

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM  
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS - CESNORS  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* EM GESTÃO DE  
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE – EaD**

**O CUIDADO DOMICILIAR PELAS EQUIPES DE  
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: UMA REVISÃO  
NARRATIVA**

**ARTIGO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**Katiele Hundertmarck**

**Cachoeira do Sul, RS, Brasil  
2015**

# O CUIDADO DOMICILIAR PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA

**Katiele Hundertmarck**

Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da UFSM/CESNORS, como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

**Orientadora: Dra. Ethel Bastos da Silva**

**Cachoeira do Sul, RS, Brasil**

**2015**

**Universidade Federal de Santa Maria – UFSM  
Centro de Educação Superior Norte do RS - CESNORS  
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização  
Pública em Saúde EaD**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o  
Artigo de Conclusão de Curso

**O CUIDADO DOMICILIAR PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA À  
SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA**

elaborado por

**Katiele Hundertmarck**

como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em  
Gestão de Organização Pública em Saúde**

**Comissão Examinadora**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Ethel Bastos da Silva**  
**(Presidente/Orientadora – UFSM/CESNORS)**

---

**Prof.<sup>a</sup> Ma. Danusa Begnini**  
**(Membro Efetivo - UFSM/CESNORS)**

---

**Prof.<sup>a</sup> Ma. Fernanda Sarturi**  
**(Membro Efetivo - UFSM/CESNORS)**

---

**Prof.<sup>a</sup> Ma. Luana Possamai Menezes**  
**(Membro Suplente - UNICRUZ)**

Cachoeira do Sul, 04 de dezembro de 2015.

## O CUIDADO DOMICILIAR PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA

### THE HOME CARE BY PRIMARY HEALTH CARE TEAMS: A NARRATIVE REVIEW

### EL CUIDADO DOMICILIAR POR LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN BÁSICA DE SALUD: UNA REVISIÓN NARRATIVA

Katiele Hundertmarck<sup>1</sup>  
Ethel Bastos da Silva<sup>2</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** identificar a produção científica brasileira na temática da organização do cuidado domiciliar e descrever como as equipes de Atenção Básica à Saúde organizam o cuidado domiciliar. **Método:** revisão narrativa de literatura no portal de pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados LILACS, (de literatura científica e técnica da América Latina e Caribe), BDENF - Enfermagem, MEDLINE e Coleciona SUS. **Resultados:** verificou-se os usuários atendidos, a maioria idosos; os cuidados ofertados, de educação em saúde e procedimentos técnicos; planejamento e organização da Assistência Domiciliar; e os profissionais, especialmente a equipe de enfermagem. **Considerações finais:** a Assistência Domiciliar na Atenção Básica não está estrategicamente planejada no cotidiano do trabalho, o que dificulta o processo de cuidar em saúde integralmente. Logo, pesquisas que oportunizem a reflexão dos profissionais da saúde devem ser encorajadas, para alcançar a inovação tecnológica no SUS e a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

**Descritores:** Assistência Domiciliar; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde.

---

<sup>1</sup> Enfermeira no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha, campus Jaguari. Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde/EaD/Universidade Federal de Santa Maria/Cachoeira do Sul/RS/BR. E-mail: katielehun@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Ciências pela UNIFESP. Docente do Departamento de Ciências da Saúde/Curso de Enfermagem/Universidade Federal de Santa Maria/Palmeira das Missões/RS/BR. E-mail: ethelbastos@hotmail.com

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the Brazilian scientific studies on the organization of home care and describe how primary health care teams organize home care. **Method:** literature narrative review on the Virtual Library's research website on Health, the LILACS databases (scientific and technical literature in Latin America and the Caribbean), BDEF - Nursing, MEDLINE and Coleciona SUS. **Results:** We have checked the users assisted, mostly elderly; the care offered, in health education and technical procedures; planning and organization of Home Care; and professionals, especially the nursing staff. **Final Considerations:** the Home Care in Primary Care is not strategically planned in daily work, which hinders the process of care in a whole. Thus, research that provide reflection of health professionals should be encouraged to achieve technological innovation in the Health System and the improvement of the quality of life of users.

**Descriptors:** Home Care; Primary Health Care; Health System.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar los estudios científicos brasileños sobre la organización de la atención domiciliaria y describir cómo los equipos de Atención Básica a la Salud organizan la atención domiciliaria. **Método:** revisión de la literatura narrativa en el portal de investigación de la Biblioteca Virtual de Salud, las bases de datos LILACS (literatura científica y técnica en América Latina y el Caribe), BDEF - Enfermería, MEDLINE y Coleciona SUS. **Resultados:** verificamos los usuarios atendidos, en su mayoría personas ancianas; la atención ofrecida en la educación sanitaria y procedimientos técnicos; planificación y organización de la Atención Domiciliaria; y profesionales, especialmente el personal de enfermería. **Consideraciones finales:** los cuidados domiciliare en Atención Primaria no son planeados estratégicamente en el trabajo diario, lo que complica el proceso de cuidados integrales. Por lo tanto, debe fomentarse la investigación que provea la reflexión de los profesionales de salud para lograr la innovación tecnológica en el NHS y la mejora de la calidad de vida de los usuarios.

**Descriptores:** Cuidados Domiciliarios; Atención Primaria de Salud; Sistema Único de Salud.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, emergido dos movimentos sociais e criado em 1988 pela Constituição Federal<sup>1</sup> e reafirmado na Lei Orgânica 8.080, de 19 de setembro de 1990<sup>2</sup>, determina os princípios para a saúde pública brasileira, especialmente a integralidade da assistência, a equidade e a universalidade de acesso.<sup>2</sup>

Objetivando efetivar esses princípios do SUS no sentido de melhorar a qualidade da atenção à saúde das pessoas, possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, planejamento descentralizado, coordenar a integralidade, estimular a participação dos usuários e formular as diretrizes para as pactuações, foi publicada a Portaria nº 648/GM/MS de 28 de março de 2006<sup>3</sup>, que trata da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), sendo revogada por meio da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, com a revisão de diretrizes e normas para sua organização, para as Estratégias de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).<sup>4</sup>

Isso denotou à Atenção Básica (AB), na Rede de Atenção à Saúde (RAS), as funções de primeiro ponto de atenção e a porta preferencial de acesso ao SUS, constituída por uma equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde) e coordenadora do cuidado, elaborando, acompanhando e gerenciando os projetos terapêuticos singulares. Complementar a essas ações, a AB é responsável por ser a base do cuidado, descentralizada, capilar e resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas em saúde, articulando as diversas tecnologias em saúde disponíveis e, desse modo, ampliando a autonomia dos sujeitos envolvidos.<sup>4</sup>

O processo de trabalho das equipes de AB, visando atender às características essenciais desse nível de atenção à saúde, contempla a realização de atenção domiciliar (AD).<sup>4</sup> O cuidado domiciliar, em si, é uma prática antiga, realizada antes da institucionalização dos hospitais. A AD surgiu nos Estados Unidos, em 1947, para a desospitalização e criação de um ambiente mais favorável à recuperação dos doentes. No Brasil, essa modalidade assistencial progrediu na tendência da transição demográfica e epidemiológica, onde houve a diminuição da taxa de fecundidade e o aumento da expectativa de vida, com o envelhecimento da

população acompanhado de doenças crônico-degenerativas e a diminuição das doenças infecciosas.<sup>5</sup>

A fim de aumentar o escopo da atenção à saúde brasileira e considerando as pessoas como seres repletos de papéis sociais e com diferentes necessidades em saúde, foi oficializada, em 2006, a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006<sup>6</sup> que descreveu o regulamento técnico de funcionamento dos serviços que prestam atenção domiciliar, sendo acrescida, em 2011, pela Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011<sup>7</sup>, que instituiu a atenção domiciliar no âmbito do SUS e regulamentou as modalidades de AD e pela Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013<sup>8</sup> que redefiniu a AD no âmbito do SUS.

Por definição na RDC nº 11/ 2006, a assistência domiciliar é o conjunto de ações ambulatoriais, programadas e continuadas feitas no domicílio e a internação domiciliar é o conjunto de atividades domiciliares de atenção integral ao usuário com problemas de saúde complexos e com necessidade de tecnologia especializada, sendo, portanto, substitutiva à internação hospitalar. <sup>6</sup>

Segundo a Portaria nº 963/2013, AD é uma nova modalidade de atenção à saúde, que pode ser substitutiva ou complementar, para a promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação no domicílio, garantindo a continuidade de cuidados, inclusive com o compartilhamento na RAS, quando necessário. A AD deve oportunizar a ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade assistencial, condizente com a efetivação dos princípios do SUS.<sup>8</sup>

Nesse contexto, a Portaria nº 963/2013 refere a modalidade AD1 a cargo das equipes de Atenção Básica à Saúde, por meio de visitas regulares em domicílio de, no mínimo, uma vez por mês e com o apoio dos Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família e ambulatórios de especialidades e de reabilitação. Além disso, descreve os critérios de inclusão para os cuidados na modalidade AD1, usuários com problemas de saúde controlados/compensados, necessitados de cuidados de menor complexidade e menor frequência e que não se enquadrem nas modalidades AD2 e AD3, que são aqueles que apresentam problemas de saúde que precisam de maior cuidado e frequência, maiores recursos de saúde e acompanhamento contínuo de, no mínimo, uma vez por semana. Estes são executados por Equipes

Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) ligados ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).<sup>8,9</sup>

Diante da relevância social dessa temática, marcada pelos impactos capazes de gerar na saúde dos usuários em AD e suas famílias e comunidade e da perspectiva de agregar resolutividade aos serviços oferecidos pelo SUS e o processo de trabalho das equipes, faz-se imprescindível a discussão das características do cuidado domiciliar na AB. O conhecimento e a sua socialização oportunizarão aos profissionais envolvidos a reflexão desses aspectos e a melhoria na qualidade da oferta desse serviço no âmbito do SUS.

Os objetivos desse estudo são identificar a produção científica brasileira na temática da organização do cuidado domiciliar na atenção básica à saúde e descrever esse processo no cotidiano de trabalho das equipes.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo de revisão narrativa de literatura. A busca bibliográfica desenvolveu-se na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados em enfermagem (BDENF-Enfermagem), Literatura internacional da área médica e biomédica (MEDLINE) e ColecionaSUS. Foi realizada durante o mês de agosto de 2015, utilizando os descritores em ciências da saúde “assistência domiciliar” *and* “atenção primária à saúde”, sendo encontradas 2.322 produções científicas.

Os critérios de inclusão no estudo foram: artigo científico, disponibilidade de resumo completo em suporte eletrônico, publicado em periódicos nacionais, escritos em língua portuguesa e publicados a partir de 1988, devido à descrição do SUS na Constituição Federal de 1988. Os critérios de exclusão foram: artigos indisponíveis na íntegra, teses e documentos de congressos.

Diante desses critérios, foram filtrados 66 artigos, os quais foram lidos os títulos e resumos sendo 11 selecionados para compor à análise.



Para a coleta de dados, utilizou-se uma ficha documental composta pelas variáveis de objetivo, abordagem metodológica, participantes do estudo, cenário, resultados e resumo.

Na sequência, efetuou-se a leitura flutuante para abranger o conteúdo dos artigos, procedendo às leituras integral e exaustiva de cada um dos onze artigos selecionados.

A análise de conteúdo temática de Bardin<sup>10</sup> dividiu-se em três etapas, pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. Os artigos foram lidos e aqueles de conteúdos similares foram agrupados e relidos detalhadamente, momento em que foram abstraídos os temas representativos do teor do estudo, emergindo quatro categorias, incluindo o perfil dos usuários, os cuidados na AD, o planejamento e organização e as categorias profissionais atuantes na AD.

Os artigos foram referenciados nos resultados e discussão como A1<sup>11</sup>, A2<sup>12</sup>, A3<sup>13</sup>, A4<sup>14</sup>, A5<sup>15</sup>, A6<sup>16</sup>, A7<sup>17</sup>, A8<sup>18</sup>, A9<sup>19</sup>, A10<sup>20</sup> e A11<sup>21</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos onze artigos analisados nesse estudo, metodologicamente, quatro utilizaram-se da abordagem qualitativa (A6, A7, A8, A10), três da abordagem quantitativa (A2, A4, A9), um de estudo de reflexão (A3), um de relato de caso (A5), um de relato de experiência (A11) e um de pesquisa bibliográfica (A1).

Os participantes das pesquisas compuseram-se de usuários da AD (A4, A5, A7, A9, A11), cuidadoras (A11), trabalhadores da equipe de saúde (A2, A5, A6, A8, A10), gestores em saúde (A5) e membros do Conselho Local de Saúde (A5).

O cenário das pesquisas envolvendo seres humanos foi a AB dos municípios de Goiânia (GO) (A2), São Paulo (SP) (A4), Porto Alegre (RS) (A5), Rio de Janeiro (RJ) (A6, A8), Belo Horizonte (MG) (A7, A9), Niterói (RJ) (A10) e Natal (RN) (A11). Destaca-se a região sudeste como a maior produtora científica nesse estudo, englobando seis artigos dos onze analisados.

Quanto ao ano de publicação dos artigos, dois são de 2007 (A3, A4), um de 2010 (A5), dois de 2011 (A7, A8), um de 2012 (A2), três de 2013 (A9, A10, A11) e dois de 2014 (A1, A6). Isso confirma a atualidade da temática nos estudos científicos no Brasil.

Apresenta-se a categoria “*Perfil dos usuários na atenção domiciliar*”, em que foram selecionados seis artigos (A1, A3, A4, A7, A9 e A11) que versam sobre os usuários dos cuidados domiciliares na AB.

O A1 traz a atenção à saúde de idosos frágeis, com dependência funcional e carência de recursos financeiros e cinco modelos assistenciais dos Estados Unidos e Canadá, seus benefícios na melhoria da saúde e impactos sociais relevantes. O A3 aponta como usuários especialmente idosos doentes crônicos não transmissíveis e que fazem uso de cuidados paliativos. Na pesquisa, o A4 apresenta que as mulheres idosas são as que mais utilizam os cuidados domiciliares ofertados pela AB em regiões de maior exclusão social de São Paulo, seguidas por homens menores de 60 anos e algumas crianças com incapacidade severa.

O A7 mostra os usuários com diabetes mellitus tipo 2, com prevalência de idosos, do sexo feminino e com escolaridade de primeiro grau incompleto, casados e aposentados/pensionistas. No A9, os participantes do estudo são usuários acima de 60 anos, na sua maioria mulheres entre 66 e 95 anos, com escolaridade média até o ensino fundamental, renda de até três salários mínimos, moradias adequadas de água e esgoto e acompanhadas por cuidadores. E no estudo, o A11 contempla um relato de experiência no cuidado de enfermagem a duas idosas acamadas, portadoras de enfermidades incapacitantes e suas respectivas cuidadoras.

Portanto, na produção científica estudada, a maioria do público que recebe cuidados domiciliares pela AB são idosos com doenças crônicas, destacando-se as mulheres.

Isso pode ser explicado pela mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, a diminuição da fertilidade e o aumento da expectativa de vida, que aliado ao aumento das doenças crônicas degenerativas, gerou uma maior demanda em saúde. O envelhecimento humano, acompanhado da vulnerabilidade, com maior dependência para as atividades diárias de vida e menor autonomia, colocam os idosos como a população que mais utiliza o SUS.<sup>5</sup>

As mulheres idosas, especialmente, foram consideradas usuárias de AD nos estudos analisados. Fato este que pode ser justificado, inicialmente, pela maioria da população brasileira acima de 60 anos ser feminina.<sup>22</sup> Isso denota que o envelhecimento feminino é acompanhado de um nível de dependência que gera necessidade de cuidados domiciliares profissionais.<sup>5</sup>

Diante do perfil dos usuários assistidos pela AD a nível de Atenção Primária à Saúde, faz-se necessário o questionamento de como são eleitos pelas equipes para receberem esse tipo de cuidado.

Os critérios de avaliação para a admissão na atenção domiciliar tipo 1 podem ser feitos segundo dois instrumentos unificados que verificam o perfil do idoso de modo multidimensional, estabelecidos de acordo com o Caderno de Atenção Básica “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” do Ministério da Saúde.<sup>23</sup> Trata-se da estratificação de risco, que utiliza-se dos seguintes itens: avaliação da autonomia e dependência para as atividades de vida diária básicas; avaliação da autonomia e dependência para atividades de vida diária instrumentais; mini exame do estado mental; avaliação do risco cardiovascular pelo escore de *Framingham*; presença de úlcera de pele; índice de massa corporal; presença de incontinência urinária; avaliação do humor por meio da escala de depressão geriátrica nos idosos e inventário de depressão de *Beck* nos adultos; e avaliação da funcionalidade familiar.<sup>24</sup> Com a identificação de risco do idoso e a classificação do nível de apoio que deverá receber é possível o gerenciamento do cuidado domiciliar, promovendo o acesso daqueles que mais benefícios podem ter com essa modalidade de atenção à saúde.<sup>24</sup>

Um estudo fez a elaboração de uma escala de risco familiar, para priorizar as visitas domiciliares, baseada na ficha do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) utilizada pelos agentes comunitários de saúde (ACS) na primeira visita domiciliar à família. Isso facilita o uso por toda a equipe, pois não é preciso criar outros instrumentos, bastando fazer a avaliação dessa ficha, especialmente em uma reunião com todos os profissionais.<sup>25</sup>

Na categoria “**Cuidados na Atenção domiciliar**”, foram escolhidos cinco artigos (A1, A2, A3, A7 e A8), os quais abordam sobre os tipos de cuidados ofertados na AD.

O A1 apresenta o cuidado à saúde a idosos frágeis por equipes de cuidado tais como equipe de apoio, de atenção domiciliar e atenção primária à saúde e uma equipe de geriatria como coordenadora e referência para as outras esferas assistenciais. Os programas apresentados focalizam a AD como potencializadora da redução do risco de internação e tempo de permanência hospitalar, em casa de repouso e com redução do declínio funcional e cognitivo.

O A2, ao abordar o manejo dos resíduos gerados pela assistência domiciliar, apresenta os procedimentos técnicos desenvolvidos pela equipe de enfermagem durante os cuidados na AD, como administração de medicamentos, hemoglicotestes, verificação de sinais vitais e curativos. O A3 traz os cuidados domiciliares paliativos pela equipe de AB e o potencial que esse nível de atenção tem na qualidade de vida dos usuários e suas famílias no final da vida. Já o A7 versa sobre o tipo de cuidado com prioridade na educação em saúde dos portadores de diabetes em acompanhamento domiciliar, com uso de folhetos e desenhos educativos, mas que são focalizados na doença e não na promoção da saúde.

O A8 traz o tipo de cuidado feito pelo ACS de identificação, orientação com saber empírico e acompanhamento de outros profissionais da equipe nas visitas domiciliares. E o cuidado realizado pelo enfermeiro, de investigação, de orientação com saber teórico e ação de acordo com isso, priorizando o desenvolvimento de procedimentos técnicos de enfermagem. Juntos, enfermeiro e ACS orientam os usuários sobre os cuidados com a saúde. No artigo A7 são enfatizados os cuidados na AD como um fortificador da educação em saúde, possibilitando alcançar os objetivos propostos mediante o planejamento da atenção, conforme com os recursos da família. O artigo A8 ressalta que o cuidado está voltado a procedimentos técnicos em detrimento de ações promocionais à saúde.

Os cuidados na AD mostraram-se sob duas perspectivas. Uma relacionada com ações de educação em saúde, um forte instrumento da AB na melhoria da qualidade de vida dos usuários do SUS, sendo o compromisso enquanto essência do processo de trabalho das equipes<sup>4</sup>. Na segunda, com execução de procedimentos técnicos, desenvolvidos especialmente pela equipe de enfermagem, próprios de cuidados primários à saúde e com boa adequação para serem realizados em domicílio, como verificação de sinais vitais, troca de curativos, hemoglicotestes, administração de medicamentos e capacitação de cuidadores para fazerem as atividades elementares de higiene, conforto e alimentação.<sup>5,9</sup>

Desse modo, verificou-se que o processo de cuidar na AD está relacionado à educação coerente e, por vezes, resolutiva, envolvida com os usuários na troca de informações, gerando, inclusive, novas formas de cuidar e de ser cuidado, desafiando a equipe de atenção básica à saúde na AD para a inovação tecnológica no SUS.<sup>4</sup>

Por outra perspectiva, os cuidados na AD ainda reproduzem o modelo intencional de redução da hospitalização e dos custos em saúde, sem, entretanto, viabilizar integralmente o acolhimento comunitário do usuário. Nessa ótica, a oferta de cuidados domiciliares, que sejam resolutivos, devem ser oportunos e de qualidade para a promoção da saúde, prevenção dos agravos e o tratamento ou reabilitação do usuário.<sup>26</sup>

Por definição na Portaria nº 963/2013<sup>8</sup>, os tipos de cuidados que a AB disponibiliza aos usuários do SUS em AD são aqueles de menor complexidade, com menor frequência, com menos recursos de saúde, de acordo com a capacidade da unidade de saúde a usuários com problemas controlados.<sup>8</sup>

Diante da complexidade do cuidar em saúde, faz-se necessário “conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar”<sup>27:1032</sup>. Nesse sentido, o cuidado em saúde tem a dimensão de oportunizar bem mais que a prevenção ao adoecimento e/ou reabilitação, contemplando a promoção de cidadania como uma forma de empoderar os sujeitos para os direitos sociais e as decisões informadas em saúde, sendo assim, os protagonistas das suas vidas.<sup>27</sup>

Na categoria “*Planejamento e organização da atenção domiciliar*”, foram agrupados seis artigos (A1, A3, A5, A6, A7 e A9) os quais aludem à forma como as equipes de AB se organizam para ofertar a AD.

O A1 apresenta a organização e planejamento da AD americana, do Programa *Guided Care*, onde o enfermeiro é o gestor de caso e o serviço de enfermagem divide-se em oito processos, avaliação geriátrica; desenvolvimento do plano de cuidado; monitoramento mensal do paciente; acompanhamento da transição do paciente entre as instâncias do cuidado; coordenação para que todos os pacientes recebam cuidados; incentivo à autogestão; orientação e suporte para o cuidado familiar; e facilitação de acesso apropriado aos recursos comunitários.

O A3 enfatiza o perfil da AB como potencializadora da AD para idosos em cuidados paliativos, com adequação do tempo de visita domiciliar, que seja capaz de diminuir o abandono e o sofrimento do usuário e da família, oferecendo condições para garantir o conforto e a proteção nessa etapa da vida.

Para o A5, a AD é feita pela AB com foco na doença, no sujeito individual, no cuidado curativo e no não desenvolvimento de ações intersetoriais. Contudo, há um cuidado humanizado, a busca pela resolutividade logo no primeiro contato, atenção

contínua e longitudinal no território definido. Porém, não existe uma rotina no desenvolvimento do cuidado domiciliar à família, o que contribui para a falta de planejamento da equipe e insegurança dos usuários quanto ao comparecimento dos trabalhadores no domicílio para a continuidade desse tipo de cuidado. A explicação para isso deu-se pela demanda excessiva de atendimentos dentro da unidade de saúde.

O A6 apresenta o domicílio como prática de cuidado, onde se planeja e desenvolve ações de modo ampliado, incluindo o contexto biológico e social, em uma perspectiva longitudinal de atenção. O A7 traz o quantitativo de tempo de cuidado domiciliar em 60 minutos, para viabilizar a estrutura progressiva da visita, da qual foram oferecidas e discutidas informações sobre diabetes com a finalidade de oportunizar o tratamento adequado dos usuários. Este gerenciamento do tempo impacta na organização da AD pelas equipes, pois precisam conciliar com as outras demandas de atendimento dentro da unidade de saúde. A medição do tempo faz com que a equipe possa dimensionar as ações durante a AD, construindo a adequação para contemplar as necessidades em saúde do usuário e sua família.

No A9, há a avaliação do contexto social e familiar dos usuários atendidos em domicílio, o grau de dependência para as atividades diárias, o risco de úlcera por pressão e anamnese clínica, que podem subsidiar a gestão da AD no âmbito das RAS.

As equipes realizam o cuidado domiciliar de modo empírico, destituído de uma análise aprofundada que as permita organizar sistematicamente essa atividade, tanto na admissão de usuários para a AD quanto no planejamento cotidiano da equipe. Além disso, a AD feita pela AB é prejudicada pela excessiva demanda de atendimentos dentro da unidade de saúde, que por vezes, não permite a saída dos profissionais para os domicílios dos usuários.

Os artigos analisados mostram o planejamento e organização da AD pelas equipes de atenção primária à saúde como algo ainda não executado de forma estratégica, como idealmente concebida em estudos sobre essa temática.<sup>28, 29</sup>

Isso representa certo grau de fragilidade das equipes, pois não aplicam o planejamento como rotina para exercerem a AD. O planejamento e organização do cuidado domiciliar pelas equipes de AB devem ser feitos com um método que contemple os atributos de flexibilidade, permitindo revisões e adequações a

qualquer momento; de ser baseado em diagnósticos situacionais reais, elaborados pela equipe e aceito pela comunidade onde estão inseridos.<sup>29</sup>

A implantação e a manutenção da AD pelas equipes de AB demandam planejamento, considerando as finalidades e objetivos, elegibilidade e classificação dos usuários, programação das ações e fluxos dos serviços e articulações na rede. É importante que as equipes tenham a competência para gerenciar os casos de maior risco, viabilizar a atenção integral, dimensionar o atendimento em tempo oportuno e com qualidade, controlando e avaliando a evolução clínica dos usuários sob os cuidados, o contexto social e a dinâmica familiar.<sup>26</sup>

Na categoria “*Profissionais da equipe que atuam na atenção domiciliar*”, incluiu-se oito artigos (A1, A2, A3, A6, A7, A8, A10 e A11), os quais mencionam os profissionais que fazem a AD.

Destes, o A1 engloba os profissionais enfermeiros, equipe de enfermagem, médicos e assistentes sociais. O A2 traz a equipe de enfermagem como os profissionais da equipe de AB que realizam procedimentos técnicos no domicílio, produzindo resíduos que devem ser devidamente gerenciados, principalmente curativos, administração de medicamentos e hemogluco testes. O A3 apresenta o médico e a equipe de enfermagem como os profissionais da equipe de AB que oferecem a AD aos idosos em cuidados paliativos.

Os artigos A6 e A7 trazem o enfermeiro como membro da equipe que realiza a AD. Esse profissional está à frente da organização do cuidado e da execução da AD. Já o A8 traz a AD feita por ACS e enfermeiros.

O A10 apresenta os profissionais da equipe do Programa Médico de Família de Niterói/RJ: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS e o A11 traz a equipe de enfermagem como os profissionais que atuam na AD.

A análise dos artigos selecionados nesse estudo apontou que maioria deles, sete dos onze artigos, evidenciou a equipe de enfermagem e os enfermeiros, em especial, como membros da equipe de AB que realizam o cuidado domiciliar e as categorias profissionais de médicos e ACS foram citadas em três e dois artigos, respectivamente.

Segundo a PNAB<sup>4</sup>, é atribuição comum a todos os profissionais da equipe realizar o cuidado no domicílio, quando necessário e/ou indicado de acordo com a avaliação da equipe. Especificamente, cabe ao ACS acompanhar, por meio de

visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos da sua microárea definida. Isso faz com que o cenário do trabalho desse profissional seja o domicílio.

Contudo, nos artigos científicos estudados, a figura do ACS apareceu em apenas dois deles, o que pode-se inferir que não houve investimento dos pesquisadores em verificar a participação dos ACS no cuidado domiciliar, embora essa categoria profissional esteja inserida diretamente nos domicílios dos usuários.

Todos os profissionais da equipe de AB devem participar ativamente da AD e em conjunto com a família, usuário e comunidade.<sup>8</sup> Porém, a organização do processo de trabalho das equipes, de acordo com a definição do nível de apoio que o usuário e sua família precisam receber, pode contribuir para dimensionar a frequência da categoria profissional que realizará a AD. Para isso, usam-se os critérios de avaliação da complexidade do usuário, contemplando alterações fisiológicas, psicológicas e sociológicas. Assim, quanto maior a demanda em saúde, maior será a frequência da AD realizada pela equipe de enfermagem e médico, considerando que o ACS faz acompanhamento mensal da família, independente das variáveis de complexidade.<sup>9,26</sup>

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pela análise realizada, verificou-se que o cuidado domiciliar realizado pelas equipes de AB não é organizado e planejado no cotidiano. Isso demonstra a fragilidade que a AD tem nas equipes de AB estudadas, pois a execução dessa prática de cuidado ainda não está contemplada de modo ordenado na agenda dos profissionais.

Quanto aos usuários da AD feita pela AB, os idosos foram os mais citados, o que confirma o envelhecimento da população brasileira aliado ao adoecimento, com dependência, inclusive dos cuidados ofertados pelo SUS. Acrescenta-se a população feminina desse público, pois a maioria dos usuários idosos em AD são mulheres. Contudo, na produção científica nacional estudada, a seleção dos usuários para a AD não é realizada com critérios pré-estabelecidos pela equipe de AB e de acordo com o preconizado pela PNAB<sup>4</sup> e pela Portaria nº 963/2013<sup>8</sup>, que trata da AD no SUS, mas sim, com base na experiência profissional e da comunidade e na observação contextual.



Os profissionais da AB que mais atuam na AD, conforme os dados dos artigos analisados, pertencem à equipe de enfermagem, com destaque para os enfermeiros. Estes trabalhadores estão vinculados aos usuários do SUS e suas famílias e próximos de seus contextos sociais, já por características históricas da enfermagem e seu processo de trabalho humanizado. De outro modo, essa situação coloca os ACS, essencialmente visitantes domiciliares, à margem dos estudos científicos focalizados no cuidado domiciliar.

Considera-se que é necessário incluir, nas práticas das equipes de AB, ações de planejamento e gerenciamento da AD, como uma forma de qualificar a atenção à saúde dos usuários, dimensionar os profissionais, validar cuidados em AD e melhorar a saúde dos usuários em AD no SUS.

## REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [internet] 1988 [acesso em 2015 out 2015]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm).
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [internet] 1988 [acesso em 2015 out 03]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm).
- 3 Brasil. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [internet] 2006 [acesso em 2015 out 11]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648\\_28\\_03\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html).
4. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. [internet] 2012 [acesso em 2015 out 03]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Organização Pan-Americana da Saúde. [internet] 2014 [acesso em 2015 out 08]. Disponível em: [http://apsredes.org/site2013/wp-content/uploads/2014/12/WEB\\_ATENCAO\\_DOMICILIAR.pdf](http://apsredes.org/site2013/wp-content/uploads/2014/12/WEB_ATENCAO_DOMICILIAR.pdf).

6. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. [internet] 2006 [acesso em 2015 out 03]. Disponível em: <http://crn3.org.br/wp-content/uploads/2015/09/RES-RDC11-2006.pdf>.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [internet] 2011 [acesso em 2015 out 03]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029\\_24\\_08\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html).

8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [internet] 2013 [acesso em 2015 out 03]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html).

9. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. [internet] 2013 [acesso em 2015 out 04]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_domiciliar\\_melhor\\_casa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf).

10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.

11. Veras RP, Caldas CP, Motta LB, Lima KC, Siqueira RC, Rodrigues RTSV, et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idoso frágeis. Rev.Saúde Pública. [internet] 2014 [acesso em 2015 ago 25]; 48 (2):

357-365. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0357.pdf> doi:10.1590/S0034-8910.2014048004941.

12. Alves SB, Souza ACS, Tipple AFV, Rezende KCD, Rezende FR, Rodrigues EG. Manejo de resíduos gerados na assistência domiciliar pela Estratégia de Saúde da Família. Rev Bras Enferm. [internet] 2012 jan-fev [acesso em 2015 ago 25]; 65 (1): 128-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/19.pdf> doi: 10.1590/S0034-71672012000100019.

13. Floriani CA, Schramm FR. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. Cad. Saúde Pública. [internet] 2007 set [acesso em 2015 ago 25]; 23 (9): 2072-2080. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/08.pdf> doi: 10.1590/S0102-311X2007000900015.

14. Gaspar JC, Oliveira MAC, Duayer MFF. Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo. Rev Esc Enferm USP. [internet] 2007 [acesso em 2015 ago 25]; 41 (4): 619-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/11.pdf> doi: 10.1590/S0080-62342007000400012.

15. Kerber NLPC, Kirchhof ALC, Cezar-Vazmr MR. Atenção domiciliária e direito à saúde: uma experiência na rede pública brasileira. Acta Paul Enferm. [internet] 2010 [acesso em 2015 ago 25]; 23 (2): 244-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/15.pdf> doi: 10.1590/S0103-21002010000200015.

16. AcioliS, Kebian LVA, Faria MGA, Ferraccioli P, Correa VAF. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. Rev enferm UERJ. [internet] 2014 set-out [acesso em 2015 ago 25]; 22 (5): 637-42. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a09.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2014.15665>.

17. Torres HC, Roque C, Nunes C. Visita Domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. Rev. enferm. UERJ. [internet] 2011 jan-mar [acesso em 2015 ago 25]; 19 (1): 89-93. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a15.pdf>.

18. Kebian LVA, Acioli S. Visita Domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde. Rev. enferm. UERJ. [internet] 2011 jul-set [acesso em 2015 ago 25]; 19 (3): 403-9. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a11.pdf>.

19. Pires MRGM, Duarte EC, Göttermes LBD, Figueiredo NVF, Spagnol CA. Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. Rev Esc Enferm USP. [internet] 2013 [acesso em 2015 ago 25]; 47 (3): 648-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00648.pdf> doi: 10.1590/S0080-623420130000300018.

20. Santos SAS, Souza ÂC, Abrahão AL, Marques D. A visita domiciliar como prática de acolhimento no Programa Médico de Família/Niterói. R. pesq.: cuid. fundam. Online. [internet] 2013 br-un [acesso em 2015 ago 25]; 5 (2): 3698-05. Disponível em:

[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2002/pdf\\_759](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2002/pdf_759) doi: 10.9789/2175-5361.2013v5n2p3698.

21. Lagana MTC, Malveira FAS, Melo JKF, Silva RTS, Carvalho RF, Cabral AMF. Estratégia de inovação no ensino de enfermagem na atenção domiciliar a idosas. R. pesq.: cuid. fundam. online. [internet] 2013 jul-set [acesso em 2015 ago 25]; 5 (3): 293-303. Disponível em:

[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2045/pdf\\_871](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2045/pdf_871) doi: 10.9789/2175-5361.2013v5n3p293.

22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Rio de Janeiro; 2010 [acesso em 2015 out 10]. Disponível em: [http://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_piramide.php](http://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php).

23. Ministério da Saúde (BR). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos da Atenção Básica - nº 19 Série A. Normas e Manuais Técnicos. [internet] 2006 [acesso em 2015 set 10]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad19.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf).
24. Savassi LCM, Carvalho HRO, Mariano FM, Lamberti CA, Mendonça MF, Yamana GF, et al. Proposta de um protocolo de classificação de risco para atendimento domiciliar individual na atenção primária à saúde. J Mang Prim Health Care. [internet] 2012 [acesso em 2015 set 12]; 3(2):151-157. Disponível em: <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/56/50>.
25. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. Rev. Bras. de Med. de Fam. e Comun. [internet] 2004 [acesso em 2015 out 06]; 1(2):19-26. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2145.pdf>.
26. UNA-SUS/UFMA. Livro Multimídia do curso de Aperfeiçoamento em Atenção Domiciliar. [internet] 2015 [acesso em 2015 out 23]. Disponível em: <https://moodle.ufma.unasus.gov.br/course/view.php?id=26>.
27. Pires MRGM. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. Ciênc. saúde coletiva [online]. [internet] 2005 [acesso em 2015 out 28]; 10 (4):1025-1035. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a25v10n4.pdf>.
28. Kuschnir RC, Chorny AH, Lira AML . Gestão dos sistemas e serviços de saúde. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; Brasília (DF): CAPES: UAB, 2010.
29. Dagnino R P. Planejamento estratégico governamental. Florianópolis: Departamento Ciências da Administração / UFSC; Brasília (DF): CAPES: UAB, 2009.

**Apêndice A** – Quadro com Síntese dos estudos incluídos na revisão narrativa. LILACS, BDNF–Enfermagem, MEDLINE e Coleciona SUS, de 2007 a 2014.

Título do Artigo	Abordagem metodológica	Participantes	Cenário	Região	Ano
A1 Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis <sup>11</sup>	Pesquisa bibliográfica descritiva	Artigos científicos que contemplaram modelos assistenciais para idosos frágeis	Modelos assistenciais do Canadá e EUA	—	2014
A2 Manejo de resíduos gerados na assistência domiciliar pela Estratégia de Saúde da Família <sup>12</sup>	Pesquisa com abordagem quantitativa	Profissionais da Atenção Básica	Goiânia (GO)	Centro-Oeste	2012
A3 Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica <sup>13</sup>	Reflexão	Usuários de cuidados paliativos	—	—	2007
A4 Perfil dos pacientes com	Estudo epidemiológico	Usuários de Unidades de	São Paulo	Sudeste	2007

perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo <sup>14</sup>	não-experimental transversal e descritivo	Saúde da Família			
A5 Atenção domiciliária e direito à saúde: uma experiência na rede pública brasileira <sup>15</sup>	Estudo de caso	Usuários, trabalhadores, gestores e representantes do Conselho Local de Saúde	Porto Alegre	Sul	2010
A6 Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na Atenção Básica <sup>16</sup>	Estudo qualitativo descritivo	Enfermeiros	Rio de Janeiro	Sudeste	2014
A7 Visita domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na Atenção Básica <sup>17</sup>	Estudo descritivo	Usuários diabéticos	Belo Horizonte	Sudeste	2011
A8 Visita domiciliar: espaço de práticas de	Abordagem Qualitativa	Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde	Rio de Janeiro	Sudeste	2011

cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde <sup>18</sup>					
A9 Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS <sup>19</sup>	Estudo transversal com uma etapa descritiva e outra analítica	Usuários acima de 60 anos em AD	Belo Horizonte	Sudeste	2013
A10 A visita domiciliar como prática de acolhimento no programa médico de família <sup>20</sup>	Pesquisa exploratória com abordagem qualitativa,	Trabalhadores da equipe do programa médico de família.	Niterói	Sudeste	2013
A11 Estratégia de inovação no ensino de enfermagem na atenção domiciliar a idosas <sup>21</sup>	Relato de experiência	Duas idosas e suas cuidadoras	Natal	Nordeste	2013

**Quadro 1-** Síntese dos estudos incluídos na revisão narrativa. LILACS, BDNF–Enfermagem, MEDLINE e Coleciona SUS, de 2007 a 2014.

## **Anexo A – Diretrizes para autores da Revista de Enfermagem da UFSM**



## REVISTA DE ENFERMAGEM DA UFSM

### DIRETRIZES PARA AUTORES

Atualizadas em julho de 2012

### INFORMAÇÕES GERAIS

- Os artigos para publicação devem ser enviados **exclusivamente** à Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-REUFMSM, não sendo permitida a apresentação simultânea a outro periódico, quer na íntegra ou parcialmente.
- Os manuscritos poderão ser encaminhados em português, espanhol ou inglês.
- Na REUFMSM podem ser publicados artigos escritos por especialistas de outras áreas, desde que o tema seja de interesse para a área de Enfermagem.
- A submissão dos artigos é **on-line** no site: [http:// www.ufsm.br/reufsm](http://www.ufsm.br/reufsm)
- Todos os autores deverão ser cadastrados na página da REUFMSM e não serão cobradas taxas para a submissão de artigos, sendo que, uma vez submetido o artigo, a autoria não poderá ser modificada.
- O encaminhamento do manuscrito, anexos e o preenchimento de todos os dados, são de inteira responsabilidade dos autores que estão submetendo o manuscrito.
- Também são de exclusiva responsabilidade dos autores, as opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão e procedência das citações, não refletindo necessariamente a posição/opinião do Conselho Diretor e Conselho Editorial da REUFMSM.
- A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, ao direito de solicitar a revisão de português aos autores.

### METADADOS

Nome completo de TODOS os autores (**no máximo 6 por artigo**), por extenso, como os demais dados, resumo da biografia (afiliação completa e credenciais), categoria profissional, maior título universitário, nome do departamento e instituição de origem, endereço eletrônico, cidade, estado e país devem ser completados no momento da submissão e informados **apenas nos metadados**.

Portanto, no manuscrito submetido em "doc" deve conter apenas o trabalho científico e não apresentar os nomes ou qualquer outra forma que identifique os autores.

## **AGRADECIMENTOS**

- Os agradecimentos por ajuda financeira, assistência técnica e outros auxílios para a execução do trabalho não deverão ser mencionados no momento da submissão.
- Quando do aceite do trabalho, os autores serão orientados sobre a forma de proceder para realizar a sua inserção.

## **DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA**

- Os autores dos trabalhos encaminhados para avaliação deverão assinalar sua concordância com a "**Declaração de Direito Autoral**" do CREATIVE COMMONS, o qual consta no **Passo 1 da Submissão**. Ao clicar no ícone do CREATIVE COMMONS (This obra is licensed under a Creative Commons Atribuição-Usos Não-Comerciais-Não a obras derivadas 3.0 Unported License) será aberta uma página que contém (em vários idiomas, inclusive o português) as condições da atribuição, uso não-comercial, vedada a criação de obras derivadas.
- Os manuscritos resultantes de estudos que envolvem **seres humanos** deverão indicar os procedimentos adotados para atender o constante da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e indicar o número do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa e a data da aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Para os artigos oriundos de outros países os procedimentos adotados serão os constantes na Declaração de Helsink (1975 e revisada em 1983). A carta de aprovação do CEP (**digitalizada e em pdf**) deverá ser anexada no momento da submissão no **Passo "4 - Transferência de Documentos Suplementares"**.

- **Conflitos de interesses** podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que não são completamente aparentes, mas que podem influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, político, acadêmico ou financeiro. Quando os autores submetem um manuscrito, seja um artigo ou carta, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos que possam influenciar seu trabalho.

## PROCESSO DE JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS

- Para publicação, além do atendimento às normas, serão considerados: atualidade, originalidade e relevância do tema, consistência científica e respeito às normas éticas.

- Os artigos enviados serão primeiramente analisados pela Comissão de Editoração em relação à adequação à linha editorial e às normas da revista, podendo, inclusive, apresentar sugestões aos autores para alterações que julgarem necessárias, por meio de um *checklist*. Nesse caso, o referido artigo será reavaliado. A decisão desta análise será comunicada aos autores. Posteriormente, a avaliação do artigo é realizada por dois consultores, membros do Conselho Editorial ou *Ad-Hoc*, convidados pela Comissão de Editoração. Os pareceres são apreciados por essa comissão que emite o parecer final, ou no caso de divergência entre os pareceres, solicita um terceiro parecer.

- O Conselho Diretor assegura o anonimato dos autores no processo de avaliação por pares, bem como o anonimato dos avaliadores e sigilo quanto à participação, o que lhes garante liberdade para julgamento.

- Os pareceres dos avaliadores serão disponibilizados on-line para o autor responsável pela submissão que terá o **prazo de 15 (quinze) dias para atender as solicitações**. Caso contrário, o manuscrito será ARQUIVADO, após envio de comunicado para todos os autores, por entender-se que não houve interesse em atender a solicitação para ajustes. Porém, se houver interesse ainda em publicá-lo, o artigo deverá ser submetido novamente, sendo iniciado novo processo de julgamento por pares. Os autores deverão manter seus e-mails atualizados para receber todas as comunicações.

- O autor, identificando a necessidade de solicitar uma **errata**, deverá enviá-la à Revista no prazo máximo de 15 dias após a publicação do artigo, e ficará a critério da Revista a decisão sobre sua relevância e possível divulgação.

## **CATEGORIAS DE MANUSCRITOS**

**Editorial:** de responsabilidade do Conselho Diretor da Revista, que poderá convidar autoridades para escrevê-lo. Limite máximo de duas páginas.

**Artigos originais:** são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica, original, inédita e concluída. Limite máximo de 20 páginas. No mínimo 10 e no máximo 25 referências.

**Artigos de revisão:** compreende avaliação crítica, sistematizada da literatura sobre temas específicos. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e conclusões. Limite máximo de 15 páginas. Sem limite de referências.

**Relato de experiência:** relatos de experiências acadêmicas, profissionais, assistenciais, de extensão, de pesquisa, entre outras, relevantes para a área da saúde. Limite máximo de 15 páginas. No mínimo 10 e no máximo 25 referências.

**Artigos de reflexão:** formulações discursivas de efeito teorizante com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto. Matéria de caráter opinativo ou análise de questões que possam contribuir para o aprofundamento de temas relacionados à área da saúde e de enfermagem. Limite máximo de 15 páginas. No mínimo 10 e no máximo 25 referências.

**Resenhas:** espaço destinado à síntese ou análise crítica de obras recentemente publicadas (últimos 12 meses). Não devem exceder a três páginas no total da análise. Deve apresentar referência conforme o estilo "Vancouver", da obra analisada.

**Nota prévia:** notas prévias de pesquisa, contendo dados inéditos e relevantes para a enfermagem. Espaço destinado à síntese de Dissertação ou Tese em processo final de elaboração. Deverá conter todas as etapas do estudo, seguindo as mesmas normas exigidas para artigos originais. Limite máximo de três páginas.

**Cartas ao editor:** correspondência dirigida ao editor sobre manuscrito publicado na Revista no último ano ou relato de pesquisas ou achados significativos para a Enfermagem ou áreas afins e poderão ser enviadas contendo comentários e reflexões a respeito desse material publicado. Serão publicadas a critério da Comissão Editorial. Limite máximo de uma página.

**Biografia:** constitui-se na história de vida de pessoa que tenha contribuído com a Enfermagem ou áreas afins. Deve conter introdução, desenvolvimento e conclusão; e evidenciar o processo de coleta de dados que permitiu a construção biográfica. Limite máximo de 10 páginas.

## **PREPARO DOS MANUSCRITOS**

Os trabalhos devem ser encaminhados em documento Microsoft Word 97-2003, fonte Trebuchet MS 12, espaçamento duplo em todo o texto, com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 (210 x 297 mm) e com as quatro margens de 2,5 cm. Redigidos de acordo com o Estilo Vancouver, norma elaborada pelo ICMJE (<http://www.icmje.org>).

## **QUANTO À REDAÇÃO**

Redação objetiva, mantendo linguagem adequada ao estudo, bem como ressaltando a terminologia científica condizente. Recomenda-se que o(s) autor(es) busque(m) assessoria linguística profissional (revisores ou tradutores certificados nos idiomas português, inglês e espanhol) antes de submeter(em) os manuscritos que possam conter incorreções ou inadequações morfológicas, sintáticas, idiomáticas ou de estilo. Devem ainda **evitar o uso da primeira pessoa do singular** "meu estudo...", ou da primeira pessoa do plural "percebemos...", pois em texto científico o discurso deve ser impessoal, sem juízo de valor. Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração.

## **ESTRUTURA DO MANUSCRITO**

### **TÍTULOS**

**Título do artigo** (inédito, conciso em até 15 palavras, porém informativo, excluindo localização geográfica da pesquisa e abreviações) nos idiomas português (Título),

inglês (Title) e espanhol (Título). Em caso do manuscrito ter origem em tese, dissertação, ou disciplina de programa de pós-graduação, deverá conter asterisco (\*) ao final do título e a respectiva informação em nota de rodapé na primeira página. Essa indicação deverá ser informada **somente na última versão** do manuscrito, evitando a identificação da autoria.

**Título de seção primária e resumo** - maiúsculas e negrito. Ex.: TÍTULO; RESUMO; RESULTADOS.

O abstract e resumen em maiúsculas, negrito e itálico. Ex.: *ABSTRACT; RESUMEN*.

**Título de seção secundária** - minúsculas e negritas. Princípios do cuidado de enfermagem (seção secundária). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto.

## RESUMO

Conciso, em até 150 palavras nos três idiomas, elaborado em parágrafo único, acompanhado de sua versão para o Inglês (Abstract) e para o Espanhol (Resumen), começando pelo mesmo idioma do trabalho. Deve ser estruturado separado nos itens: objetivo, método, resultados e considerações finais ou conclusões (todos em negrito). Deverão ser considerados os novos e mais importantes aspectos do estudo que destaquem o avanço do conhecimento na Enfermagem.

## DESCRITORES

Abaixo do resumo incluir 3 a 5 descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://decs.bvs.br>) ou Medical Subject Headings – MESH (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>). Cada descritor utilizado será apresentado com a **primeira letra maiúscula**, sendo **separados por ponto e vírgula(;)** .

**Não usar** os termos: Palavras-chave, Keywords e Palabras-clave.

**Usar:** Descritores, Descriptors e Descriptores, respectivamente em português, inglês e espanhol.

## INTRODUÇÃO

Deve ser breve, apresentar a questão norteadora, justificativa, revisão da literatura (pertinente e relevante) e objetivos coerentes com a proposta do estudo.

## **MÉTODO**

Indicar os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção, os quais devem ser descritos de forma objetiva e completa. Inserir o número do protocolo e data de aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa. Deve também referir que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados devem ser descritos em sequência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. A discussão, que pode ser redigida junto com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura e a interpretação dos autores. Quanto à literatura, sugere-se a utilização de referências majoritariamente de artigos e atualizadas (dos últimos cinco anos) e sugere-se, ainda, utilizar artigos publicados na REUFMS.

## **CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As conclusões ou considerações finais devem destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para novas pesquisas.

## **CITAÇÕES**

Utilizar sistema numérico para identificar as obras citadas. Representá-las no texto com os números correspondentes **sem parênteses e sobrescritos, após o ponto, sem espaço** e sem mencionar o nome dos autores.

**Citação sequencial** - separar os números por hífen. Ex.: Pesquisas evidenciam que... 1-4

**Citações intercaladas** - devem ser separadas por vírgula. Ex.: Autores referem que... 1,4,5

**Transcrição de palavras, frases ou parágrafo com palavras do autor (citação direta)** - devem ser utilizadas aspas na sequência do texto, até três linhas (sem itálico) e referência correspondente conforme exemplo: <sup>13:4</sup> (autor e página); com mais de três linhas, usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 12 e espaço duplo entre linhas (sem aspas e sem itálico), seguindo a indicação do número correspondente ao autor e à página, em sobrescrito. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes "[...]" Recomenda-se a utilização criteriosa deste recurso. Ex.: "[...] quando impossibilitado de se autocuidar".<sup>5:27</sup>

**Depoimentos:** na transliteração de comentários ou de respostas, seguir as mesmas regras das citações, porém em itálico, com o código que representar cada depoente entre parênteses e após o ponto. As intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

## ILUSTRAÇÕES

Poderão ser incluídas até cinco (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco ou colorido, conforme as especificações a seguir:

**Tabelas** - devem ser elaboradas para reprodução direta pelo editor de layout, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto, conteúdo em fonte 12 com a primeira letra em maiúscula, apresentadas em tamanho máximo de 14 x 21 cm (padrão da revista) e comprimento não deve exceder 55 linhas, incluindo título. Não usar linhas horizontais ou verticais internas. Empregar em cada coluna um título curto ou abreviado. Colocar material explicativo em notas abaixo da tabela, não no título. Explicar em notas todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela. Em caso de usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo.

**Figuras** (fotografias, desenhos, gráficos e quadros) – devem ser elaboradas para reprodução pelo editor de layout de acordo com o formato da REUFMS, inseridos no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte inferior e sem grifo, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que



foram citadas no texto. As figuras devem ser elaboradas no programa Word ou Excel e não serem convertidas em figura do tipo JPEG, BMP, GIF, etc.

**Símbolos, abreviaturas e siglas** - usar somente abreviaturas padronizadas. A não ser no caso das unidades de medida padrão, todos os termos abreviados devem ser escritos por extenso, seguidos de sua abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecem no texto, mesmo que já tenha sido informado no resumo.

- Deve ser **evitada a apresentação** de apêndices (elaborados pelos autores) e anexos (apenas incluídos, sem intervenção dos autores).

- Utilizar itálico para **palavras estrangeiras**.

## REFERÊNCIAS

A REUFMS adota os "Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. Estilo Vancouver, disponível no site: <http://www.icmje.org> ou <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida em português).

Na lista de referências, as referências devem ser **numeradas consecutivamente**, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Portanto, devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o **Estilo Vancouver**.

**Referencia-se o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto.**

- Quando o documento possui de um até seis autores, citar todos os autores, separados por vírgula. Quando possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros autores seguidos da expressão latina "*et al*".

- Os **títulos de periódicos** devem ser referidos abreviados, de acordo com o *Index Medicus*: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>.

Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.

- Com relação à **abreviatura dos meses dos periódicos** - em inglês e alemão, abrevia-se os meses iniciando por maiúsculas; em português, espanhol, francês e italiano, em minúsculas. Ambos serão sem ponto como recomenda o Estilo *Vancouver*.

- Alguns periódicos, como no caso da REUFMS, só possuem publicação online, sendo necessário que sua referência seja sempre organizada conforme exemplo de "**Artigo de revista em formato eletrônico**".

#### **EXEMPLOS:**

- 1 Artigo Padrão**  
Costa MCS, Rossi LA, Lopes LM, Cioffi CL. Significados de qualidade de vida: análise interpretativa baseada na experiência de pessoas em processo de reabilitação de queimaduras. Rev Latinoam Enferm. 2008;16(2):252-9.
- 2 Com mais de seis autores**  
Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, Andrade RLP, Scatena LM, Palha PF, et al . O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). Acta Paul enferm. 2010;23(1):131-5.
- 3 Instituição como autor**  
Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis: recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). MMWR. 1990;39(RR-21):1-27.
- 4 Múltiplas instituições como autor**  
Guidelines of the American College of Cardiology; American Heart Association 2007 for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. Part VII. Kardiologija. 2008;48(10):74-96. Russian.
- 5 Artigo de autoria pessoal e organizacional** - Franks PW, Jablonski KA, Delahanty LM, McAteer JB, Kahn SE, Knowler WC. Diabetes Prevention Program Research Group. Assessing gene-treatment interactions at the FTO and INSIG2 loci on obesity-related traits in the Diabetes Prevention Program. Diabetologia. 2008;51(12):2214-23. Epub 2008 Oct 7.

**6 Sem indicação de autoria**

Best practice for managing patients' postoperative pain. Nurs Times. 2005;101(11):34-7.

**7 Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar (Jr, 2nd, 3rd, 4th...)**

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. J Neurosurg. 2005;102(3):489-94.

Infram JJ 3rd. Speaking of good health. Tenn Med. 2005 Feb;98(2):53.

Obs.: Se brasileiros, o grau de parentesco deve ser acrescentado logo após o sobrenome. Ex.: Amato Neto V.

**8 Artigo com indicação de subtítulo**

Vargas, D; Oliveira, MAF de; Luís, MAV. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária à saúde: percepções e condutas do enfermeiro. Acta Paul. Enferm. 2010;23(1):73-79.

**9 Volume com suplemento**

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20 Supl 2:190-8.

**10 Fascículo com suplemento**

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

**11 Volume em parte**

**Jiang Y, Jiang J, Xiong J, Cao J, Li N, Li G, et al.** Retraction: Homocysteine-induced extracellular superoxide dismutase and its epigenetic mechanisms in monocytes. J Exp Biol. 2008;211(Pt 23):3764.

**12 Fascículo em parte**

**Rilling WS, Drooz A.** Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. J Vasc Interv Radiol. 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

**13** **Fascículo** **sem** **volume**  
 Ribeiro LS. Uma visão sobre o tratamento dos doentes no sistema público de saúde. Rev USP. 1999;(43):55-9.

**14** **Sem** **volume** **e** **sem** **fascículo**  
 Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. HRSA Careaction. 2002 Jun:1-6.

**15** **Artigo com categoria indicada (revisão, abstract etc.)**  
 Silva EP, Sudigursky D. Conceptions about palliative care: literature review. Concepciones sobre cuidados paliativos: revisión bibliográfica [revisão]. Acta paul enferm. 2008;21(3):504-8.

**16** **Artigo com paginação indicada por algarismos romanos**  
 Stanhope M, Turner LM, Riley P. Vulnerable populations [preface]. Nurs Clin North Am. 2008;43(3):xiii-xvi.

**17 Artigo contendo retratação**

Duncan CP, Dealey C. Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. Br J Nurs. 2007;16(1):34-8. Retratação de: Bailey A. Br J Nurs. 2007;16(15):915.

**18** **Artigos com erratas publicadas**  
 Pereira EG, Soares CB, Campos SMS. Proposal to construct the operational base of the educative work process in collective health. Rev Latinoam Enferm. 2007 nov-dez;15(6):1072-9. Errata en: Rev Latinoam Enferm. 2008;16(1):163.

**19 Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (ahead of print)**  
 Ribeiro AM, Guimarães MJ, Lima MC, Sarinho SW, Coutinho SB. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Rev Saúde Pública. 2009;43(1). Epub 13 fev 2009.

**20** **Artigo provido de DOI**  
 Barra DCC, Dal Sasso GTM. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da cipe 1.0®. Texto Contexto Enferm. [internet] 2010 Mar [acesso em 2010 Jul 1];19(1): 54-63. Disponível

em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072010000100006&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100006&lng=pt) doi: 10.1590/S0104-07072010000100006.

**21 Artigo no prelo (In press)**

Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. J Bras Pneumol. No prelo 2009.

J Bras Pneumol.

**Livros e outras monografias**

**1 Indivíduo como autor**

Waldow, VR. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006.

**2 Organizador, editor, coordenador como autor**

Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. 3ª ed. São Paulo: Ícone; 2005.

**3 Instituição como autor e publicador**

Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

**4 Capítulo de livro**

Batista LE. Entre o biológico e o social: homens, masculinidade e saúde reprodutiva. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA, organizadoras. O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 209-22.

**5 Capítulo de livro, cujo autor é o mesmo da obra**

Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Gênese da profissionalização da enfermagem; p. 23-31.

**6 Livro com indicação de série**

Kleinman A. Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the

borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980. (Comparative studies of health systems and medical care; 3).

**7 Livro sem autor/editor responsável**  
HIV/AIDs resources: a nationwide directory. 10th ed. Longmont (CO): Guides for Living; c2004. 792 p.

**8 Livro com edição**  
Modlin IM, Sachs G. Acid related diseases: biology and treatment. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2004. 522 p.

**9 Livro com data de publicação/editora desconhecida e/ou estimada**  
Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos da Secretaria Geral (BR). Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: controle das doenças transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; [199?]. 96 p.

Hoobler S. Adventures in medicine: one doctor's life amid the great discoveries of 1940-1990. [place unknown]: S.W. Hoobler; 1991. 109 p.

**10 Livro de uma série com indicação de número**  
Malvárez, SM, Castrillón Agudelo, MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2005. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos HSR, 39).

**11 Livro publicado também em um periódico**  
Cardena E, Croyle K, editors. Acute reactions to trauma and psychotherapy: a multidisciplinary and international perspective. Binghamton (NY): Haworth Medical Press; 2005. 130 p. (Journal of Trauma & Dissociation; vol. 6, no. 2).

**12 Dicionários e obras de referência similares**  
Souza LCA, editor. Dicionário de administração de medicamentos na enfermagem 2005/2006: AME. 4ª ed. Rio de Janeiro: EPUB; 2004. Metadona; p. 556-7.

**13 Trabalho apresentado em evento**  
Peduzzi M. Laços, compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho na enfermagem. In: Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001 out. 9-14; Curitiba. Curitiba: ABEn-Seção-PR; 2002. p. 167-82.



[internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];(1):[24 screens]. Available from: <http://www.cdc.gov/incidod/EID/eid.htm>

**2 Matéria publicada em site web**  
 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2002. Rio de Janeiro; 2002 [acesso em 2006 jun. 12]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

### **3 CD-ROM e DVD**

Bradshaw S. The Millenium goals: dream or reality? [DVD]. London: TVE; C2004. 1 DVD: 27 min., sound, color, 4 3/4 in.

### **ORIENTAÇÕES GERAIS:**

\*As expressões contidas nas referências que determinam a edição e o tipo de material devem ser registradas na língua do artigo original. Por exemplo: 2ª ed., 2nd ed., [dissertation], [review].

\*Para os autores nacionais, o acesso ao documento eletrônico é registrado com a expressão entre colchetes [acesso em...], seguida da data de acesso em formato ano, mês e dia e o endereço eletrônico antecedido de "Disponível em:"

\* Para os autores estrangeiros, indica-se a seguinte estrutura [cited 2009 Feb 13] e o endereço eletrônico antecedido da expressão "Available from:"

\*As datas são sempre no formato ano, mês e dia, conforme o Estilo Vancouver.

### **Condições para submissão**

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao Editor".



2. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word (desde que não ultrapassem 2MB)
3. URLs para as referências foram informadas quando necessário e ativas.
4. O texto está em espaço duplo, em todo o manuscrito; usa a fonte Trebuchet MS de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento, como anexos.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista.
6. O artigo possui no máximo 6 autores.
7. A identificação de autoria do trabalho foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis em Assegurando a Avaliação Cega por Pares.

#### Declaração de Direito Autoral

This obra is licensed under a [Creative Commons Atribuição-Uso Não-Comercial-Não a obras derivadas 3.0 Unported License](#).

#### Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.