, Palliative Care Consultation, and Palliative Care Referral in the Emergency Department: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage.* 2020;59(2):372-383.e1. doi:10.1016/j.jpainsymman.2019.09.020
5. KIATLER, E. A.; STEVENS, E.; PHILPOTTS, L. L.; *et al.* Triggered Palliative Care Consults: A Systematic Review of Interventions for Hospitalized and Emergency Department Patients. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60(2):460-475. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.02.001
6. KÖSTENBERGER, M.; NEUWERSCH, S.; WEIXLER, D.; *et al.* Prevalence of palliative care patients in emergency departments. *Wien Klin Wochenschr.* 2019 Sep;131(17-18):404-409. doi: 10.1007/s00508-019-1530-5. Epub 2019 Aug 2. PMID: 31375918.
7. COOPER, E.; HUTCHINSON, A.; SHEIKH, Z.; *et al.* Palliative care in the emergency department: A systematic literature qualitative review and thematic synthesis. *Palliat Med.* 2018 Oct;32(9):1443-1454. doi: 10.1177/0269216318783920. Epub 2018 Jul 20. PMID: 30028242.
8. FRANCO, H.C.P, *et al.* Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. *RGS* 2017;17(2): 48-61.
9. TIMBÓ, V. B. V. H.; SILVA, G. V. L.; SILVA, C. A. B. G.; *et al.* Perfil epidemiológico dos profissionais das unidades de pronto atendimento (UPA). *Brazilian Journal of Development, Curitiba*, v.7, n. 4, 2022; ISSN: 2525-8761.
10. GUEDES, K.S.; NETO A.M.; MARQUES, R.V. *et al.* Perfil socioprofissional dos médicos atuantes em serviços hospitalares. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2021;19(1):14-9.
11. Conselho Federal de Enfermagem. Decreto nº 94.406/87. 25. 08 de junho de 1987.

12. PEREIRA, M. E. D.; BARBOSA, A.; DIXE, M. D. A. Palliative care for end-of-life patients in a basic emergency service. *Scand J Caring Sci.* 2018 Sep;32(3):1056-1063. doi: 10.1111/scs.12551. Epub 2017 Dec 5. PMID: 29205442.

8. ANEXOS

8.1 ANEXO A – FORMULÁRIO APLICADO AOS VOLUNTÁRIOS DO ESTUDO

1. Sexo:

() Masculino () Feminino () Outro

2. Profissão e tempo de formação:

3. Você conhece a definição da OMS para cuidados paliativos?

() Sim

() Não

4. Você já teve algum curso, treinamento ou aula sobre cuidados ao paciente terminal?

() Sim

() Não

5. Você considera que este serviço promove o alívio da dor e de outros sintomas comuns em pacientes em cuidados paliativos?

() Sim

() Não

6. O que você entende por cuidados paliativos e como deve ser executada essa prática?

7. Quais as principais dificuldades enfrentadas no cuidado ao paciente terminal nesse serviço:

8.2 ANEXO B – COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - CAMPUS SENADOR
HELVÍDIO NUNES DE BARROS
- UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A APLICAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL REGIONAL NO ESTADO DO PIAUÍ

Pesquisador: ITALO ROSSI ROSENO MARTINS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66943723.8.0000.8057

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.889.411

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo quali-quantitativo, no qual serão incluídos profissionais de saúde que atuam nos setores de urgência e emergência de um hospital de referência no estado do Piauí no ano de 2023.

Os dados serão coletados junto aos voluntários da pesquisa por meio de entrevista no hospital parceiro deste estudo, utilizando como base um formulário-padrão para coleta, incluindo as seguintes variáveis: sexo, profissão e tempo de formação, conhecimento e atuação com pacientes terminais e principais dificuldades na promoção do cuidado paliativo no serviço.

A população do estudo será formada por profissionais de saúde que atuam no Hospital parceiro do estudo.

Tamanho da amostra: 20.

A coleta de dados será iniciada somente após as autorizações do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CSHNB/UFPI e do hospital. Após a identificação dos profissionais de saúde, eles serão entrevistados.

Havendo interesse em participar deste estudo, será feita uma explicação clara e sucinta e disponibilizada uma via do TCLE para assinatura do termo.

Sobre os cuidados sanitários relacionados à COVID-19, o pesquisador, obrigatoriamente, fará uso de máscaras N95 e ao participante será ofertada uma máscara também, sendo encorajado o uso

Endereço: Rua Clóvis Duarte, N°905, (do lado da biblioteca e da caixa)

Bairro: JUNCO

CEP: 64.007-670

UF: PI

Município: PICOA

Telefone: (89)3422-3003

Fax: (89)3422-4200

E-mail: cep-picoa@ufpi.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - CAMPUS SENADOR
HELVÍDIO NUNES DE BARROS
- UFPI**



Continuação do Parecer: S.009.411

desta.

O contato deverá ocorrer no menor tempo possível e respeitando-se todas as normas sanitárias adotadas pelo hospital parceiro desta.

Foram adotados como critério de Inclusão: todos os profissionais de saúde do serviço de urgência e emergência de um hospital piauiense de referência que estejam devidamente cadastrados em seus respectivos órgãos responsáveis.

Como critérios de exclusão: os profissionais de saúde que não atuem no serviço de urgência e emergência do hospital, além de profissionais de outros setores e com outras formações acadêmicas/técnicas. A qualquer momento, o voluntário do estudo poderá solicitar a sua retirada deste estudo e, dessa forma, suas informações não serão mais incluídas neste trabalho.

Objetivo da Pesquisa:

Primário:

Analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a aplicação dos cuidados paliativos aos pacientes terminais.

Secundários:

- Averiguar o nível de conhecimento e de experiência dos profissionais de saúde relacionados aos cuidados paliativos;
- Avaliar se há promoção do alívio da dor e dos principais sintomas mais comuns no paciente terminal;
- Identificar as principais dificuldades na aplicação dos cuidados paliativos no serviço.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os potenciais riscos nesse estudo são:

- Perda da confidencialidade dos registros institucionais.
- Invasão de privacidade ao revelar informações clínicas e pessoais.
- Publicação dos dados coletados em estudos científicos.
- Contaminação por covid-19.

Endereço: Rua Clóvis Duarte, N°905, (do lado da biblioteca e da xérox)			
Bairro: JUNCO		CEP: 64.607-670	
UF: PI	Município: PICOI		
Telefone: (89)3423-3003	Fax: (89)3423-4200	E-mail: csp-picos@ufpi.edu.br	

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - CAMPUS SENADOR
HELVÍDIO NUNES DE BARROS
- UFPI**



Continuação do Parecer: 5.889.411

Benefícios:

As providências para prevenir os riscos expostos serão:

- Não será divulgada nenhuma informação pessoal que possibilite a identificação dos participantes do estudo, visando garantir a privacidade e evitar danos psicológicos, morais e intelectuais.
- Os dados coletados serão utilizados somente com a finalidade científica.

Garantia do direito à indenização, caso os participantes da pesquisa sofram algum dano referente à sua identificação.

- Serão feitos os devidos esclarecimentos, no ato da abordagem, sobre os riscos de contaminação para a covid-19, além de se ofertar os materiais de proteção individual caso o voluntário decida por prosseguir a entrevista.
- Pretende-se colocar o assunto em evidência para esses profissionais, ajudando na reflexão sobre o tema e suas respectivas condutas perante tais pacientes. Além disso, espera-se, com a publicação dos resultados obtidos nesta pesquisa, tornar público e abrir um canal de debate sobre o manejo dos cuidados paliativos no Hospital e suas implicações clínicas, terapêuticas e econômicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é importante devido à maior prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em função do aumento da expectativa de vida populacional brasileira nas últimas décadas. Assim, a demanda por cuidados paliativos (CP) tornou-se um problema de saúde pública. Com a progressão dessas enfermidades, os pacientes necessitam de diversos serviços para diagnóstico, acompanhamento e/ou tratamento das suas comorbidades.

Atualmente, os CP podem ser definidos como sendo uma série de cuidados holísticos ativos, prestado a pessoas de todas as idades, que enfrentam intenso sofrimento relacionado à saúde e decorrentes de comorbidades graves, com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos envolvidos nos cuidados.

No entanto, pouco é conhecido e discutido sobre esses cuidados junto aos profissionais, se estes possuem tal formação ou conhecimento sobre os CP e como vem sendo aplicados e vistos junto aos potenciais pacientes.

Endereço: Rua Cicero Duarte, N°905, (do lado da biblioteca e da xérox)
Cidade: JUNCO **CEP:** 64.807-670
UF: PI **Município:** PICOS
Telefone: (88)3423-3003 **Fax:** (88)3423-4300 **E-mail:** cep-picos@ufpi.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - CAMPUS SENADOR
HELVÍDIO NUNES DE BARROS
- UFPI**



Continuação do Parecer: S.889.411

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo. Atendeu aos requisitos solicitados.

Recomendações:

- Adicionar aos critérios de exclusão: Profissionais de saúde do serviço de urgência e emergência que não atuem no Cuidado ao paciente (para melhor definir quais serão os profissionais da urgência/emergência que serão pesquisados).
- Explicitar o critério de seleção de amostragem.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo. Atendeu aos requisitos solicitados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_PROJETO_2081827.pdf	31/01/2023 16:18:19		Aceito
Outros	4Cartaencaminhamento.pdf	31/01/2023 16:17:50	ITALO ROSSI ROSENO MARTINS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	6autorizacao.pdf	30/01/2023 16:46:11	ITALO ROSSI ROSENO MARTINS	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	30/01/2023 16:44:21	ITALO ROSSI ROSENO MARTINS	Aceito
Outros	3attes.pdf	30/01/2023 11:38:02	ITALO ROSSI ROSENO MARTINS	Aceito
Outros	7Coleta.pdf	30/01/2023 11:37:34	ITALO ROSSI ROSENO MARTINS	Aceito
Outros	5confidencialidade.pdf	30/01/2023 11:37:23	ITALO ROSSI ROSENO MARTINS	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	2Declaracaodopesquisador.pdf	30/01/2023 11:36:48	ITALO ROSSI ROSENO MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	9TCLE.pdf	30/01/2023 11:36:31	ITALO ROSSI ROSENO MARTINS	Aceito

Endereço: Rua Cleonir Duarte, N°905, (do lado da biblioteca e da caixa)
 Bairro: JUNCO CEP: 64.607-670
 UF: PI Município: PICOIS
 Telefone: (89)3423-3003 Fax: (89)3423-4200 E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - CAMPUS SENADOR
HELVÍDIO NUNES DE BARROS
- UFPI**



Continuação do Parecer: 5.889.411

Justificativa de Ausência	9TCLE.pdf	30/01/2023 11:38:31	ITALO ROSSI ROSENO MARTINS	Aceito
Orçamento	10orcamento.pdf	30/01/2023 11:38:19	ITALO ROSSI ROSENO MARTINS	Aceito
Cronograma	8Cronograma.pdf	30/01/2023 11:35:13	ITALO ROSSI ROSENO MARTINS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	1ProjetoCompletovf.pdf	30/01/2023 11:32:22	ITALO ROSSI ROSENO MARTINS	Aceito
Brochura Pesquisa	0brochura.pdf	30/01/2023 11:32:04	ITALO ROSSI ROSENO MARTINS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PICOS, 12 de Fevereiro de 2023

**Assinado por:
CRISTIANE FEITOSA PINHEIRO
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Clóvis Duarte, Nº505, (do lado da biblioteca e da caixa)
Bairro: JUNCO **CEP:** 64.007-670
UF: PI **Município:** PICOS
Telefone: (88)3422-3003 **Fax:** (88)3422-4000 **E-mail:** cnp-picos@ufpi.edu.br

8.3 ANEXO C - CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO NA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA (ISSN 1518-8787)

1. Informações gerais

São aceitos manuscritos nos idiomas: português e inglês. Artigos submetidos em português são traduzidos para o inglês e publicados nesses dois idiomas. Para artigos submetidos em inglês, não há tradução para o português.

O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão ([Estrutura do Texto](#)). Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais ou Conclusões. Outras categorias de manuscritos (revisões, comentários etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Os estudos devem ser apresentados de forma que qualquer pesquisador interessado possa reproduzir os resultados. Para isso estimulamos o uso das seguintes recomendações, de acordo com a categoria do manuscrito submetido:

- [CONSORT](#) – checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados;
- [STARD](#) – checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica;
- [MOOSE](#) – checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais;
- [PRISMA](#) – checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises;
- [STROBE](#) – checklist para estudos observacionais em epidemiologia;
- [RATS](#) – checklist para estudos qualitativos.

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos de acordo com a categoria de artigos.

Como forma de avaliação da ocorrência de plágio, todos os manuscritos recebidos são submetidos à programa de detecção de similaridade entre textos.

O ORCID do primeiro autor e de todos os coautores deverá ser informado no momento da submissão dos manuscritos, na carta de apresentação.

Resolução de conflitos de interesse e violações éticas

Os editores tomarão as medidas necessárias para identificar e prevenir a publicação de artigos onde ocorra má conduta de pesquisa ou violações éticas, incluindo plágio, manipulação de citações e falsificação/fabricação de dados, ausência de autorizações pertinentes, discriminação, entre outros. As situações e alegações que chegarem ao conhecimento de editores e avaliadores serão levadas ao Comitê Editorial, que tomará as providências cabíveis, incluindo o encaminhamento a instâncias superiores da Universidade, se necessário.

2. Categorias de artigos

a) Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar o leitor quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, a avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Devem ser detalhados: a proposição, a seleção e a confecção dos itens e o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras; o trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens

e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares; e a avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto ou dimensional.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre **adaptação transcultural** de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, é necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem também justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente como e quais foram as etapas seguidas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação.

O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

Organização do manuscrito

Além das [recomendações](#) mencionadas, verificar as seguintes instruções de formatação:

a) Artigo original:

- Devem conter até 3.500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 5.
- Número máximo recomendado de referências: 30.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras.

b) Comunicação breve

São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Formatação: Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais.

- Devem conter até 1.500 palavras (excluindo resumos tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 1.
- Número máximo recomendado de referências: 5.

- Resumos no formato narrativo com até 100 palavras.

c) Artigos de revisão

Revisão sistemática e meta-análise – Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder a uma pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados.

Consultar:

[MOOSE](#) checklist e fluxograma para meta-análises e revisões sistemáticas de estudos observacionais;

[PRISMA](#) checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e meta-análises.

Revisão narrativa ou crítica – Apresenta caráter descritivo-discursivo e dedica-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da saúde pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

- Devem conter até 4.000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 5.
- Número máximo de referências: ilimitado.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras, ou narrativo com até 150 palavras.

d) Comentários

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e oxigenar controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens. A introdução deve destacar o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

- Devem conter até 2.000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 5.
- Número máximo recomendado de referências: 30.

- Resumos no formato narrativo com até 150 palavras.

Publicamos também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e até 5 referências.

3. Dados de identificação do manuscrito

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. A contribuição de cada autor deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios mencionados.

Dados de identificação dos autores (cadastro)

Nome e sobrenome: O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados e constante no ORCID.

Correspondência: Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição: Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: universidade, faculdade, departamento).

Coautores: Identificar os coautores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa: Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia: Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

4. Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem, em parte, de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, possam influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos.

O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesses que possam influir em sua opinião sobre o manuscrito e, quando couber, deve se declarar não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da RSP.

5. Declarações e documentos

Em conformidade com as diretrizes do *International Committee of Medical Journal Editors*, são solicitados alguns documentos e declarações do(s) autor(es) para a avaliação de seu manuscrito. Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos em que se aplique, anexe o documento ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

Documento	Quem assina	Quando anexar
a. Carta de Apresentação	Todos os autores ou o primeiro autor assina e insere o ORCID de todos os autores informados na carta de apresentação.	Na submissão
b. Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos	Autor responsável	Após a aprovação
c. Declaração de Transferência de Direitos Autorais	Todos os autores	Após a aprovação

a) Carta de apresentação

A carta deve ser assinada por todos os autores ou, ao menos, pelo primeiro autor. O ORCID de todos os autores deverá ser informado nessa carta. A carta de apresentação deve conter:

- Informações sobre os achados e as conclusões mais importantes do manuscrito e esclarecimento de seu significado para a saúde pública;
- Informação sobre a novidade do estudo e porque ele deve ser publicado nesta revista;
- Menção de até três artigos, se houver, publicados pelos autores na linha de pesquisa do manuscrito; Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores;
- Atestado de exclusividade da submissão do manuscrito à RSP;
- Contribuição ao manuscrito por parte de cada autor.

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) contribuir substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

Nos casos de grupos multicêntricos ou grande número de autores terem desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos anteriormente. Nesse caso os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Estes serão listados no final do texto do artigo.

Não justificam autoria: aqueles que realizaram apenas a aquisição de financiamento, a coleta de dados, ou supervisão geral do grupo de pesquisa.

b) Agradecimentos

Devem ser mencionados os nomes de pessoas que, embora não preencham os requisitos de autoria, prestaram colaboração ao trabalho. Será preciso explicitar o motivo do agradecimento (por exemplo, consultoria científica, revisão crítica do manuscrito, coleta de dados etc). Deve haver permissão expressa dos nomeados e o autor responsável deve anexar a

Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos. Também pode constar agradecimentos a instituições que prestaram apoio logístico.

c) Transferência de direitos autorais

Todos os autores devem ler, assinar e enviar documento transferindo os direitos autorais. O artigo só será liberado para publicação quando esse documento estiver de posse da RSP.

O documento de transferência de direitos autorais será solicitado após a aprovação do artigo.

MODELOS DOS DOCUMENTOS

a) CARTA DE APRESENTAÇÃO

Cidade, __[dia]__ de Mês de Ano.

Prezado Sr. Editor, Revista de Saúde Pública

Assim, submetemos à sua apreciação o trabalho “_____ [título] _____”, o qual se encaixa nas áreas de interesse da RSP. A revista foi escolhida [colocar justificativa da escolha da revista para a publicação do manuscrito].

Contribuição dos autores (exemplo): concepção, planejamento, análise, interpretação e redação do trabalho: autor 1; interpretação e redação do trabalho: autor 2. Ambos os autores aprovaram a versão final encaminhada.

Certifico que este manuscrito representa um trabalho original e que nem ele, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico.

Os autores não possuem conflitos de interesse ao presente trabalho. (Se houver conflito, especificar).

_____ nome completo do autor 1 + assinatura + ORCID

_____ nome completo do autor 2 + assinatura + ORCID

b) DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELOS AGRADECIMENTOS

Eu, (nome por extenso do autor responsável pela submissão), autor do manuscrito intitulado (título completo do artigo):

Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito, mas que não preencheram os critérios de autoria, estão nomeadas com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.

Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos forneceram a respectiva permissão por escrito.

_____/_____/_____

DATA NOME COMPLETO E ASSINATURA

c) DECLARAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Concordo que os direitos autorais referentes ao manuscrito [TÍTULO], aprovado para publicação na Revista de Saúde Pública, serão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, sendo possível sua reprodução, total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impresso ou eletrônico, desde que citada a fonte, conferindo os devidos créditos à Revista de Saúde Pública.

Autores: _____

Local, data NOME COMPLETO + Assinatura

6. Preparo do manuscrito

Título no idioma original do manuscrito

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem a recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços.

Título resumido

É o título que constará no cabeçalho do artigo. Deve conter a essência do assunto em até 45 caracteres.

Descritores

Para manuscritos escritos em português, devem ser indicados entre 3 a 10 descritores extraídos do vocabulário [“Descritores em Ciências da Saúde” \(DeCS\)](#), da BVS/Bireme, no idioma original. Para manuscritos em inglês, utilizar o [Medical Subject Headings \(MeSH\)](#) da

National Library of Medicine (EUA). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres.

Resumo

O resumo deve ser escrito em seu idioma original. As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das categorias de artigos. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve relatar o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes. O objetivo do manuscrito deve estar explícito no final da introdução.

Métodos- É imprescindível a descrição clara dos procedimentos adotados, das variáveis analisadas (com a respectiva definição, se necessário) e da hipótese a ser testada. Descrever também a população, a amostra e os instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade. É necessário que haja informações sobre a coleta e o processamento de dados. Devem ser incluídas as devidas referências para as técnicas e métodos empregados, inclusive os métodos estatísticos; é fundamental que os métodos novos ou substancialmente modificados sejam descritos, justificando-se as razões para seu uso e mencionando-se suas limitações. Os critérios éticos de pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – É preciso que sejam apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os aspectos novos e importantes observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor.

Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas precisam ser esclarecidas. É necessário incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As *Conclusões* devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normatizadas de acordo com o **estilo Vancouver** – [Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication](#), listadas por ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed. No caso de publicações com até seis autores, todos devem ser citados; acima de seis, devem ser citados apenas os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al.”. Sempre que possível, incluir o DOI do documento citado.

Exemplos:

Artigo de periódicos

Brüggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Rev Saude Publica*. 2007;41(1):44-52. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000015>

Livro

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. *Patologia do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. *Improving palliative care for cancer* Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13]. Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas ([Citing Medicine](#)) da National Library of Medicine, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>.

Citação no texto:

É necessário que a referência seja indicada pelo seu número na listagem, na forma de **expoente (sobrescrito)** antes da pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes ou similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da

referência deve ser colocado seguido do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por “e”. Nos outros casos de autoria múltipla, apresentar apenas o primeiro autor, seguido de “et al.”

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.⁹, a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve. Não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou no título. Se houver tabela extraída de outro trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou para sua reprodução. Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

Quadros

Diferem das tabelas por conterem texto em vez de dados numéricos. Devem ser apresentados no final do texto, após as referências bibliográficas, numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citados no texto. A cada um deve-se atribuir um título breve. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé dos quadros e não no cabeçalho ou no título. Se houver quadro extraído de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que o publicou para sua reprodução.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Elas também devem conter título e legenda apresentados em sua

parte inferior. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferencialmente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3D). Se houver figura extraída de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou para sua reprodução.

7. Checklist para submissão

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito em inglês e em seu idioma original (português), se aplicável.
3. Título resumido com 45 caracteres.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc, docx e rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa no idioma original do manuscrito.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa no idioma original do manuscrito.
7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria. Deve ser assinada por todos os autores ou, pelo menos, pelo primeiro autor e conter o ORCID de todos os autores.
8. Nome da agência financiadora e número(s) do(s) processo(s).
9. Referências normatizadas segundo estilo Vancouver, apresentadas por ordem de citação. É necessário verificar se todas estão citadas no texto.
10. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, com no máximo 10 colunas.
11. Figura no formato vetorial ou em pdf, tif, jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi. Gráficos devem estar sem linhas de grade e sem volume.
12. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.
13. Não publicamos materiais suplementares, anexos e apêndices.

8. Processo editorial

a) Avaliação

Pré-análise: : o Editor Científico avalia os manuscritos com base na qualidade e interesse para a área de saúde pública e decide se seleciona o manuscrito para avaliação por pares externos ou não.

Análise por pares: se selecionado na pré-análise, o manuscrito é encaminhado a um dos Editores Associados cadastrados no sistema segundo a respectiva área de especialização. O Editor Associado seleciona os revisores (dois) de acordo com a área de especialização e envia o manuscrito para avaliação. Caso o Editor Associado considere que os pareceres recebidos são insuficientes para uma conclusão, deverá indicar outro(s) relator(es). Com base nos pareceres, o Editor Associado decide por: recusa, no caso de o manuscrito ter deficiências importantes; aceite; ou possibilidade de nova submissão, devendo neste caso indicar nos seus comentários as modificações importantes para eventual reformulação, que será reavaliada por relatores.

b) Revisão da redação científica

Para ser publicado, o manuscrito aprovado é editado por uma equipe que fará à revisão da redação científica (clareza, brevidade, objetividade e solidez), gramatical e de estilo. A RSP se reserva o direito de fazer alterações visando a uma perfeita comunicação aos leitores. O autor responsável terá acesso a todas as modificações sugeridas até a última prova enviada.

c) Provas

O autor responsável pela correspondência receberá uma prova, em arquivo de texto (doc, docx ou rtf), com as observações e alterações feitas pela equipe de leitura técnica. O prazo para a revisão da prova é de dois dias.

Caso ainda haja dúvidas nessa prova, a equipe editorial entrará em contato para que seja feita a revisão, até que seja alcançada uma versão final do texto.

Artigos submetidos em português serão vertidos para o inglês. Aproximadamente 20 dias após o autor ter finalizado a prova do artigo, a RSP enviará a versão em inglês do artigo para apreciação do autor. Nessa revisão, o autor deverá atentar-se para possíveis erros de interpretação, vocabulário da área e, principalmente, equivalência de conteúdo com a versão original aprovada. O prazo de revisão da versão em inglês é de dois dias.

A RSP adota o sistema de publicação contínua. Dessa forma, a publicação do artigo se torna mais rápida: não depende de um conjunto de artigos para fechamento de um fascículo, mas do processo individual de cada artigo. Por isso, solicitamos o cumprimento dos prazos estipulados.

9. Taxa de publicação

A RSP iniciou em 2012 a cobrança de taxa de publicação, fato este imperioso para garantir sua continuidade, com qualidade e recursos tecnológicos.

Em consideração aos autores cuja situação financeira foi prejudicada pela pandemia, decidimos manter inalterado o valor da taxa nos últimos 2 anos e meio, absorvendo os aumentos nos custos de publicação. Entretanto, dado os cortes expressivos nos apoios recebidos de instituições de fomento e as pressões inflacionárias do setor, a partir de **1º de janeiro de 2022** o valor da taxa de publicação será alterado para: R\$ 3.800,00 para artigo original, revisão e comentário e R\$ 3.200,00 para comunicação breve. Os pagamentos provenientes do exterior serão de US\$ 1.200,00 e US\$ 1.000,00, respectivamente. Os artigos submetidos anteriormente a essa data não sofrerão reajuste na taxa de publicação.

A RSP fornece aos autores os documentos necessários para comprovar o pagamento da taxa perante instituições empregadoras, programas de pós-graduação ou órgãos de fomento à pesquisa.

Após aprovação do artigo, os autores deverão aguardar o envio da fatura proforma com as informações sobre como proceder quanto ao pagamento da taxa.

8.4 ANEXO D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA “JOSÉ ALBANO DE MACEDO”



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA “JOSÉ ALBANO DE MACEDO”

Identificação do Tipo de Documento

- Tese
- Dissertação
- Monografia
- Artigo

Eu, Paulo Victor Fernandes de Farias, autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação **“CUIDADOS PALIATIVOS EM PAUTA: AVALIAÇÃO DA PERCEPCÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM HOSPITAL REGIONAL NO ESTADO DO PIAUÍ”** de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 23 de Agosto de 2023.

Paulo Victor F. de Farias
Assinatura

Assinatura