



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM**

SAMARA ARAUJO OLIVEIRA

O fazer dos enfermeiros no cuidado paliativo pediátrico: revisão integrativa

**SÃO LUÍS
2025**

SAMARA ARAUJO OLIVEIRA

O fazer dos enfermeiros no cuidado paliativo pediátrico: revisão integrativa

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado aos membros da banca examinadora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, requisito parcial para obtenção do título de Enfermeira.

Orientador(a): Profa. Dra. Jeanine Porto Brondani

São Luís

2023

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Araujo Oliveira, Samara.

O fazer dos enfermeiros no cuidado paliativo
pediátrico: : revisão integrativa / Samara Araujo
Oliveira. - 2025.

43 p.

Orientador(a): Jeanine Porto Brondani.

Curso de Enfermagem, Universidade Federal do
Maranhão, São Luís, 2025.

1. Nursing. 2. Child. 3. Preschool. 4.

Palliative Care. I. Porto Brondani, Jeanine. II.

Título.

SAMARA ARAUJO OLIVEIRA

O fazer dos enfermeiros no cuidado paliativo pediátrico: revisão integrativa

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado aos membros da banca examinadora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, requisito parcial para obtenção do título de Enfermeira.

Aprovada em: 05/08/2025

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Jeanine Porto Brondani (Orientadora)

Doutora em enfermagem

Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Sergiane Maia Maciel (Examinadora)

Doutora em Políticas Públicas

Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. José de Ribamar Medeiros Lima Junior (Examinador)

Doutor em Ciências da Saúde

Universidade Federal do Maranhão

À Deus e aos meus pequeninos, que me ensinaram o significado de cuidar muito antes da faculdade de enfermagem.

AGRADECIMENTOS

Mesmo conhecendo muitas palavras, estas me faltam no momento de expressar o tamanho do amor aos meus. Agradeço, primeiramente, ao meu Deus, que foi o meu porto seguro e conforto quando desistir parecia o melhor caminho. Aquele que deu-me a paz que excede todo entendimento diante das aflições deste mundo.

Agradeço à minha mãe, Maria, que me apoiou e me amou da forma mais bonita que se pode amar alguém, que me lembrou de comer, de sorrir, de ser feliz em uma noite aleatória dançando uma música que ela nem gosta tanto assim. Seus olhos brilhando foram o caminho mais bonito que encontrei quando os meus olhos borraram pelo medo e pela incerteza, a gente está aqui para o que der e vier.

Obrigada, tia Lenne, a senhora foi minha escuta ativa mais bonita, sonhou os meus sonhos comigo e, com muito esforço, permitiu que eu os realizasse com beleza e graça.

Obrigada, tia da Paz, por ter me apresentado o seu Deus e a enfermagem, por todos os seus conselhos preciosos. Dizem que a gente se parece, e esse é um dos melhores elogios que eu recebo. Que um dia eu seja 10% da mulher e profissional que a senhora é.

Agradeço ao meu irmão, Patrick, que me acompanhou lado a lado durante esses longos cinco anos, tu és a minha conversa mais bonita, o meu eu mais real. Obrigada por ser tão tu, meu melhor amigo, meu porto seguro, com quem eu divido uma simples palavra e tudo fica mais leve e aconchegante.

Agraciada sou pelas pessoas que a enfermagem me trouxe, especialmente Lari e Minha Ma, que permaneceram até aqui. Vocês foram o meu suspiro, meu alívio, o riso, novas integrantes da minha família. Eu sou feliz porque eu realmente vivo aquele versículo Provérbios 18:24. Ma, obrigada por ter dividido o último ano comigo, tu já sabes, mas reitero que, se tu não tivesses no primeiro dia de estágio, e em todos os outros, eu teria desistido fácil.

Deus é tão bom que me trouxe Lolly e Mel, que foram a gargalhada e o mais puro amor em todos os dias. Obrigada por aliviarem o processo.

Kay, Mari, Tê e Lyedson, obrigada por permanecerem mesmo quando o tempo se fazia pouco para tudo que podíamos dividir. Vocês me apresentaram amizade constante, sensível e amorosa. Agradeço a minha orientadora, Prof. Jeanine, por toda dedicação, humanização e cuidado. Com certeza, fiz uma boa escolha. Admiro a profissional que a senhora é. Obrigada por tanto.

Agradeço à banca examinadora, pela leitura atenta, pelas valiosas contribuições e pelo tempo dedicado à avaliação deste trabalho. Suas observações e questionamentos foram fundamentais para o aprimoramento deste trabalho

Aos professores da Universidade Federal do Maranhão, meu sincero reconhecimento. Cada disciplina, cada orientação e cada diálogo contribuíram significativamente para minha formação crítica, ética e profissional. Levo comigo não apenas os conhecimentos compartilhados em sala de aula, mas também os exemplos de dedicação e compromisso com o ensino público e de qualidade. Sinto-me honrada por ter feito parte da Universidade Federal do Maranhão.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVO.....	17
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
4 MÉTODOS	20
5 RESULTADOS	22
REFERÊNCIAS.....	43
ANEXO A- Normas da Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – REUFMS	47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização das práticas de enfermagem, Brasil, 2025.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma para apresentação do processo de seleção dos estudos ao longo de uma revisão de acordo com PRISMA 2020.

LISTA DE ABREVIACÕES

PNH – Política Nacional de Humanização

SUS – Sistema Único de Saúde

CP – Cuidado Paliativo

CPP – Cuidados Paliativos Pediátricos

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

PICO – População, Intervenção, Contexto, Desfecho (Population, Intervention, Context, Outcome)

PNCP – Política Nacional de Cuidados Paliativos

PICS – Práticas Integrativas e Complementares

NECPAL – Necessidades Palliativas

PIG – Prognostic Indicator Guidance

SPICT – Supportive and Palliative Care Indicators Tool

RADPAC – RADboud indicators for PAlliative Care needs

UTIP – Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

RESUMO

Introdução: o cuidado paliativo pediátrico é conjunto de ações participativas de atenção à criança, com propósito de melhorar da qualidade de vida e assistência à família, não estando atrelados somente ao fim da vida, mas a quaisquer agravos de saúde ou doenças insanáveis. A enfermagem tem atuação essencial na implementação dessa assistência, com planejamento e ações baseadas em um olhar integral à criança. **Objetivo:** Identificar, na literatura científica, as práticas utilizadas pelos enfermeiros no cuidado paliativo infantil nos diferentes níveis de atenção à saúde. Categorizar as principais práticas utilizadas pelos enfermeiros no cuidado paliativo infantil. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada em seis etapas, com artigos de pesquisa publicados em bases de dados e portais da Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed, Scielo e Cinahl, publicados nos últimos cinco anos, nos idiomas inglês, português e espanhol, encontraram-se 8080 estudos, dos quais 8070 foram excluídos. **Resultados:** foram incluídos dez estudos. As práticas mais utilizadas pela enfermagem foram: cuidado espiritual, alívio e controle da dor, práticas lúdicas, comunicação e suporte à família, e educação em saúde. A maioria dos estudos foi realizado em ambiente hospitalar. **Considerações finais:** a assistência de enfermagem, embora em consonância com a política de cuidados paliativos, ainda carece de melhorias sobretudo em práticas integrativas e complementares. A atuação ainda se concentra no ambiente hospitalar, sendo necessária a realização de estudos em outros cenários.

Descritores: Enfermagem; Criança; Pré-Escolar; Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

Introduction: Pediatric palliative care is a set of participatory child care actions aimed at improving quality of life and assisting families. It is not limited to the end of life but also to any health problems or incurable diseases. Nursing plays a crucial role in implementing this care, with planning and actions based on a comprehensive approach to the child. **Objective:** To identify, in the scientific literature, the practices used by nurses in pediatric palliative care at different levels of health care services. To categorize the main practices used by nurses in pediatric palliative care. **Method:** This is an integrative literature review, conducted in six stages, including research articles published in the Virtual Health Library, PubMed, Scielo, and Cinahl databases and portals, published in the last five years, in English, Portuguese, and Spanish. A total of 8,080 studies were found, of which 8,070 were excluded. **Results:** Ten studies were included. The most commonly used nursing practices were: spiritual care, pain relief and management, playful practices, communication and family support, and health education. Most studies were conducted in hospital settings. **Final considerations:** Nursing care, while aligned with palliative care policy, still requires improvement, particularly in integrative and complementary practices. Practice remains concentrated in the hospital setting, requiring studies in other settings.

Descriptors: Nursing; Child; Preschool; Palliative Care.

1 INTRODUÇÃO

O cuidado representa a essência do ser humano e exige sensibilidade e acolhimento. Com a consolidação da humanização na saúde, ele passou a ser reconhecido como um elemento central no bem-estar, tendo como preceitos o olhar empático, a construção de vínculos e a promoção da autonomia. Para que seja efetivo, o cuidado deve contemplar todas as dimensões do ser, reconhecendo e respeitando o indivíduo em sua totalidade, o que contribui para aprimorar as práticas de assistência e fortalecer a saúde integral.¹

Outro aspecto importante a mencionar que legitima e contribui para a consolidação da humanização foi a Política Nacional de Humanização (PNH) que existe desde 2003 e mais recente a atenção humanizada passa a ser reconhecida como diretriz legal do Sistema Único de Saúde (SUS), ao lado de outros princípios como a integralidade da assistência, a universalidade do acesso e a equidade.²

Desse modo, o cuidado ao público infantil no Brasil é amparado por diretrizes nacionais que objetivam favorecer o desenvolvimento integral desde a gestação até os nove anos de idade, abordando plenamente aspectos nutricionais, educacionais, protetivos e de saúde, a exemplo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.³

Contudo, em contextos nos quais a criança apresenta condições de saúde crônicas, graves ou potencialmente ameaçadoras à vida, torna-se imperativo incorporar o cuidado paliativo como componente essencial das estratégias de atenção.¹

Na atualidade, a Organização Mundial da Saúde define como Cuidado Paliativo (CP), uma abordagem que propicia qualidade de vida perante doenças que comprometem a continuidade dela, por meio de prevenção e redução do sofrimento quando se utiliza da identificação precoce, avaliação e terapêutica para alívio da dor e demais problemas de caráter físico, espiritual e psicossocial. A cada ano, estima-se que cerca de 56,8 milhões de indivíduos necessitem de CP. Quando se trata do público infantil, aproximadamente 98% das crianças que precisam desse tipo de cuidado está concentrada em países de baixa e média renda.⁴

Nesse sentido, os cuidados paliativos pediátricos (CPP) abrangem uma estratégia participativa e total de atenção à criança, a partir do diagnóstico ou constatação da situação, no decorrer de toda a sua vida até além da sua morte. Ademais, dispõe como propósito a melhora da qualidade vital e assistência à família, não estando atrelada somente ao fim da vida, mas em quaisquer situações de agravos de saúde ou doenças insanáveis que representam um risco a esta, não descartando os métodos curativos, uma vez que não são excludentes.⁵

Por conseguinte, O CPP é recomendado em seis circunstâncias: recém-nascidos com expectativa de vida reduzida, morte súbita do recém-nascido ou lactente, danos neurológicos graves, indefinição ou falha de cura, vivências de períodos longos de tratamento e quando não existe prognóstico de melhora, visando propiciar vida digna e morte tranquila, incluindo o manuseio dos sintomas, provisão de momentos de descanso aos cuidadores e suporte no estágio terminal.⁶

Perante essas necessidades, o Ministério da Saúde desenvolveu a Política Nacional de Cuidados Paliativos, a portaria nº 3.681/2024, objetiva ampliar o acesso e planejamento para aplicabilidade dessa conduta em todos os níveis de atenção na esfera do SUS. A resolução assegura a formação da Equipe Assistencial de Cuidados Paliativos, a qual é composta pelo profissional enfermeiro, o qual é indispensável na aplicação da política nas Redes de Atenção à Saúde.⁷

Em vista disso, a enfermagem desenvolve um destaque essencial na implementação dessa assistência, dado que a ciência do cuidado perpassa as variadas fases da vivência do paciente, direcionando o planejamento e as ações apoiadas em um olhar integral, singular e subjetivo a cada criança. Dessa forma, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) reconheceu por meio da Decisão COFEN nº 165/2022⁸, a área de conhecimento relativo ao Título de Especialista em Enfermagem em Cuidados Paliativos, destacando a importância durante a prática clínica e promovendo respaldo aos especialistas.

Ademais, a contribuição da enfermagem nos CPP revela-se de extrema relevância, de modo que é notório a sua influência na qualificação da assistência, estabelecendo vínculo entre profissional-criança-família, bem como mostra-se primordial na orientação, promoção do bem-estar, avaliação e manejo da dor. Para isso, deve ser incorporado ao planejamento da assistência de enfermagem voltada

para crianças em uma variedade de contextos de cuidado, posto que introduz uma prática humanizada e integral.¹

Embora sejam reconhecidos os benefícios dos CPP, a complexidade e particularidade dessa área, tal como a variedade de diagnósticos, carência de profissionais com formação específica, aspectos éticos e legais e as adversidades em lidar com o processo de luto são fatores que dificultam a continuidade dessa modalidade de cuidado.⁵

Face ao exposto, este trabalho justifica-se pela necessidade de conhecer e relatar as estratégias adotadas por enfermeiros na assistência paliativa infantil, visando também evidenciar práticas eficazes que possam ser reproduzidas em variados cenários, bem como identificar lacunas que possam direcionar novos estudos. Paralelamente, a escolha pelo tema surgiu do meu interesse pessoal pela área, especialmente pela influência e incentivo da minha orientadora, cuja sensibilidade e dedicação contribuíram significativamente para a escolha e desenvolvimento desta pesquisa. Em vista disso, questiona-se: quais são as práticas utilizadas pelos enfermeiros no cuidado paliativo infantil nos diferentes níveis de atenção à saúde?

Portanto, a relevância deste estudo é observada na oportunidade de reunir informações imprescindíveis para a prática clínica paliativa, gerando reflexões aos profissionais de saúde, assim como pretende proporcionar fundamentos científicos a respeito da implementação do CPP como benefício para a qualidade de vida do público infantil. De natureza igual, os resultados encontrados beneficiarão a formação em enfermagem, podendo utilizá-lo como base para educação de acadêmicos e profissionais em geral, assim como seja suporte para pesquisas mais aprofundadas na área. Por fim, viabiliza uma enfermagem humanizada, acolhedora e singular, qualificada quanto ao uso dessas práticas no contexto pediátrico.

2 OBJETIVO

Identificar, na literatura científica, as práticas utilizadas pelos enfermeiros no cuidado paliativo infantil nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Categorizar as principais práticas utilizadas pelos enfermeiros no cuidado paliativo infantil.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os cuidados paliativos (CP) têm como propósito prevenir e aliviar o sofrimento em adultos, crianças e seus familiares, diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida. Fundamentam-se em abordagem ampla e centrada na pessoa, contemplando as dimensões física, emocional, social e espiritual.⁹

Esse cuidado está atrelado a uma gama de doenças e condições como doenças cardiovasculares, respiratórias, neurológicas e hepáticas, AIDS, câncer, diabetes, artrite reumatoide, doença de Parkinson, esclerose múltipla, insuficiência renal, demência, tuberculose resistente à medicamentos e anomalias congênitas. Dor e dispneia são os sintomas mais observados em indivíduos que necessitam de CP.⁴

No mundo, supõe-se que 56,8% milhões de pessoas precisam de assistência em CP, 67,1% são adultos com mais de 50 anos, enquanto cerca de 7% são crianças. Dos quais, somente 14% usufruem do CP. Aproximadamente 97% dos indivíduos de 0 a 19 anos vivendo com condições passíveis de implementação dessa estratégia vivem em país de baixa e média renda. Sendo malformações congênitas e HIV/AIDS representativo das condições causais com porcentagem de 46%, ao passo que questões como prematuridade extrema e trauma de parto ocupam 18%, seguida de lesões com 16%.⁹

Existem variadas ferramentas para nortear a implementação dos CP, auxiliando profissionais de saúde a determinarem o momento oportuno para conversar com o paciente e família acerca da progressão da doença e os melhores cuidados a serem adotados, alinhado as preferências e necessidades do indivíduo. Estas incluem o Necessidades Palliativas (NECPAL), o Prognostic Indicator Guidance (PIG), a Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT) e os indicadores RADboud para Necessidades de Cuidados Paliativos (RADPAC).¹⁰

O CP destaca a valorização e o respeito ao usuário de saúde, reconhecendo-o como um cidadão pleno de direitos. O princípio da autonomia, por sua vez, ocupa posição central na bioética, fundamentando-se na premissa de que a existência de uma pessoa autônoma é essencial para o exercício pleno da moralidade. Assim, busca-se garantir às pessoas condições que respeitem sua singularidade e dignidade, assegurando-lhe controle sobre seu entorno, acesso a informações claras e cuidados especializados, respeito às suas decisões, direito a despedidas significativas e a

possibilidade de uma partida no momento apropriado, sem intensificar o sofrimento, preservando sua dignidade e privacidade.¹¹

No âmbito pediátrico, essa prática assume características ainda mais delicadas, devido à complexidade das condições clínicas e à vulnerabilidade inerente às crianças. Para esse público trata-se de um “cuidado total e ativo do corpo, mente e espírito da criança, e também envolvem dar apoio à família.”¹²

É uma ferramenta imprescindível no atendimento às necessidades infantis, reconhecendo sua importância no aumento da sobrevida, intervindo positivamente no decurso da doença, promovendo autonomia, humanização e comunicação empática com a criança e a família.⁵

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, o cuidado paliativo pediátrico (CPP) é recomendado para crianças com condições agudas e crônicas que apresentam risco à vida e podem ser curadas ou não; condições progressivas onde o tratamento curativo não é viável; condições neurológicas graves não progressivas, mas que podem deteriorar e causar morte; recém-nascidos prematuros ou anomalias congênitas graves; familiares e cuidadores de um feto ou criança que faleceu repentinamente.¹³

Perante o exposto, o CP é prestado por uma variedade de profissionais, incluindo enfermeiros. Os quais estão presentes de forma contínua junto aos pacientes. Eles são responsáveis por monitorar e aliviar diversos sintomas, incluindo a dor, oferecendo conforto, apoio e cuidados humanizados. Além disso, levam em conta a individualidade e as preferências do paciente. Como profissionais que prestam cuidados diretos, esses profissionais acompanham diariamente as mudanças no estado de saúde do paciente, o que contribui para a construção de uma relação de apoio tanto com o paciente quanto com seus familiares. Embora reconheçam a morte como um processo natural da vida, vivenciam os sentimentos e os desafios emocionais que envolvem esse momento.¹⁴

A falta de formação inicial e de capacitação/treinamento, a comunicação entre profissionais, pacientes e familiares, além de questões relacionadas à gestão, como infraestrutura, recursos humanos e materiais, foram os principais obstáculos enfrentados na oferta de cuidados paliativos pediátricos.¹⁵

4 MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, organizada em seis etapas:

Primeira etapa: Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa

Para elaboração da questão de pesquisa utilizou-se a estratégia PICO¹⁶ sendo P (população) – crianças; I (intervenção) – práticas de enfermagem, C (contexto) – níveis de atenção à saúde e O (desfecho) – cuidados paliativos, o que direcionou para: quais são as práticas utilizadas pelos enfermeiros no cuidado paliativo infantil nos diferentes serviços de saúde?

Segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura

Para a busca das evidências foram utilizados os descritores: Nursing, Child, Preschool e Palliative Care com o operador booleano AND. Foram incluídos artigos de pesquisa publicados nos últimos cinco anos, de acesso livre, no portal Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, e as bases CINAHL e Scielo, em língua portuguesa, inglesa e espanhola. Foram excluídos editoriais, artigos de revisão, manuais, teses e dissertações, estudos em outras línguas além das citadas, e aqueles publicados há mais de cinco anos, tal como artigos que não abordam o objetivo explorado e que se repetam nas bases de dados.

Terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos

Para a extração das informações, os estudos foram lidos na íntegra e buscou-se organizar quais as evidências que pudessem responder o objetivo deste estudo, mostrando qual a prática de cuidado paliativo pediátrico.

Quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Foi realizada a descrição das evidências. Abrangendo as práticas/cuidados de enfermagem realizados na abordagem da criança em cuidados paliativos, bem como o local/cenário de cuidado. Em seguida, as evidências encontradas foram categorizadas.

Quinta etapa: interpretação dos resultados

Foi realizada a análise crítica das práticas encontradas e interpretação.

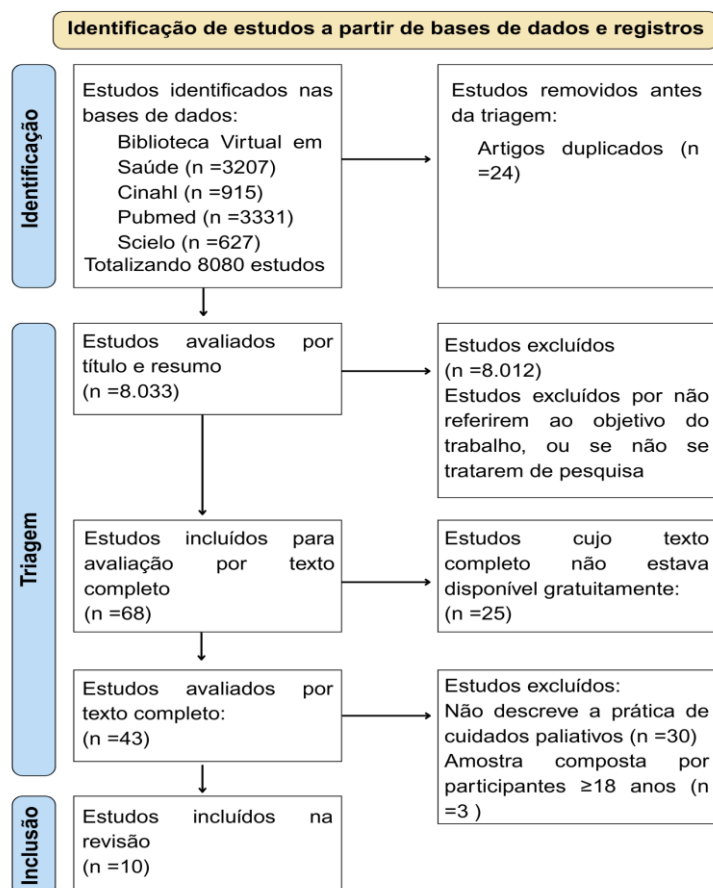
Sexta etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento

Nesta etapa, as evidências encontradas foram organizadas e discutidas com a literatura, apresentando as práticas de enfermagem na condução da assistência à criança em cuidados paliativos, prezando pela estruturação e apresentação concisa das principais informações extraídas das fontes encontradas.

Aspectos éticos

Esta revisão integrativa assegura a observância dos aspectos éticos, garantindo a correta atribuição de autoria aos estudos utilizados, em conformidade com as normas de citação e referência Vancouver. A seleção dos artigos foi conduzida de acordo com critérios rigorosos, transparentes e imparciais, com o propósito de preservar a integridade científica e evitar qualquer forma de viés. Todos os estudos selecionados foram devidamente reconhecidos, respeitando os direitos autorais dos respectivos autores. A análise dos dados foi realizada com estrito zelo metodológico, assegurando que as informações apresentadas sejam exatas e fidedignas.

Figura 1: Fluxograma para apresentação do processo de seleção dos estudos ao longo de uma revisão de acordo com PRISMA 2020¹⁷. São Luís, 2025.



Fonte: adaptado e traduzido de PRISMA 2020.¹⁷

5 RESULTADOS

O fazer dos enfermeiros no cuidado paliativo pediátrico: revisão integrativa

Resumo

Objetivo: Identificar, na literatura científica, as práticas utilizadas pelos enfermeiros no cuidado paliativo infantil nos diferentes níveis de atenção à saúde. Categorizar as principais práticas utilizadas pelos enfermeiros no cuidado paliativo infantil. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada em seis etapas, na Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed, Scielo e Cinahl, publicados nos últimos cinco anos, nos idiomas inglês, português e espanhol, encontraram-se 8080 estudos, destes 8070 foram excluídos. **Resultados:** foram incluídos dez estudos. A enfermagem utilizou práticas relacionadas ao cuidado espiritual, alívio e controle da dor, práticas lúdicas, comunicação e suporte à família, e educação em saúde. A maioria dos estudos foi realizado em ambiente hospitalar. **Conclusão:** a assistência de enfermagem, embora em consonância com a política de cuidados paliativos, ainda carece de melhorias sobretudo em práticas integrativas e complementares. A atuação ainda se concentra no ambiente hospitalar, sendo necessária a realização de estudos em outros cenários.

Descritores: Enfermagem; Criança; Pré-Escolar; Cuidados Paliativos

Descriptors: Nursing; Child; Preschool; Palliative Care

Descriptores: Enfermería; Niño; Preescolar; Cuidados Paliativos

Introdução

O cuidado representa a essência do ser humano e exige sensibilidade e acolhimento. Com a consolidação da humanização na saúde, ele passou a ser reconhecido como um elemento central no bem-estar, tendo como preceitos o olhar empático, a construção de vínculos e a promoção da autonomia. Para que seja efetivo, o cuidado deve contemplar todas as dimensões do ser, reconhecendo e respeitando o indivíduo em sua totalidade, o que contribui para aprimorar as práticas de assistência e fortalecer a saúde integral.¹

Outro aspecto importante a mencionar que legitima e contribui para a consolidação da humanização foi a Política Nacional de Humanização (PNH) que existe desde 2003 e mais recente a atenção humanizada passa a ser reconhecida como diretriz legal do Sistema Único de Saúde (SUS), ao lado de outros princípios como a integralidade da assistência, a universalidade do acesso e a equidade.²

Desse modo, o cuidado ao público infantil no Brasil é amparado por diretrizes nacionais que objetivam favorecer o desenvolvimento integral desde a gestação até os nove anos de idade, abordando plenamente aspectos nutricionais, educacionais, protetivos e de saúde, a exemplo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.³ Contudo, em contextos nos quais a criança apresenta condições de saúde crônicas, graves ou potencialmente ameaçadoras à vida, torna-se imperativo incorporar o cuidado paliativo como componente essencial das estratégias

de atenção.¹

Na atualidade, a Organização Mundial da Saúde define como Cuidado Paliativo (CP), uma abordagem que propicia qualidade de vida perante doenças que comprometem a continuidade dela, por meio de prevenção e redução do sofrimento quando se utiliza da identificação precoce, avaliação e terapêutica para alívio da dor e demais problemas de caráter físico, espiritual e psicossocial. A cada ano, estima-se que cerca de 56,8 milhões de indivíduos necessitem de CP. Quando se trata do público infantil, aproximadamente 98% das crianças que precisam desse tipo de cuidado está concentrada em países de baixa e média renda.⁴

Nesse sentido, os cuidados paliativos pediátricos (CPP) abrangem uma estratégia participativa e total de atenção à criança, a partir do diagnóstico ou constatação da situação, no decorrer de toda a sua vida até além da sua morte. Ademais, dispõe como propósito a melhora da qualidade vital e assistência à família, não estando atrelada somente ao fim da vida, mas em quaisquer situações de agravos de saúde ou doenças insanáveis que representam um risco a esta, não descartando os métodos curativos, uma vez que não são excludentes.⁵

Por conseguinte, O CPP é recomendado em seis circunstâncias: recém-nascidos com expectativa de vida reduzida, morte súbita do recém-nascido ou lactente, danos neurológicos graves, indefinição ou falha de cura, vivências de períodos longos de tratamento e quando não existe prognóstico de melhora, visando propiciar vida digna e morte tranquila, incluindo o manuseio dos sintomas, provisão de momentos de descanso aos cuidadores e suporte no estágio terminal.⁶

Perante essas necessidades, o Ministério da Saúde desenvolveu a Política Nacional de Cuidados Paliativos, a portaria nº 3.681/2024, objetiva ampliar o acesso e planejamento para aplicabilidade dessa conduta em todos os níveis de atenção na esfera do SUS. A resolução assegura a formação da Equipe Assistencial de Cuidados Paliativos, a qual é composta pelo profissional enfermeiro, o qual é indispensável na aplicação da política nas Redes de Atenção à Saúde.⁷

Em vista disso, a enfermagem desenvolve um destaque essencial na implementação dessa assistência, dado que a ciência do cuidado perpassa as variadas fases da vivência do paciente, direcionando o planejamento e as ações apoiadas em um olhar integral, singular e subjetivo a cada criança. Dessa forma, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) reconheceu por meio da Decisão COFEN nº 165/2022⁸, a área de conhecimento relativo ao Título de Especialista em Enfermagem em Cuidados Paliativos, destacando a importância durante a prática clínica e promovendo respaldo aos especialistas.

Ademais, a contribuição da enfermagem nos CPP revela-se de extrema relevância, de

modo que é notório a sua influência na qualificação da assistência, estabelecendo vínculo entre profissional-criança-família, bem como mostra-se primordial na orientação, promoção do bem-estar, avaliação e manejo da dor. Para isso, deve ser incorporado ao planejamento da assistência de enfermagem voltada para crianças em uma variedade de contextos de cuidado, posto que introduz uma prática humanizada e integral.¹

Embora sejam reconhecidos os benefícios dos CPP, a complexidade e particularidade dessa área, tal como a variedade de diagnósticos, carência de profissionais com formação específica, aspectos éticos e legais e as adversidades em lidar com o processo de luto são fatores que dificultam a continuidade dessa modalidade de cuidado.⁵

Face ao exposto, este trabalho justifica-se pela necessidade de conhecer e relatar as estratégias adotadas por enfermeiros na assistência paliativa infantil. Em vista disso, questiona-se: quais são as práticas utilizadas pelos enfermeiros no cuidado paliativo infantil nos diferentes níveis de atenção à saúde? Assim, essa revisão integrativa objetiva identificar, na literatura científica, as práticas utilizadas pelos enfermeiros no cuidado paliativo infantil nos diferentes níveis de atenção à saúde. serviços de saúde e categorizar as principais práticas utilizadas pelos enfermeiros no cuidado paliativo infantil.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, organizada em seis etapas: Primeira etapa: Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa. Para elaboração da questão de pesquisa utilizou-se a estratégia PICO⁹ sendo P (população) – crianças; I (intervenção) – práticas de enfermagem, C (contexto) – níveis de atenção à saúde e O (desfecho) – cuidados paliativos, o que direcionou para: quais são as práticas utilizadas pelos enfermeiros no cuidado paliativo infantil nos diferentes serviços de saúde?

Segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura. Para a busca das evidências foram utilizados os descritores: Nursing, Child, Preschool e Palliative Care com o operador booleano AND no período de janeiro a junho de 2025. Foram incluídos artigos de pesquisa publicados nos últimos cinco anos, de acesso livre, no portal Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, e as bases CINAHL e Scielo, em língua portuguesa, inglesa e espanhola. Foram excluídos editoriais, artigos de revisão, manuais, teses e dissertações, estudos em outras línguas além das citadas, e aqueles publicados há mais de cinco anos, tal como artigos que não abordam o objetivo explorado e que se repitam nas bases de dados.

Terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos. Para a extração das informações, os estudos foram lidos na íntegra e buscou-se organizar quais as evidências que pudessem responder o objetivo deste estudo, mostrando qual a prática de cuidado paliativo pediátrico, assim como descrever ano, local de publicação, cenário de cuidado, autores e principais resultados dos artigos.

Quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa. Foi realizada a descrição das evidências. Abrangendo as práticas/cuidados de enfermagem realizados na abordagem da criança em cuidados paliativos, bem como o local/cenário de cuidado. Em seguida, as evidências encontradas foram categorizadas.

Quinta etapa: interpretação dos resultados. Foi realizada a análise crítica das práticas encontradas e interpretação.

Sexta etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento. Nesta etapa, as evidências encontradas foram organizadas e discutidas com a literatura, apresentando as práticas de enfermagem na condução da assistência à criança em cuidados paliativos, prezando pela estruturação e apresentação concisa das principais informações extraídas das fontes encontradas.

Esta revisão integrativa assegura a observância dos aspectos éticos, garantindo a correta atribuição de autoria aos estudos utilizados, em conformidade com as normas de citação e referência Vancouver. A seleção dos artigos foi conduzida de acordo com critérios rigorosos, transparentes e imparciais, com o propósito de preservar a integridade científica e evitar qualquer forma de viés. Todos os estudos selecionados foram devidamente reconhecidos, respeitando os direitos autorais dos respectivos autores. A análise dos dados foi realizada com estrito zelo metodológico, assegurando que as informações apresentadas sejam exatas e fidedignas.

A seleção dos estudos é representada na figura no fluxograma (figura 1).

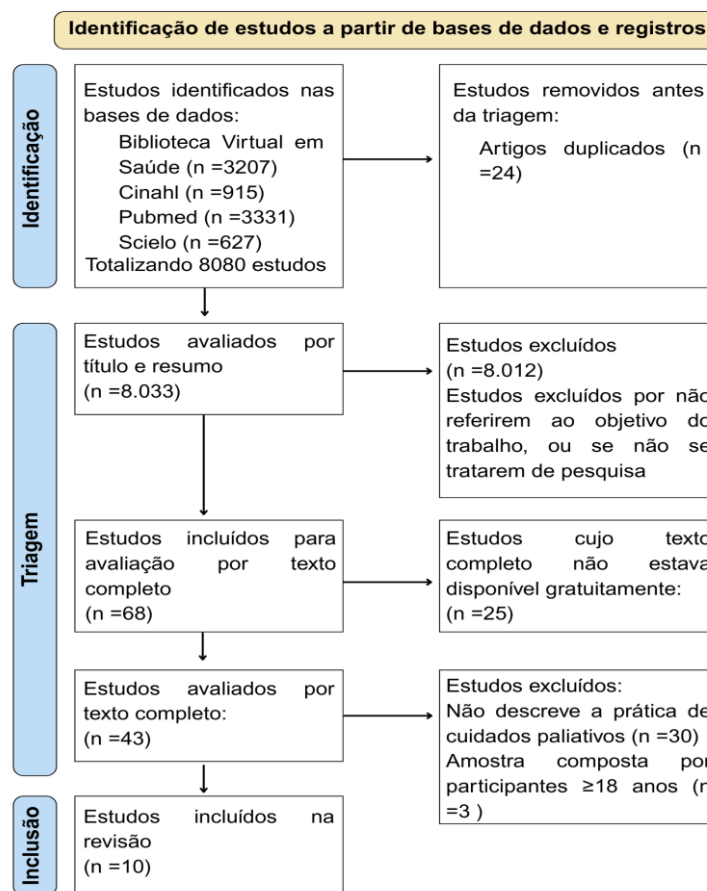


Figura 1 - Fluxograma para apresentação do processo de seleção dos estudos ao longo de uma revisão de acordo com PRISMA 2020¹⁰, Brasil, 2025.

Resultados

Os dez artigos incluídos foram publicados entre os anos de 2020 e 2023, destacando-se os anos de 2020 e 2022, com maior número de publicações, totalizando três estudos. Desses estudos científicos, sete foram publicados em português, três foram publicados em inglês. Em relação a abordagem metodológica, oito estudos adotaram uma abordagem qualitativa, ao passo que dois utilizaram método misto. Quanto aos cenários de cuidado, nove estudos foram conduzidos em hospitais de grande porte, especializados em atenção terciária, e apenas um estudo abordou profissionais que atuavam em diferentes níveis de atenção à saúde, incluindo atenção primária.

As práticas mais utilizadas pelos enfermeiros durante o cuidado paliativo referiram-se ao cuidado espiritual, alívio e controle da dor, intervenções lúdicas, comunicação e suporte à família, educação em saúde e cenários de cuidado. Para apresentar as evidências, as informações foram organizadas no quadro a seguir (quadro 1):

Quadro1 – Caracterização das práticas de enfermagem, Brasil, 2025.

Prática	Categoria	Frequência	Artigo(s)
Escuta Ativa	Cuidado Espiritual	3/10	Evangelista ¹⁰ ; Santos ¹¹ ; Almeida ¹²
Respeito às crenças familiares	Cuidado Espiritual	3/10	Almeida ¹²
Reza e oração	Cuidado Espiritual	2/10	Evangelista ¹⁰ ; Santos ¹¹
Presença física	Cuidado Espiritual	2/10	Evangelista ¹⁰ ; Santos ¹¹
Diálogo	Cuidado Espiritual	2/10	Evangelista ¹⁰ ; Santos ¹¹
Leitura da bíblia; Palavras de conforto; Espaço para manifestação de crenças e sentimentos; Líder espiritual.	Cuidado Espiritual	1/10	Evangelista ¹⁰
Toque	Cuidado Espiritual	1/10	Santos ¹¹
Intervenções farmacológicas	Alívio e Controle da Dor	4/10	Buck ¹³ ; Santos ¹¹ ; Dias ¹ ; Almeida ¹²
Escuta ativa	Alívio e Controle da Dor	3/10	Buck ¹³ ; Santos ¹¹ ; Schneider ³
Toque terapêutico	Alívio e Controle da Dor	2/10	Buck ¹³ ; Dias ¹
Posicionamento adequado	Alívio e Controle da Dor	2/10	Buck ¹³ ; Santos ¹¹
Ambiente tranquilo; Manuseio mínimo; Acolhimento contínuo da criança e da família; Apoio espiritual.	Alívio e Controle da Dor	1/10	Buck ¹³
Autorização de visitas; Troca de curativos	Alívio e Controle da Dor	1/10	Santos ¹¹
Confiança profissional-criança	Alívio e Controle da Dor	1/10	Dias ¹
Atividades lúdicas	Alívio e Controle da Dor	2/10	Dias ¹ ; Almeida ¹²
Exercícios físicos; Musicoterapia; Uso de animais; Brinquedos terapêuticos (BT); Massagem; Reiki;	Alívio e Controle da Dor	1/10	Andrade e Migoto ¹⁴

Auriculoterapia			
Procedimentos mínimos	Alívio e Controle da Dor	1/10	Kang ¹⁵
Suporte emocional	Alívio e Controle da Dor	1/10	Schneider ³
Brinquedo terapêutico	Cuidado Lúdico	2/10	Dias ¹ ; Andrade e Migoto ¹⁴
Danças; Recreação; Canto; Jogos eletrônicos; Mágica; Personagens; Teatro; Visita de palhaços; Uso da brinquedoteca.	Cuidado Lúdico	1/10	Dias ¹
Arteterapia	Cuidado Lúdico	1/10	Andrade e Migoto ¹⁴
Comunicação verbal	Comunicação e Participação da família	5/10	Dias ¹ ; Schneider ³ ; Buck ¹³ ; Santos ¹¹ ; Ebadinejad e Fakhr-Movahedi ¹⁶ .
Comunicação não verbal	Comunicação e Participação da família	1/10	Dias ¹
Participação da família	Comunicação e Participação da família	4/10	Schneider ³ ; Ebadinejad e Fakhr-Movahedi ¹⁶ ; Andrade e Migoto ¹⁴ ; Almeida ¹²
23 vídeos educativos	Educação em Saúde	1/10	Hilário ¹⁷
Nível terciário de atenção	Cenário de Cuidado	9/10	Dias ¹ ; Hilário ¹⁷ ; Almeida ¹² ; Ebadinejad e Fakhr-Movahedi ¹⁶ ; Kang ¹⁵ ; Evangelista ¹⁰ ; Buck ¹³ ; Schneider ³ ; Santos ¹¹ .
Atenção primária e terciária	Cenário de Cuidado	1/10	Andrade e Migoto ¹⁴

A partir dos resultados encontrados, buscou-se organizar as evidências em categorias que reúnem as práticas de Cuidado Espiritual, de Alívio e Controle da Dor, de Cuidado Lúdico, de Comunicação e Participação da Família, Educação em saúde e Cenários de Cuidado.

4.1 Cuidado Espiritual

Em relação ao cuidado espiritual, três artigos^{11,12,13} abordaram práticas que correspondem a essa linha de atuação. A escuta ativa foi descrita em todos estes, da mesma

forma que o respeito aos valores e crenças da criança e de sua família, sendo realizado mediante o uso de palavras de fé e esperança, e da promoção de um espaço para manifestação de sentimentos e crenças¹¹, constatou-se que, diante da terminalidade da vida, a espiritualidade surge como uma fonte significativa de conforto e apoio¹².

A reza, oração, presença física/constante, diálogo com palavras de conforto e conversas sobre fé foram apontados por ^{11, 12}. Ao passo que a leitura da bíblia, a vinda de um líder espiritual¹¹ e o toque¹² foram referidos por um estudo. Esse cuidado considera o atendimento das necessidades de forma a favorecer melhores respostas terapêuticas e a promover conforto emocional¹¹.

4.2 Alívio e Controle da Dor

O uso de medicamentos foi identificado como a principal ação paliativa implementada pelos enfermeiros^{1,12,13,14}. No entanto, os profissionais ressaltaram que tais intervenções farmacológicas eram frequentemente complementadas por outras práticas, como a escuta ativa^{1,6,12}, o toque terapêutico^{1,14}, o posicionamento adequado^{12,14}, o apoio espiritual¹⁴, o acolhimento contínuo da criança e da família¹⁴, além de medidas de conforto, como o manuseio mínimo¹⁴ e a criação de um ambiente calmo e propício ao bem-estar¹⁴, a autorização de visitas e a troca de curativos quando havia desconforto.¹²

De forma progressiva, verificou-se a utilização da combinação entre o olhar atento e a criação de uma relação de confiança entre o profissional e a criança¹, assim como atividades lúdicas: brincadeiras¹, danças¹, pinturas¹, brinquedos¹³, conversas¹³, desenhos¹³ e animações¹³. Essas ferramentas foram especialmente eficazes para distração, alívio da dor e suporte aos familiares.¹³

Em continuação, apresentou-se o uso de tecnologias leves¹⁵ como instrumentos eficazes no controle da dor, incluindo musicoterapia, massagem, exercícios físicos, uso de animais e brinquedos terapêuticos. O estudo¹⁵ indicou que o brinquedo terapêutico (BT) e a utilização de animais foram particularmente eficazes no aumento da interação entre a criança e o profissional e no alívio da dor. Além disso, os exercícios físicos e a massagem foram citados como estratégias para alívio da dor, no entanto, a maioria dos profissionais reconheceu que a massagem apresentou resultados limitados. Por outro lado, a musicoterapia foi considerada uma ferramenta eficaz para distração e alívio da tensão. Também foram referidos o Reiki e a auriculoterapia como alternativas complementares para melhoria da qualidade de vida dos pacientes, embora tenham sido vistas como um recurso pouco utilizado e ineficaz.

Mais adiante, a ética foi abordada no cuidado paliativo infantil, destacando que o alívio

da dor é um dever fundamental dos enfermeiros. A ênfase é colocada na utilização mínima de procedimentos dolorosos e invasivos, reconhecendo o impacto que esses procedimentos têm sobre o sofrimento da criança.¹⁶

Por fim, afirmou-se o cuidado constante, e o suporte emocional à criança e à sua família como elementos essenciais para suavizar a experiência dolorosa.⁶

4.3 Cuidado Lúdico

Em termos gerais, foi percebido que entre as práticas lúdicas utilizadas pelos enfermeiros, estão a recreação, BT, danças, canto, desenhos, ilustrações, jogos eletrônicos, mágica, personagens, pinturas, teatro, visita de palhaços e uso da brinquedoteca. Essas atividades têm demonstrado eficácia no controle da dor, alívio da tensão, e oferecem momentos de expressão e prazer.¹

De forma complementar, foi exposto o uso de tecnologias leves como arteterapia e BT. O BT foi empregado tanto em momentos de lazer quanto em contextos clínicos, como na preparação para procedimentos invasivos, auxiliando a criança a compreender e enfrentar o tratamento com menos medo e sofrimento. Além disso, o BT foi valorizado por sua capacidade de proporcionar distração, reduzir a ansiedade e facilitar a compreensão dos procedimentos de saúde.¹⁵

Adicionalmente, a arteterapia foi mencionada como um recurso valioso, incluindo práticas como a identificação de cores, aplicação de imagens associadas a sons, jogo da memória e brinquedos educativos.¹⁵

4.4 Comunicação e Participação da Família

A comunicação verbal e não verbal foi altamente relevante, ressalta-se que a verbal deve ser clara, precisa e eficaz para estabelecer um vínculo sólido e de confiança entre o público infantil, o profissional e a família. As formas de comunicação não verbal, como expressões faciais, gestos e a presença física, foram reiteradamente combinadas com a escuta qualificada, criando um ambiente de confiança e conforto, ajustado às necessidades individuais de cada criança.¹

Essa visão é complementada ao enfatizar que a comunicação contínua entre enfermeiros e crianças vai além da simples troca de informações, funcionando como uma ferramenta importante de apoio emocional e respeito às necessidades desta. Somado a isso, os profissionais focaram em práticas que favorecessem a interação entre a criança e a família, através da promoção de conforto, privacidade, higiene e redução da aferição dos sinais vitais, com o intuito

de minimizar incômodo e a manipulação, permitindo maior aproximação com a família.⁶

De forma semelhante, a comunicação foi descrita como uma das estratégias essenciais para diminuir a dor e o sofrimento da criança, estendendo seus benefícios à família.¹⁴ Inclusive, tal aspecto é observado na importância de uma comunicação verbal clara ao explicar os procedimentos para as crianças, garantindo que elas compreendessem o contexto em que estavam inseridas. Além disso, enfatizar a comunicação de más notícias aos familiares, priorizando clareza e objetividade, respeitando as expectativas dos familiares e envolvendo-os ativamente nas decisões a serem tomadas.¹²

No mesmo sentido, os enfermeiros mantiveram uma comunicação contínua com os pacientes pediátricos e seus pais durante todo o processo de cuidado, oferecendo auxílio emocional e mantendo-os atualizados sobre o estado de saúde da criança. Quando se aproximava a morte da criança, os enfermeiros conduziam os pais a um ambiente tranquilo e privado, onde a situação da criança era explicada, permitindo que os pais expusessem seus sentimentos e se despedissem de forma íntima e respeitosa, fornecendo cuidado para além da morte infantil.¹⁷

Logo, enfatizou-se a importância de promover a participação ativa da família no cuidado das crianças, considerando essa interação uma das tecnologias leves mais utilizadas e eficazes na promoção de cuidados paliativos. A pesquisa evidenciou que a presença da família teve impacto positivos significativos, tanto para a criança quanto para os familiares.¹⁵ Por fim, pontuou-se o papel do enfermeiro no auxílio à compreensão da família e no respeito às suas escolhas em relação ao tratamento, favorecendo a autonomia tanto da criança quanto dos seus responsáveis.¹³

4.5 Educação em saúde

Foi exposto o desenvolvimento de 23 vídeos educativos, criados como ferramentas de cuidado e educação, com o objetivo de fortalecer o processo de aprendizagem e a comunicação entre pais e cuidadores de crianças com câncer. Os conteúdos foram elaborados com base nas principais demandas identificadas, refletindo o interesse dos pais nos temas abordados. Esses materiais, produzidos em alta resolução, com legendas e animações, facilitaram a compreensão de temas relevantes, como: câncer, quimioterapia, manejo da dor, apoio emocional, higiene, alimentação, cuidados domiciliares, cuidados paliativos pediátricos e prevenção de infecções.¹⁸

A educação em saúde promovida por meio desses materiais facilitou o acesso à informação. O conhecimento transmitido por meio dos vídeos contribuiu para uma melhor compreensão do processo terapêutico, promovendo maior segurança e participação ativa no

cuidado. Além disso, os vídeos permitiram que os enfermeiros otimizassem o tempo destinado à educação em saúde, concentrando-se no esclarecimento de dúvidas e na consolidação das orientações. Outro ponto positivo é que os vídeos podem ser reassistidos em casa ou nas salas de espera dos serviços de saúde, o que os torna pertinentes para pais com dificuldades de leitura ou disponibilidade limitada.¹⁸

4.6 Cenários de Cuidado

Dos artigos analisados, nove foram desenvolvidos no nível terciário de atenção à saúde 1, 6, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18. Esses estudos foram realizados em instituições públicas, filantrópicas e universitárias, abrangendo tanto o contexto nacional quanto internacional. Dentre os cenários destacados, incluem-se: hospital filantrópico em João Pessoa (PB), hospitais nacionais do Peru, hospital público de Minas Gerais, hospital em Semnan (Irã), dois hospitais universitários terciários na Coreia do Sul, hospital público em João Pessoa (PB), dois hospitais de referência no atendimento a crianças com doenças crônicas, hospital universitário do Sul do Brasil e hospital filantrópico de referência em oncologia no estado da Paraíba. No que se refere aos cuidados intensivos, dois estudos abordaram diretamente unidades de terapia intensiva, sendo dois cenários com Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) e um com Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)^{13,14}.

Além disso, quatro estudos descreveram contextos de Unidades de Internação Pediátrica, incluindo enfermarias e clínicas médicas voltadas ao público infantil^{6,13,14,17}. É importante mencionar que apenas um estudo¹⁵ contemplou diferentes níveis de atenção à saúde, abordando tanto a atenção primária quanto a terciária.

Discussão

A assistência de enfermagem no CPP envolveu o contexto espiritual, o alívio e controle da dor, o uso de recursos lúdicos, a comunicação eficaz, a participação ativa da família, a educação em saúde e, embora tenha ocorrido em cenários hospitalares na maioria dos estudos, teve diferentes cenários de cuidado. Essas práticas estão em consonância com o preconizado na Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), viabilizando atenção integral à saúde nos aspectos físico, espiritual, psicoemocional e social. Esse suporte é fundamentado na promoção da autonomia, com ênfase na escuta ativa, comunicação empática e sensível, respeito às crenças, valores e culturas individuais, e manejo eficaz dos sintomas, como a dor e o desconforto, por meio de abordagens farmacológicas e não farmacológicas, realizadas por uma equipe multiprofissional, incluindo os profissionais de enfermagem.⁷

Em vista disso, o cuidado espiritual revela-se como um componente essencial, sendo apoiado no respeito à concepção religiosa da criança e de sua família, com potencial para melhorar respostas terapêuticas e promover equilíbrio emocional, estabelecendo um ambiente que favoreça o bem-estar psicoespiritual. Em um estudo em instituições de saúde de atenção secundária, no México, com a participação de nove enfermeiros atuantes em cuidados paliativos, foi evidenciado a importância de um cuidado espiritual direcionado, que respeite as dimensões religiosas de cada sujeito, com destaque para práticas como acompanhamento contínuo, escuta ativa e criação de um ambiente tranquilo e acolhedor.¹⁹

De maneira similar, um estudo realizado na China, com profissionais de saúde atuantes em CPP, revelou a integração do suporte espiritual nas práticas diárias de saúde. Os profissionais ressaltaram que a presença e a escuta ativa são essenciais para promover a exploração de religiosidades. Recursos como livros sagrados, orientação espiritual e apoio de voluntários religiosos foram apontados como práticas eficazes para facilitar o conforto psicoespiritual, proporcionando um auxílio significativo para os pacientes e seus familiares.²⁰

No Brasil, a PNCP reforça esse entendimento ao reconhecer a importância do suporte espiritual, enfatizando o respeito e valorização do desejo do paciente de expressar suas crenças, oferecendo uma escuta empática e acolhedora. Quando possível, e conforme a disponibilidade dos serviços, a política orienta a garantia do apoio religioso de acordo com a fé e vontade de cada indivíduo, reforçando o compromisso do sistema de saúde com aspectos espirituais e existenciais.⁷

No que tange ao alívio e controle da dor, uma pesquisa realizada com enfermeiros em um hospital de referência em CP, em João Pessoa, revelou que o CP vai além das intervenções farmacológicas, abrangendo um conjunto mais amplo de ações voltadas ao bem-estar físico, emocional e espiritual do paciente, o que vai ao encontro aos estudos desta revisão. Os profissionais destacaram a importância de combinar terapias medicamentosas com práticas de conforto que envolvem tanto o paciente quanto a família, como a criação de um ambiente acolhedor, apoio psicológico e espiritual, escuta ativa, mudança de decúbito, palavras de consolo e gestos simples de afeto, como um aperto de mão e um sorriso, que promovem alívio e conforto durante o processo paliativo.²¹

Em complemento, um estudo realizado em um hospital de referência oncológica no Rio de Janeiro acerca do conhecimento de profissionais de enfermagem, destacou a importância da oferta de cuidados individualizados e da redução de intervenções invasivas, especialmente nos momentos finais da vida, evitando condutas que apenas prolongariam o sofrimento, priorizando assim práticas que respeitem o limite terapêutico e a qualidade de vida.²²

Nas evidências encontradas neste trabalho acerca das intervenções não farmacológicas, práticas como o Reiki e a auriculoterapia foram mencionados, mas com um certo ceticismo quanto à sua eficácia. No entanto, um estudo sobre Reiki em crianças de 1 a 5 anos que recebiam cuidados paliativos foram observados efeitos positivos. Os pais relataram que as crianças apresentaram sinais de relaxamento, sono mais tranquilo e comportamentos mais calmos após as sessões de Reiki.²³

Em um estudo com 80 participantes acerca da auriculoterapia, incluindo crianças com câncer, observou-se uma alta taxa de aceitação desta terapia, tanto por parte das crianças quanto de suas famílias, além de benefícios no alívio da dor e na melhoria do bem-estar geral. Assim, esses resultados indicam a eficácia da auriculoterapia, desafiando as conclusões de profissionais que a consideram uma prática pouco utilizada e ineficaz.²⁴

Além do mais, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), implementada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), respalda o uso dessas abordagens terapêuticas. Essa política valoriza práticas que consideram o indivíduo de forma integral, promovendo a escuta qualificada, a construção de vínculos e a harmonia entre corpo, mente e ambiente. O SUS disponibiliza 29 PICS à população, entre elas a acupuntura, arteterapia, musicoterapia, Reiki e entre outras.²⁵

Seguindo, um estudo realizado em um hospital universitário de Oslo investigou as experiências de pais e profissionais de saúde sobre a musicoterapia no ambiente hospitalar e domiciliar, revelando que essa abordagem foi extremamente útil e revitalizante, pois ofereceu uma oportunidade valiosa de autoexpressão para as crianças, ao mesmo tempo que promovia alegria, distração e positividade. Em adição, a musicoterapia foi altamente valorizada tanto pelas famílias quanto pelos profissionais de saúde envolvidos, pois se mostrou uma prática essencial para melhorar o bem-estar emocional dos pacientes. Esses achados corroboram a ideia de que a musicoterapia funciona como uma distração saudável, fundamental no contexto de CP.²⁶

Por conseguinte, a massoterapia, descrita no Guia Prático para Manejo da dor²⁷, também se mostrou eficaz, proporcionando relaxamento muscular, redução de edemas e melhorando a estase linfática, demonstrando seu potencial, e contrariando os resultados encontrados neste estudo.

Destarte, um relato clínico publicado descreveu a experiência de uma paciente oncológica em estágio terminal que participou de Terapia Assistida por Animais (TAA). A convivência com seu cão resultou em uma perceptível redução da necessidade de medicamentos para dor e dispneia, bem como uma melhora em sintomas como ansiedade e depressão durante

os períodos de visita do animal. Os autores ressaltam que a TAA não se limita ao alívio sintomático, mas também facilita a comunicação e humaniza o cuidado, promovendo conforto emocional e tornando o ambiente mais acolhedor. Esses achados estão em consonância com os resultados deste estudo.²⁸

Continuadamente, em um estudo realizado na Alemanha, quatro crianças com câncer avançado participaram de um programa de exercícios supervisionados, realizado tanto em casa quanto em ambiente hospitalar. As sessões, adaptadas ao estado clínico e às preferências individuais, combinaram atividades de força, coordenação, mobilidade e relaxamento. Os resultados demonstraram que o programa foi seguro e bem aceito, promovendo melhorias na capacidade física, na fadiga e na qualidade de vida, além de proporcionar momentos de leveza e distração durante a terminalidade. Relatos das famílias destacaram ainda que essas intervenções contribuíram para o alívio de sintomas.²⁹

Outro importante aspecto no CPP é o uso de abordagens lúdicas para o alívio da dor. Numa pesquisa conduzida em Belém (PA), com enfermeiros que atuam na área pediátrica, foi possível observar que as práticas lúdicas, como o uso de BT, jogos, música, dança e contação de histórias exercem um papel fundamental na ressignificação da vivência hospitalar. Os profissionais relataram que essas intervenções ajudam a reduzir a dor e a ansiedade das crianças, ao mesmo tempo em que promovem momentos de distração e alívio emocional.³⁰

Uma pesquisa similar realizada em um hospital escola da região Sul do Brasil, envolvendo 18 enfermeiros pediatras confirmou que as atividades lúdicas implementadas por esses profissionais, como brincadeiras com BT, o uso de músicas e técnicas de distração como o "balão de luva" e cócegas, têm mostrado grande eficácia na redução do estresse e da ansiedade. Essas práticas também foram percebidas como imprescindíveis para fortalecer o vínculo entre os profissionais de saúde e os pacientes, além de contribuírem para a aceitação de procedimentos, auxiliando as crianças a se organizarem emocionalmente para as intervenções.³¹

Dentro das abordagens terapêuticas utilizadas, a musicoterapia e a arteterapia têm se destacado como práticas especialmente valiosas. Um estudo realizado com crianças e adolescentes em tratamento oncológico em um hospital de João Pessoa, indicou que essas terapias oferecem uma via importante para o cuidado emocional, sendo a arteterapia empregada para a manifestação de sentimentos e opiniões. A pesquisa demonstrou que, antes das sessões, os participantes apresentavam sentimentos de tristeza, medo e solidão. No entanto, após as intervenções com musicoterapia, essas emoções foram transformadas em sensações de prazer, esperança e alívio da dor. A música se mostrou eficaz não apenas para expressar emoções, mas

também como uma forma de resgatar memórias afetivas e proporcionar momentos de descontração, contribuindo significativamente para a melhora da vida dessas crianças.³²

Outro aspecto fundamental no cuidado lúdico pediátrico é a palhaçoterapia, que se mostrou de grande importância no cuidado humanizado. Pesquisa realizada em uma unidade de cuidados paliativos pediátricos no Chile, envolvendo uma equipe interdisciplinar, revelou que os palhaços hospitalares são considerados um elemento essencial no alívio das tensões emocionais das crianças. Por meio do jogo, do riso e de competências socioemocionais como empatia e escuta ativa, os palhaços conseguem reduzir o medo e proporcionar um vínculo terapêutico que favorece o bem-estar físico e emocional. Os profissionais de saúde relataram que a presença desses mediadores terapêuticos também facilita a comunicação entre a equipe e a família, promovendo uma abordagem mais colaborativa no planejamento das intervenções.³³

Além dessas práticas, O BT destacou-se como um recurso importante no CPP. Em estudo realizado no Rio de Janeiro, envolvendo enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes na pediatria, ficou claro que o BT é implementado nas rotinas desses profissionais, sendo amplamente reconhecido como uma estratégia eficaz para minimizar a dor, o desconforto e o medo das crianças. De acordo com os entrevistados, o BT proporciona alívio da tensão e fortalece o vínculo entre a criança e o profissional de saúde. Essa interação, muitas vezes mediada pelo brinquedo, contribui para a construção de confiança e facilita o processo de aceitação em relação aos procedimentos invasivos. Estes também mencionaram outras estratégias lúdicas, como o uso de brinquedos, livros, desenhos animados, vídeos infantis e utilização da brinquedoteca, que complementam o cuidado.³⁴

Ainda, a comunicação, em suas dimensões verbal e não verbal, juntamente com a participação ativa da família, constitui um dos alicerces fundamentais na prática de enfermagem em CPP. Um estudo qualitativo desenvolvido em uma Unidade de Cuidados Continuados em Portugal evidenciou que enfermeiros ressaltaram a centralidade da comunicação na abordagem do sofrimento, especialmente em pacientes com limitações na expressão verbal. Embora a comunicação verbal tenha sido mencionada por poucos profissionais, a não verbal, como gestos, expressões faciais e postura corporal, foi amplamente reconhecida como recurso eficaz para identificar sinais de dor e desconforto.³⁵

Conjuntamente, um levantamento com profissionais de saúde atuantes em cuidados paliativos, atribuiu grande importância à participação familiar. A inclusão da família é vista como elemento central na construção do plano terapêutico e nas decisões clínicas, sendo favorecida por uma comunicação empática, honesta e alinhada aos valores e expectativas de cada núcleo familiar. Além disso, o suporte emocional prestado à família no contexto da

terminalidade contribui significativamente para uma vivência mais serena do processo de finitude.³⁶

De forma complementar, ao investigarem a comunicação de más notícias em uma unidade de oncologia pediátrica, evidenciaram que o envolvimento da família é essencial para a continuidade dos cuidados. A equipe multidisciplinar relatou que uma postura comunicativa ativa, transparente e respeitosa foi determinante para estabelecer a confiança dos familiares, permitindo decisões conjuntas baseadas nos princípios dos CP. Os autores destacam que, ao se construir uma relação de confiança entre a equipe e os cuidadores, o cuidado deixa de se restringir ao aspecto clínico da doença e passa a priorizar a qualidade de vida da criança, com foco no acolhimento, conforto e dignidade.³⁷

Outrossim, o uso de vídeos educativos como estratégia de apoio ao cuidado infantil paliativo reflete um avanço significativo na promoção do letramento em saúde, especialmente entre pais e cuidadores. Essa abordagem encontra respaldo em um projeto que relata a criação de uma série de módulos educativos voltados a pais e cuidadores, com foco em cuidados paliativos pediátricos, usando linguagem acessível, ilustrações, elementos gráficos e seções curtas para facilitar a leitura e compreensão.³⁸

A série de módulos desenvolvida por esses autores demonstrou ser uma ferramenta eficaz para quebrar o estigma associado aos cuidados paliativos, sobretudo em países de baixa e média renda, onde se concentra a maior parte da população pediátrica que necessita desse tipo de cuidado. Além do mais, o material contribui diretamente para suprir lacunas da educação em saúde relacionadas ao manejo da dor, cuidados domiciliares, comunicação e tomada de decisões no fim da vida, reforçando a relevância de recursos educativos como instrumentos de empoderamento familiar e qualificação do CPP.³⁸

Em suma, a oferta de CP deverá ocorrer de maneira articulada no SUS, sendo disponibilizada em todos os pontos das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A atenção primária tem um papel central, oferecendo cuidados tanto no âmbito individual quanto coletivo, seja nas unidades básicas de saúde, no domicílio ou nos territórios. A atenção domiciliar é fundamental para pacientes em restrição de deslocamento, com o suporte de equipes da atenção primária ou do Programa Melhor em Casa, realizando o acompanhamento de forma articulada com a família e a comunidade. Os ambulatórios de atenção especializada devem oferecer cuidados contínuos e direcionados às condições clínicas, auxiliando na gestão dos sintomas e promovendo a qualidade de vida do paciente, em consonância com os demais pontos da RAS.⁷

Além disso, os serviços de urgência, como o SAMU e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), têm a responsabilidade de oferecer CP para alívio imediato dos sintomas

agudizados, certificando-se de promover dignidade e conforto ao paciente, além de atuarem no processo de morte, óbito domiciliar e luto familiar. No ambiente hospitalar, a atenção será focada no controle de sintomas e no apoio contínuo ao paciente e à família, enquanto os hospitais especializados em cuidados prolongados atuarão com uma abordagem focada nas necessidades específicas dos pacientes que atendem aos critérios de CP.⁷

Todavia, um estudo bibliométrico com recorte temporal entre 2008 e 2018, envolvendo teses e dissertações sobre cuidados paliativos em oncologia pediátrica, demonstrou que 98% das pesquisas ocorreram em ambiente hospitalar, 1% com profissionais atuantes em CP com crianças e adolescentes em terminalidade e 1% ocorreu em instituições filantrópicas, demonstrando, desta forma, que o CP está centrado nos níveis terciários de atenção, o que corrobora com os achados desta pesquisa.³⁹

Este estudo apresentou como uma de suas principais limitações a escassez de produções científicas específicas sobre o cuidado paliativo pediátrico, o que restringiu a amplitude da análise. Além disso, houve dificuldade no acesso a artigos publicados em espanhol, seja pela limitação de bases de dados com cobertura ampla de periódicos em língua espanhola, seja pela baixa frequência de publicações sobre o tema nessa língua. Essa barreira linguística e temática pode ter limitado a inclusão de perspectivas regionais e culturais relevantes.

Diante de tudo isso, o estudo reforça o profissional enfermeiro como agente transformador no CPP, atuando de forma sensível, crítica e propositiva frente às múltiplas dimensões que envolvem a terapêutica. Sua atuação vai além da assistência técnica, integrando aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais do cuidado, não apenas contribui para a qualidade de vida no contexto do adoecimento, mas também para o fortalecimento da autonomia familiar e do processo de educação em saúde.

Conclusão

Neste trabalho, observou-se que o cuidado de enfermagem direcionado à criança em situação de cuidados paliativos vai além da assistência clínica convencional. Essa atuação requer uma abordagem ampla, que considere os aspectos físicos, emocionais, espirituais e sociais, por meio da incorporação de estratégias que promovam uma melhor qualidade de vida. O suporte espiritual destacou-se como essencial no amparo emocional tanto da criança quanto de seus familiares, sendo conduzido com atenção às crenças, valores religiosos e contextos culturais de cada indivíduo.

O manejo da dor envolveu intervenções farmacológicas e não farmacológicas, com o intuito de proporcionar conforto e minimizar o sofrimento. As atividades lúdicas, por sua vez,

favoreceram o estabelecimento de um vínculo entre os profissionais e os pacientes pediátricos, auxiliando na compreensão da hospitalização e dos procedimentos realizados. Tais práticas também contribuíram para um atendimento mais humanizado, permitindo a expressão de emoções, oferecendo momentos de distração durante a terapia paliativa e sobretudo, respeitando o direito de ser criança, de brincar.

A comunicação efetiva e a participação da família emergiram como pilares fundamentais para o cuidado, sendo adaptadas as singularidades de cada caso, envolvendo as características, decisões e limites de cada situação. Além disso, o uso de materiais educativos se mostrou eficaz no aumento do conhecimento de pais e cuidadores sobre os CP, contribuindo para o fortalecimento da autonomia e a promoção da educação em saúde.

Por outro lado, verificou-se o uso ainda incipiente das PICS, como a auriculoterapia, o Reiki e a massoterapia. Apesar do reconhecimento crescente dos benefícios das PICS na promoção do bem-estar, alívio da dor e suporte emocional, elas foram subutilizadas e, em alguns casos, desvalorizadas no cenário da saúde paliativa pediátrica. Essa subutilização pode estar relacionada à escassez de formação específica por parte dos profissionais e à carência de estrutura adequada para sua incorporação nos serviços de saúde. Dentre essas práticas, apenas a musicoterapia foi amplamente mencionada, sendo descrita como uma ferramenta eficaz para distrair, aliviar a dor e reduzir tensões. Outro ponto identificado é a concentração da assistência paliativa em crianças no ambiente hospitalar. Essa realidade expõe uma lacuna significativa na integralidade dos cuidados paliativos pediátricos, uma vez que esses cuidados devem abranger todos os níveis de atenção à saúde, incluindo a atenção primária, onde o vínculo contínuo com a família e o território favorece intervenções individualizadas no contexto familiar. Esses cuidados podem ser implementados desde o diagnóstico, coexistindo com tratamentos curativos sempre que necessário, garantindo uma atenção integral à criança e à sua família, inclusive se houver evolução para a terminalidade.

Portanto, espera-se que este estudo seja o ponto de partida para a ampliação das evidências sobre a prática da enfermagem em CPP, com foco na atuação fora do ambiente hospitalar. Sugere-se o desenvolvimento de estratégias que fortaleçam o CPP na atenção primária, como protocolos, capacitações e fluxos de encaminhamento. Destaca-se a necessidade de investimentos em capacitação profissional, com ênfase nos benefícios das terapias integrativas e complementares.

Referências

1. Dias TKC, Reichert APS, Evangelista CB, Batista PSS, Buck ECS, França JRFS. Assistência de enfermeiros a crianças em cuidados paliativos: estudo à luz da teoria de Jean Watson. Escola Anna Nery. 2023; 27: p. e20210512. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0512pt>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2010, 4(4). [Acesso 2025 ago 06]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasisus/rede-humanizasisus/humanizasisus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Brasília: Ministério da Saúde. 2018. [Acesso 2025 jan 19]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html.
4. World Health Organization. Palliative care [internet]. WHO. 2020. [Acesso 2025 ago 06]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
5. Paixão S, Aparício G, Duarte J, Maia L. 8. CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS: NECESSIDADES FORMATIVAS E ESTRATÉGIAS DE COPING DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2020. doi: 10.19131/rpesm.0247.
6. Schneider NA, Flurin MCL, Neis M, Martegari AF, Becker HI. PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO PACIENTE PEDIÁTRICO EM CUIDADOS PALIATIVOS. Ciência, Cuidado e Saúde. 2020; 19. doi: 10.4025/cienccuidsaude.19i0.41789.
7. Brasil. Ministério da saúde. Portaria 3.681 de sete de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2024. [Acesso 2025 jan 19]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html.
8. Conselho Federal de Enfermagem. Decisão COFEN nº 165 de 31 de agosto de 2022. Aprova o registro da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) no Conselho Federal de Enfermagem. 2022. [Acesso 2025 jan 19]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-165-2022>.
9. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Rev Latino-am Enfermagem. 2007; 15(3). doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>.
10. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021; 372:71 DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.
11. Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFG, Batista PSS, Duarte MCS, Moraes GSN, et al. Atuação de enfermeiros em cuidados paliativos: cuidado espiritual à luz da Teoria do Cuidado Humano. Revista Brasileira de Enfermagem. 2021; 75(1): p. e20210029. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0029>.
12. Santos GFATF, Alves DR, Oliveira AMM, Dias KCCDO, Costa BHS, Batista PSS. Cuidados paliativos em oncologia: vivência de enfermeiros ao cuidar de crianças em fase final da vida. R. pesq.: cuid. fundam. 2020; 12: 689-695. doi: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9463.
13. Almeida BYF, Tiensoi SD, Oliveira SR. Cuidados paliativos à criança hospitalizada: percepção da equipe de enfermagem. Revista Ciências em Saúde. 2022. doi: <https://doi.org/10.21876/rcshci.v12i4.1280>.
14. Buck ECS, Oliveira ELN, Dias TCC, Silva MFOC, França JRFS. Doença crônica e cuidados paliativos pediátricos: saberes e práticas de enfermeiros à luz do cuidado humano. Rev. Pesqui. cuid. fundam. 2020; 12: p. 682-688. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9489>.
15. Andrade LG, Migoto MT. Tecnologias de cuidados neuropaliativos à criança e ao adolescente: perspectivas de profissionais da enfermagem. Espaço para a Saúde. 2022; 23. doi: <https://doi.org/10.22421/1517-7130/es.2022v23.e856>.

16. Kang J, Choi EK, Seo M, Ahn GS, Park HY et al. Care for critically and terminally ill patients and moral distress of physicians and nurses in tertiary hospitals in South Korea: A qualitative study. *PLoS ONE*. 2021; 16(12): e0260343. doi: 10.1371/journal.pone.0260343.
17. Ebadinejad Z, Movahedi F. Palliative care strategies of Iranian nurses for children dying from cancer: a cancer: a qualitative study. *EMJH*. 2022; 28(8). doi: 10.26719/emhj.22.047.
18. Hilario R, Cosme M, Vasquez L. Development and Implementation of Educational Material by Nurses for Parents/Caregivers of Children With Cancer: A Peruvian National Study. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology Nursing*. 2023; 40(5). doi: 10.1177/27527530231198202.
19. Mancera FC, García JFD, Rodríguez MGR, Gómez YAL, Castañeda. Significado del cuidado espiritual de enfermería en pacientes en cuidados paliativos. *Gaceta Médica Boliviana*. 2023; 46(2): p 13-19. doi: <https://doi.org/10.47993/gmb.v46i2.654>.
20. CHENG L, Cai S, Zhou X, Zhai X. In every detail: spiritual care in pediatric palliative care perceived by healthcare providers. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2024; 67(2): p. 167-172. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2023.11.005.
21. Dos Santos AM, Narciso AC, Evangelista CB, Filgueiras TF, Costa MML, Cruz, RAO. Vivência de enfermeiros acerca dos cuidados paliativos. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*. 2020; 12(1): p. 484-489, doi: 10.9789/2175-5361.
22. Silva TP, Silva LF, Cursino EG, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Pacheco STA. Cuidados paliativos no fim de vida em oncologia pediátrica: um olhar da enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2021; 42: e20200350. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200350>.
23. Thrane SE, Williams E, Grosseohme DH, Friebert S. Reiki Therapy for Very Young Hospitalized Children Receiving Palliative Care. *J Pediatr Hematol Oncol Nurs*. 2022; 39(1). doi: 10.1177/27527530211059435.
24. Betinni E, Idiokitas R, Mahmood L, Jacobs S, Steinhorn D, David MD. Safety and Acceptance of Acupuncture and Acupressure in Children, Adolescents, and Young Adults Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplant. *Cancer Nurs*. 2023; 46(3): p E204-E207. doi: 10.1097/NCC.0000000000001135.
25. Brasil. Ministério da saúde. Portaria Nº 971, de três de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. 2006. [Acesso 2025 jul 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html.
26. Steinhardt TL, Mortvedt S, Trondalen G. Music therapy in the hospital-at-home: A practice for children in palliative care. *British Journal of Music Therapy*. 2021; 35(2): p. 53-62. doi: <https://doi.org/10.1177/13594575211029109>.
27. Haueisen ALM, Faria ACG, Gomes ACC, Costa ALG, Peixoto BM et al. Guia prático para o manejo da dor. In: *Guia prático para o manejo da dor*. 2019; p.80. [Acesso 2025 jul 15]. Disponível em: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/2jefc>.
28. Quintal V, Reis-Pina P. Animal-Assisted Therapy in Palliative Care. *Acta Med Port*. 2021; 34(10): 690-692. doi: 10.20344/amp.13164.
29. Beller R, Gaub G, Reinhardt D, Gotte M. Is an Exercise Program for Pediatric Cancer Patients in Palliative Care Feasible and Supportive?—A Case Series. *Children*. 2023; 10 (2): p. 318. doi: 10.3390/children10020318.
30. Correio JFA, Barbosa AB, Sena, MLM, Margotti E, Silva TF, Nascimento VF. Cuidado lúdico pela enfermagem em pediatria: conhecimento e dificuldades para sua utilização. *Rev. Enferm. Atual In Derme*. 2022; 96(39): p. 1-13. doi: <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.39-art.1429>.
31. CANÊZ JB; Gabatz RIB, Hense TD, Teixeira KP, Milbrath VM. Conhecimento de profissionais de enfermagem acerca do uso do brinquedo terapêutico na hospitalização infantil. *Enferm Foco*. 2020; 11(6): p. 108-114. doi: 10.21675/2357-707X.2020.v11.n6.3481.

32. Franco JHM, Evangelista CB, Rodrigues MSD, Cruz RAO, Franco ISMF, Freire ML. A musicoterapia em oncologia: percepções de crianças e adolescentes em cuidados paliativos. *Escola Anna Nery*. 2021; 25(5): p. e20210012. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0012>.
33. Valdebenito MFV. Percepciones de un equipo de cuidados paliativos pediátricos acerca del clown de hospital. *Acta bioethica*. 2021; 27(2): p. 201-2010. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2021000200201>.
34. Ciuffo LL, Souza TV, Freitas TM, Moraes JRMM, Santos KCO, Santos ROJFL. O uso do brinquedo pela enfermagem como recurso terapêutico na assistência à criança hospitalizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2023; 76(2): p. e20220433. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0433pt>.
35. José S, Sá T. Aspectos valorizados pelos enfermeiros perante a dor crônica de uma pessoa em cuidados paliativos. *Journal of Nursing and Health*. 2022; 12. doi: <https://doi.org/10.15210/jonah.v12i1.2250>.
36. Moreira-Dias PL, Franco LF, Bonelli MA, Ferreira EAL, Wernet M. Buscando por conexão humana para transcender simbolismos dos cuidados paliativos em pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2023; 76(3): e20220476. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0476pt>.
37. Monteiro DT, Siqueira AC, Trentin LS. Comunicação de notícias difíceis em uma unidade de oncologia pediátrica. *Boletim-Academia Paulista de Psicologia*. 2021; 41(101): p. 205-216. doi: 1415-711X.
38. García-Quintero X, Blanco DB, Vásquez L, Fuentes-Alabi S, Majano-Benites S et al. Health literacy on quality of life for children with cancer: modules on pediatric palliative care. *Rev. Panam. de Salud Publica*. 2023; 47: e134, doi: 10.26633/RPSP.2023.134.
39. Dias KC, Batista PS, Fernandes MA, Zaccara AA, Oliveira TC, Vasconcelos MF, et al. Dissertações e teses sobre cuidados paliativos em oncologia pediátrica: estudo bibliométrico. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2020; 33: 1-8. doi: <https://doi.org/10.37689/actaape/2020AO02642>.

REFERÊNCIAS

1. Dias TKC, Reichert APS, Evangelista CB, Batista PSS, Buck ECS, França JRFS. Assistência de enfermeiros a crianças em cuidados paliativos: estudo à luz da teoria de Jean Watson. *Escola Anna Nery*. 2023; 27: p. e20210512. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0512pt>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2010, 4(4). [Acesso 2025 ago 06]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus/rede-humanizasus/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Brasília: Ministério da Saúde. 2018. [Acesso 2025 jan 19]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html.
4. World Health Organization. Palliative care [internet]. WHO. 2020. [Acesso 2025 ago 06]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
5. Paixão S, Aparício G, Duarte J, Maia L. 8. CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS: NECESSIDADES FORMATIVAS E ESTRATÉGIAS DE COPING DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2020. doi: 10.19131/rpesm.0247.
6. Schneider NA, Flurin MCL, Neis M, Martegari AF, Becker HI. PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO PACIENTE PEDIÁTRICO EM CUIDADOS PALIATIVOS. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2020; 19. doi: 10.4025/cienccuidsaude.19i0.41789.
7. Brasil. Ministério da saúde. Portaria 3.681 de sete de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2024. [Acesso 2025 jan 19]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html.
8. Conselho Federal de Enfermagem. Decisão COFEN nº 165 de 31 de agosto de 2022. Aprova o registro da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) no Conselho Federal de Enfermagem. 2022. [Acesso 2025 jan 19]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-165-2022>.
9. World health Organization. Global atlas of palliative Care. WHO. 2020, 2. doi: 978-0-9928277-2-4.
10. Asfshar K, Baal CV, Schleef T, Stiel S, Muller-Mundt G, Schneider N. Structured implementation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool in general practice – A prospective interventional study with follow-up. *Springer Nature*. 2022, 21. doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01107-y>.
11. Souza MAM, Messias ALB, Cruz ES, Ribeiro ES. Bioética na prática dos cuidados paliativos. *Brazilian Journal of Health Review*. 2022; 5(4): p. 16841–16859. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n4-237>.
12. World Health Organization. Palliative care for children. WHO. 2023. [Acesso 2025 ago 06]. Disponível em: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care-for-children>.

13. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Medicina da Dor e Cuidados Paliativos. Cuidados Paliativos Pediátricos: O que são e qual sua importância? Cuidando da criança em todos os momentos. Sociedade Brasileira de Pediatria. 2021. [Acesso 2025 ago 06]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23260c-DC_Cuidados_Paliativos_Pediatricos.pdf.
14. Dos Santos AM, Narciso AC, Evangelista CB, Filgueiras TF, Costa MML, Cruz, RAO. Vivência de enfermeiros acerca dos cuidados paliativos. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*. 2020; 12(1): p. 484-489, doi: 10.9789/2175-5361.
15. Martin AC, Cordeiro JC, Moura MJB, Knopf RN, Souza MAR, Batista J. Desafios da equipe de enfermagem em cuidados paliativos pediátricos: revisão integrativa. *Revista Foco*. 2024, 17(1). doi: 10.54751/revistafoco.v17n1-111.
16. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007; 15(3). doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>.
17. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021; 372:71 DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.
18. Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFG, Batista PSS, Duarte MCS, Moraes GSN, *et al.* Atuação de enfermeiros em cuidados paliativos: cuidado espiritual à luz da Teoria do Cuidado Humano. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2021; 75(1): p. e20210029. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0029>.
19. Santos GFATF, Alves DR, Oliveira AMM, Dias KCCDO, Costa BHS, Batista PSS. Cuidados paliativos em oncologia: vivência de enfermeiros ao cuidar de crianças em fase final da vida. *R. pesq.: cuid. fundam*. 2020; 12: 689-695. doi: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v12. 9463.
20. Almeida BYF, Tiensoli SD, Oliveira SR. Cuidados paliativos à criança hospitalizada: percepção da equipe de enfermagem. *Revista Ciências em Saúde*. 2022. doi: <https://doi.org/10.21876/rcshci.v12i4.1280>.
21. Buck ECS, Oliveira ELN, Dias TCC, Silva MFOC, França JRFS. Doença crônica e cuidados paliativos pediátricos: saberes e práticas de enfermeiros à luz do cuidado humano. *Rev. Pesqui. cuid. fundam*. 2020; 12: p. 682-688. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9489>.
22. Andrade LG, Migoto MT. Tecnologias de cuidados neuropaliativos à criança e ao adolescente: perspectivas de profissionais da enfermagem. *Espaço para a Saúde*. 2022; 23. doi: <https://doi.org/10.22421/1517-7130/es.2022v23.e856>.
23. Kang J, Choi EK, Seo M, Ahn GS, Park HY *et al.* Care for critically and terminally ill patients and moral distress of physicians and nurses in tertiary hospitals in South Korea: A qualitative study. *PLoS ONE*. 2021; 16(12): e0260343. doi: 10.1371/journal.pone.0260343.
24. Ebadinejad Z, Movahedi F. Palliative care strategies of Iranian nurses for children dying from cancer: a cancer: a qualitative study. *EMJH*. 2022; 28(8). doi: 10.26719/emhj.22.047.

25. Hilario R, Cosme M, Vasquez L. Development and Implementation of Educational Material by Nurses for Parents/Caregivers of Children With Cancer: A Peruvian National Study. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology Nursing*. 2023; 40(5). doi: 10.1177/27527530231198202.
26. Mancera FC, García JFD, Rodríguez MGR, Gómez YAL, Castañeda. Significado del cuidado espiritual de enfermería en pacientes en cuidados paliativos. *Gaceta Médica Boliviana*. 2023; 46(2): p 13-19. doi:<https://doi.org/10.47993/gmb.v46i2.654>.
27. CHENG L, Cai S, Zhou X, Zhai X. In every detail: spiritual care in pediatric palliative care perceived by healthcare providers. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2024; 67(2): p. 167-172. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2023.11.005.
28. Silva TP, Silva LF, Cursino EG, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Pacheco STA. Cuidados paliativos no fim de vida em oncologia pediátrica: um olhar da enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2021; 42: e20200350. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200350>.
29. Thrane SE, Williams E, Grosseohme DH, Frieber S. Reiki Therapy for Very Young Hospitalized Children Receiving Palliative Care. *J Pediatr Hematol Oncol Nurs*. 2022; 39(1). doi: 10.1177/27527530211059435.
30. Betinni E, Idiokitas R, Mahmood L, Jacobs S, Steinhorn D, David MD. Safety and Acceptance of Acupuncture and Acupressure in Children, Adolescents, and Young Adults Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplant. *Cancer Nurs*. 2023; 46(3): p E204-E207. doi: 10.1097/NCC.0000000000001135.
31. Brasil. Ministério da saúde. Portaria Nº 971, de três de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. 2006. [Acesso 2025 jul 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html.
32. Steinhardt TL, Mortvedt S, Trondalen G. Music therapy in the hospital-at-home: A practice for children in palliative care. *British Journal of Music Therapy*. 2021; 35(2): p. 53-62. doi: <https://doi.org/10.1177/13594575211029109>.
33. Haueisen ALM, Faria ACG, Gomes ACC, Costa ALG, Peixoto BM *et al*. Guia prático para o manejo da dor. In: Guia prático para o manejo da dor. 2019; p.80. [Acesso 2025 jul 15]. Disponível em: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/2jefc>.
34. 28. Quintal V, Reis-Pina P. Animal-Assisted Therapy in Palliative Care. *Acta Med Port*. 2021; 34(10): 690-692. doi: 10.20344/amp.13164.
35. Beller R, Gaub G, Reinhardt D, Gotte M. Is an Exercise Program for Pediatric Cancer Patients in Palliative Care Feasible and Supportive?—A Case Series. *Children*. 2023; 10 (2): p. 318. doi: 10.3390/children10020318.
36. Correio JFA, Barbosa AB, Sena, MLM, Margotti E, Silva TF, Nascimento VF. Cuidado lúdico pela enfermagem em pediatria: conhecimento e dificuldades para sua utilização. *Rev. Enferm. Atual In Derme*. 2022; 96(39): p. 1-13. doi: <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.39-art.1429>.

37. CANÊZ JB; Gabatz RIB, Hense TD, Teixeira KP, Milbrath VM. Conhecimento de profissionais de enfermagem acerca do uso do brinquedo terapêutico na hospitalização infantil. *Enferm Foco*. 2020; 11(6): p. 108-114. doi: 10.21675/2357-707X.2020.v11.n6.3481.

38. Franco JHM, Evangelista CB, Rodrigues MSD, Cruz RAO, Franco ISMF, Freire ML. A musicoterapia em oncologia: percepções de crianças e adolescentes em cuidados paliativos. *Escola Anna Nery*. 2021; 25(5): p. e20210012. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0012>.

39. Valdebenito MFV. Percepciones de un equipo de cuidados paliativos pediátricos acerca del clown de hospital. *Acta bioethica*. 2021; 27(2): p. 201-2010. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2021000200201>.

40. Ciuffo LL, Souza TV, Freitas TM, Moraes JRMM, Santos KCO, Santos ROJFL. O uso do brinquedo pela enfermagem como recurso terapêutico na assistência à criança hospitalizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2023; 76(2): p. e20220433. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0433pt>.

41. José S, Sá T. Aspectos valorizados pelos enfermeiros perante a dor crônica de uma pessoa em cuidados paliativos. *Journal of Nursing and Health*. 2022; 12. doi: <https://doi.org/10.15210/jonah.v12i1.2250>.

42. Moreira-Dias PL, Franco LF, Bonelli MA, Ferreira EAL, Wernet M. Buscando por conexão humana para transcender simbolismos dos cuidados paliativos em pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2023; 76(3): e20220476. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0476pt>.

43. Monteiro DT, Siqueira AC, Trentin LS. Comunicação de notícias difíceis em uma unidade de oncologia pediátrica. *Boletim-Academia Paulista de Psicologia*. 2021; 41(101): p. 205-216. doi: 1415-711X.

44. García-Quintero X, Blanco DB, Vásquez L, Fuentes-Alabi S, Majano-Benites S *et al*. Health literacy on quality of life for children with cancer: modules on pediatric palliative care. *Rev. Panam. de Salud Publica*. 2023; 47: e134, doi: 10.26633/RPSP.2023.134.

45. Dias KC, Batista PS, Fernandes MA, Zaccara AA, Oliveira TC, Vasconcelos MF, *et al*. Dissertações e teses sobre cuidados paliativos em oncologia pediátrica: estudo bibliométrico. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2020; 33: 1-8. doi: <https://doi.org/10.37689/actaape/2020AO02642>.

ANEXO A- Normas da Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – REUFSM

Categoria do manuscrito

Título – Até 15 palavras, sem localização geográfica e abreviações. Em negrito, tamanho 14, com apenas a primeira letra maiúscula, no idioma do manuscrito.

Resumo

No idioma do artigo, limite máximo de 150 palavras, em parágrafo único e espaçamento simples entre as linhas. Deverão ser considerados os novos e mais importantes aspectos do estudo que destaquem o avanço do conhecimento na Enfermagem ou na área da saúde. Estruturado e separado nos itens:

Objetivo: [texto sem negrito, a palavra após os dois pontos deve iniciar com letra minúscula (ex.: **Objetivo:** analisar ...)] **Método:** [texto sem negrito, a palavra após os dois pontos deve iniciar com letra minúscula (ex.: **Objetivo:** analisar ...)]. **Resultados:** [texto sem negrito, a palavra após os dois pontos deve iniciar com letra minúscula (ex.: **Objetivo:** analisar ...)]. e **Conclusão:** [texto sem negrito, a palavra após os dois pontos deve iniciar com letra minúscula (ex.: **Objetivo:** analisar ...)]

Descritores: Palavra 1; Palavra 2; Palavra 3; Palavra 4; Palavra 5 [Os descritores devem estar no idioma do manuscrito e devem ser idênticos aos do site <https://decs.bvsalud.org/> considerando as letras maiúsculas e minúsculas, sendo separados por “ ; ” e na Palavra 5 não deve haver ponto final.]

Descriptors: Keyword 1; Keyword 2; Keyword 3; Keyword 4; Keyword 5 [As keywords são a tradução em inglês dos descritores em português e devem ser idênticos aos do site <https://decs.bvsalud.org/> considerando as letras maiúsculas e minúsculas, sendo separados por “ ; ” e na Palavra 5 não deve haver ponto final.]

Descriptores: Palabra clave 1; Palabra clave 2; Palabra clave 3; Palabra clave 4; Palabra clave 5 [As keywords são a tradução em inglês dos descritores em português e devem ser idênticos aos do site <https://decs.bvsalud.org/> considerando as letras maiúsculas e minúsculas, sendo separados por “ ; ” e na Palavra 5 não deve haver ponto final.]

Introdução

Deve ser breve. Apresentar a revisão da literatura (pertinente e relevante), incluindo referências atualizadas e de abrangência nacional e internacional. Definir claramente o problema de pesquisa e as lacunas do conhecimento.

O objetivo é coerente com a proposta do estudo, idêntico ao apresentado no resumo, está alocado no último parágrafo da introdução e é iniciado por verbo no infinitivo.

Método

Indicar o delineamento da pesquisa, o cenário estudado, a população, os critérios de seleção (inclusão/exclusão), a fonte de dados, o período de coleta dos dados e o tipo

de análise realizada. As informações devem ser descritas de forma objetiva e completa.

Manuscrito original, resultantes de estudos que envolvem seres humanos indica, no último parágrafo do método: refere que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos (**Resoluções 466/2012 - 510/2016 - 580/2018, do Ministério da Saúde**) e **apresenta o número do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa e data de aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa.**

Resultados

Os resultados devem ser descritos em sequência lógica. Os textos quantitativos devem conter tabelas/quadros e ou ilustrações, seguindo as regras listadas abaixo.

O título das figuras devem estar ABAIXO das figuras e devem ser numerados com algarismos arábicos (1,2, 3, etc) na ordem em que forem citados no texto. As figuras devem estar em JPEG ou PNG, podendo ser coloridas ou em preto e branco, a largura máxima deve ser de 14cm, centralizada no texto, sem bordas. O título da figura deve estar alinhado à esquerda, fonte tamanho 12, espaço simples. Em caso de legenda, colocar abaixo do título, fonte 10, espaço simples, justificada a esquerda, e sem grifo. Exemplo abaixo:



Figura 1 – Página da Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Brasil, 2023

*Legenda, legenda, legenda, legenda.

Os títulos das tabelas/quadros devem estar alinhados à esquerda, fonte tamanho 12, espaço simples. O título deve estar ACIMA da tabela/quadro e deve ser numerado com algarismos arábicos (1,2, 3, etc) na ordem em que forem citados no texto.

As tabelas e quadros devem ser elaborados em formato Word ou Excel (NÃO PODEM ESTAR EM PNG OU JPEG), centralizados em relação ao restante do texto, o conteúdo deve estar em fonte tamanho 10, tendo o cabeçalho de cada coluna curtos (se abreviados deve constar uma indicação na legenda), apresentam no máximo a

Coluna 1	Texto	Texto	Texto	Texto
Coluna 1	Texto	Texto	Texto	Texto
Coluna 1	Texto	Texto	Texto	Texto
Coluna 1	Texto	Texto	Texto	Texto
Coluna 1	Texto	Texto	Texto	Texto
Coluna 1	Texto	Texto	Texto	Texto

*Legenda, legenda, legenda, legenda. Se necessário.

Quadro1 – Título do quadro acima do quadro, Brasil, 2023

Cabeçalho	Cabeçalho	Cabeçalho	Cabeçalho	Cabeçalho
Coluna 1	Texto	Texto	Texto	Texto
Coluna 1	Texto	Texto	Texto	Texto
Coluna 1	Texto	Texto	Texto	Texto
Coluna 1	Texto	Texto	Texto	Texto
Coluna 1	Texto	Texto	Texto	Texto
Coluna 1	Texto	Texto	Texto	Texto
Coluna 1	Texto	Texto	Texto	Texto
Coluna 1	Texto	Texto	Texto	Texto
Coluna 1	Texto	Texto	Texto	Texto
Coluna 1	Texto	Texto	Texto	Texto
Coluna 1	Texto	Texto	Texto	Texto

*Legenda, legenda, legenda, legenda. Se necessário

Discussão

A discussão deve conter comparação dos resultados com a literatura e a interpretação dos autores. Sugere-se a utilização de referências, majoritariamente, de artigos publicados nos últimos cinco anos, com abrangência nacional e internacional.

O penúltimo parágrafo deve conter as limitações do estudo

O último parágrafo deve conter as contribuições do estudo para a área.

Conclusão

As conclusões devem responder ao(s) objetivo(s) da pesquisa, destacar os achados mais importante. Não podem conter nenhuma referência.

Referências

Estilo Vancouver, fonte 10, espaçamento simples, alinhamento justificado e espaçamento de parágrafo antes/depois 6pt. Quantidade mínima de 10 e máxima de 30 para artigos originais; 10 a 25 para Relatos e Reflexão e sem limites para Revisão. Mínimo 80% de artigos publicados nos últimos cinco anos. Com DOI (apresentam somente o DOI), sem DOI (presentam data e link de acesso ativo). Ex.:

1. Freire ILS, Vasconcelos QLDAQ, Araújo RQ, Melo GSM, Costa IKF, Torres GV. Perfil de potenciais doadores segundo a efetividade da doação. Rev Enferm UFSM. 2013;3(N Esp):709-18. doi: 10.5902/2179769210998
2. Gonzales-Zamora JA. Interacciones medicamentosas en antivirales para tratamiento de la coinfección VIH/VHC en Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 2018 [acceso 2019 ago 01];36(3):537-9. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rpmesp/2019.v36n3/537-539/>

Outras orientações gerais

Não deve constar neste documento qualquer tipo de identificação dos autores deste manuscrito.

Texto redigido de acordo com o Estilo Vancouver, norma elaborada pelo ICMJE (<http://www.icmje.org>).

Redação objetiva, linguagem adequada ao estudo e terminologia científica condizente. O(s) autor(es) deve(m) buscar assessoria linguística profissional (revisores e tradutores certificados nos idiomas português, inglês e espanhol) antes de submeter(em) os manuscritos. Tal medida evita incorreções ou inadequações morfológicas, sintáticas, idiomáticas ou de estilo.

● Configurações do Documento

O texto deve ser escrito em formato Microsoft Word, observe que indicamos dentro do template quais as normas a serem utilizadas. Além disso, colocamos na galeria de estilos deste documento.

O tamanho de folha é A4 (210mm x 297mm), com 2.5cm nas quatro margens. O recuo de parágrafo é de 1.25cm e o texto em geral deve estar justificado a esquerda, fonte 12, Arial ou Times New Roman.

● Estrutura do texto

Todos os manuscritos necessitam ter: **Título; Resumo; Descritores.**

Todos os manuscritos (exceto reflexões) precisam obrigatoriamente apresentar as primeiras seções como **Introdução, Método, Resultados e Conclusão.** Observe que não há números nas seções.

As seções secundárias devem ter a primeira letra maiúscula e demais minúsculas, sem negrito e tamanho 12, com 1,5 de espaçamento.

● Estrangeirismos

Palavras estrangeiras devem estar em itálico.

- **Abreviaturas e símbolos**

Deve ser evitada a apresentação de apêndices elaborados pelos autores. Caso seja necessário, devem ser escritos por extenso, seguidos de sua abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecem no texto. Exemplo: American Psychological Association (APA).

- **Citações**

Deve-se utilizar o sistema número de citações para identificar as normas citadas, Representadas no texto com os números correspondentes sem parênteses e sobrescritos, após o sinal gráfico, **sem espaço** e sem mencionar o nome dos autores.

Citação sequencial - separar os números por hífen. Ex.: 1-4

Citações intercaladas - separadas por vírgula. Ex.: 1,4-5

- **Transcrição de palavras, frases ou parágrafo com palavras do autor (citação direta):**

Até três linhas: devem ser utilizadas aspas na sequência do texto, sem itálico, letra tamanho 12, espaçamento 1,5 e referência correspondente (autor e página). Ex.: “A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a base do sistema, viabilizando acesso aos usuários e sendo diretamente relacionada ao êxito desses sistemas”.^{13:4}

Com mais de três linhas: usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 12 e espaço simples entre linhas (sem aspas e sem itálico), e referência correspondente (autor e página). Ex.:

A APS, ou Atenção Básica (AB), é considerada um desses pontos e a ordenadora da rede e, para cumprir essas funções, deve concretizar atributos essenciais: ser porta de entrada e primeiro contato, prover atuação integral, longitudinal e coordenar a ação dos demais serviços.^{13:6}

Supressões: devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes "[...]" Recomenda-se a utilização criteriosa deste recurso. Ex.: "[...] quando impossibilitado de se autocuidar".^{5:27}

Depoimentos: na transcrição de comentários/falas/depoimentos dos participantes da pesquisa, usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 10 e espaço simples entre linhas e em *itálico* e sem espaçamento (0pt antes/depois e sem linha em branco).

A Identificação do participante deve estar codificada, entre parênteses, sem itálico, separada do depoimento por ponto. Ex.: *Educação permanente a gente faz, geralmente, em reunião de equipe.* (E1)

As intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo, devem ser apresentadas entre colchetes, sem itálico. Ex.: *Lá [unidade de trabalho] somos um grupo coeso.* (E1)