



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE**

ATENÇÃO PRIMÁRIA E DOENÇA FALCIFORME: PAPEL DO GESTOR

ARTIGO DE ESPECIALIZAÇÃO

Lívia Gelain Castilhos

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

ATENÇÃO PRIMÁRIA E DOENÇA FALCIFORME: PAPEL DO GESTOR

Livia Gelain Castilhos

Artigo de especialização apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/CESNORS - RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientadora: Prof. (Dra) Suzinara Beatriz Soares de Lima

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**



**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Educação Superior Norte
Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Monografia de Especialização

ATENÇÃO PRIMÁRIA E DOENÇA FALCIFORME: PAPEL DO GESTOR

elaborada por
Lívia Gelain Castilhos

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

COMISSÃO EXAMINADORA:

Dr^a. Suzinara Beatriz Soares de Lima
(Orientadora)

Prof. Ms. Fernanda Sarturi
(Examinador)

Prof. Ms. Neida Luiza Kaspary Pellenz
(Examinador)

Santa Maria, 07 de julho de 2014.

Atenção primária e doença falciforme: papel do gestor

Primary health care and sickle cell disease: manager's role

Lívia Gelain Castilhos¹, Suzinara Beatriz Soares de Lima²

¹ Farmacêutica. Doutoranda em Ciências Farmacêuticas na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil. Email: liviagelain@gmail.com.

² Enfermeira. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da UFSM-RS/Doutora em Enfermagem pela UFRJ/Brasil. Email: suzibslima@yahoo.com.br.

Resumo: As hemoglobinopatias constituem uma das principais e mais frequentes doenças genéticas que acometem os seres humanos, sendo a anemia falciforme uma doença de grande relevância no contexto da saúde pública no Brasil. Aspectos referentes à saúde pública são extraídos da realidade vivida pelos pacientes portadores da doença falciforme. Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar o papel do gestor na atenção primária à saúde da doença falciforme e na garantia da adesão ao tratamento. Foi realizada busca em diferentes bases eletrônicas de dados no período de maio de 2004 a maio de 2014. O gestor deve direcionar as atividades e os serviços públicos à efetividade do bem comum, da imparcialidade, da neutralidade, da transparência, da participação e da aproximação dos serviços públicos da população, com eficácia, desburocratização e com a busca da qualidade. O gestor público tem o papel de integrar sua equipe, exigindo eficiência e eficácia nos serviços.

Descritores: Gestão em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Anemia Falciforme, Terapêutica

Abstract: The hemoglobinopathies are the main and more frequent genetic disease that affect humans, being the sickle cell disease very relevant in the context of public health in Brazil. Aspects related to public health are extrated from reality experienced by patients with sickle cell disease. Thus, the aim of the study was to analyze the role of manager in primary health care of sickle cell disease and ensuring in the treatment compliance. This review article was performed in diferente electronic databases from May 2004 to May 2014. The manager should direct their activities and the public service to the effectiveness of good comum, impartiality, neutrality, transparency, participation and approach of public services to population with effectiveness, cutting red tape and pursuit for quality.

Descriptors: Health Management; Primary Health Care; Anemia, Sickle Cell; Therapeutics

INTRODUÇÃO

As hemoglobinopatias constituem uma das principais e mais frequentes doenças genéticas que acometem os seres humanos e, dentre elas, a anemia falciforme (AF) é a doença hereditária mais prevalente no Brasil. A mutação genética, responsável por esta patologia, surgiu há muitos séculos na África e, por isso, a doença é muito presente em nosso país, cuja população tem em sua base de constituição os povos africanos. ^{1,2}

De acordo com os dados do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), no Brasil, nascem cerca de 3.500 crianças por ano com doença falciforme (DF) ou 1/1.000 nascidos vivos e 200 mil portadores do traço falciforme, com tendência a atingir uma parcela cada vez mais significativa da população, devido ao alto grau de miscigenação em nosso país. A incidência de nascidos vivos diagnosticados com a doença falciforme no estado do Rio Grande do Sul é de 1:11.000, enquanto que a incidência de nascidos vivos diagnosticados com traço falciforme é de 1:65. ³

O termo doença falciforme engloba um grupo de anemias hemolíticas hereditárias que têm em comum a presença de hemoglobina “S” (HbS) nos eritrócitos. A HbS é uma variante da hemoglobina normal, a HbA, e originada devido a uma mutação genética que afeta uma das bases nitrogenadas do ácido desoxirribonucleico que compõe o gene que sintetiza a globina beta. ⁴

A anemia falciforme é considerada uma doença de elevada prevalência e grande relevância no contexto da saúde pública no Brasil. Seu diagnóstico precoce possibilita o início da educação em saúde para a família e a introdução da profilaxia e terapêutica necessárias, resultando em melhor sobrevida e qualidade de vida dos portadores. ⁵

Aspectos referentes à saúde pública são extraídos da realidade vivida pelos pacientes portadores da doença falciforme. Dentre os vários problemas apresentados por esta classe, um grande problema a ser apontado, e de grande relevância, é a importância da atuação do gestor na atenção primária da saúde na doença falciforme e na garantia da adesão ao seu tratamento.

A atenção básica, ou também conhecida como atenção primária, caracteriza-se por ações individuais e coletivas de promoção e proteção à saúde,

de prevenção de doenças, de diagnóstico, de tratamento, de reabilitação e de manutenção da saúde. ⁶

A compreensão perante as famílias destes pacientes é necessária em relação a necessidade de intervenção precoce com medicações, nutrição adequada, suplementação com ácido fólico e elevada ingestão hídrica, as quais são medidas relativamente simples que podem ser orientadas em unidades básicas de saúde e que possuem impacto na história natural da doença. ^{7,8}

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), na maioria dos países onde a anemia falciforme é problema de saúde pública, seu manejo permanece inadequado devido à inexistência de programas nacionais de controle e de práticas sistemáticas de rastreamento populacional. ⁷ O manejo dos pacientes com anemia falciforme deve basear-se na atenção primária em saúde, com ênfase em programas simples e de baixa tecnologia em equipamentos que atinjam grande proporção da comunidade, tais como educação em saúde, detecção de risco genético na comunidade com base na história familiar, aconselhamento genético e imunizações. ⁸

Por se tratar de uma doença crônica, é necessário que o paciente com AF tenha um acompanhamento contínuo, devendo ser considerada a oferta de assistência qualificada pelos serviços de atenção primária à saúde. Por conseguinte, o objetivo deste estudo foi realizar na literatura uma revisão sistemática de artigos científicos que mencionem a respeito do papel do gestor na atenção primária à saúde e na garantia da adesão ao tratamento dos pacientes portadores de anemia falciforme.

METODOLOGIA

Foi realizada uma busca em diferentes bases eletrônicas de dados (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, US National Library of Medicine National Institutes of Health, e no Scientific Electronic Library Online) no período de maio de 2004 a maio de 2014, utilizando os seguintes descritores: gestão em saúde, atenção primária à saúde, anemia falciforme e terapêutica. Foram critérios de inclusão no estudo: artigos indexados nos banco de dados com as palavras-chaves elencados acima; artigos publicados em periódicos nacionais

no período de maio/2004 a maio/2014, artigos disponíveis gratuitamente e publicados em português. As análises dos artigos foram transcritas em duas categorias, a primeira enfatizando a atenção primária à saúde na doença falciforme e a segunda destacando o papel do gestor neste seguimento em saúde. Os critérios de exclusão do estudo foram as dissertações, as teses e os resumos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atenção primária à saúde na doença falciforme

A anemia falciforme é uma doença genética em que as hemácias falciformes são mais rígidas e tem dificuldades para passar pelos vasos sanguíneos mais finos, causando assim a sua obstrução e provocando o que chamamos de micro-infartos. Estes micro-infartos locais provocam crises de dor e comprometimento progressivo de diversos órgãos.⁹ Sem flexibilidade para passar por capilares pequenos, as hemácias vão se acumulando e obstruindo a circulação do sangue, o que implica, por conseguinte, na dificuldade da oferta do oxigênio aos tecidos e órgãos dos sistemas do corpo.¹⁰

Dentre os sintomas e as consequências causados por esta doença, podemos citar a anemia, a dactilite falcêmica (síndrome mão-pé), crises dolorosas, infecção e febre, icterícia, crise de sequestro esplênico (retenção de sangue) no baço, úlceras de pernas, priapismo (ereção dolorosa e prolongada do pênis) e acidente vascular cerebral (AVC).⁹ Portanto, a população com AF apresenta baixa expectativa de vida, geralmente estimada em 42 a 53 anos para os homens e 48 a 58 anos para as mulheres.¹¹

A anemia falciforme até 1997 não estava incluída nos processos de formulação das políticas públicas de saúde. Apesar da alta incidência na população negra esta doença não era priorizada pelas ações implementadas pelo Estado, conseqüentemente poucos foram os estudos produzidos sobre o tema. A anemia falciforme esteve em evidência a partir de meados dos anos 90 ao ser considerada uma doença genética específica da população negra e, com

isso, deu legitimidade à adoção de políticas de ação afirmativa de recorte racial no campo da saúde pública brasileira.¹²

Por apresentar prevalência elevada no Brasil, o diagnóstico da AF passou a ser realizado pelo teste de triagem neonatal ou teste do pezinho, desde junho de 2001, com a criação do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN).^{13,14} O diagnóstico, assim como o tratamento precoce, aumenta consideravelmente a sobrevivência e a qualidade de vida desses indivíduos, atenuando suas sequelas e complicações clínicas.¹⁴

A publicação da Política de Atenção Integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias colocou um desafio para a coordenação geral da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde no sentido de fomentar a implantação dessa política em todos os estados da União. Alguns estados, como Minas Gerais e Rio de Janeiro, já estão bem avançados, devido ao protagonismo da comunidade médica, do movimento negro e dos gestores sensíveis à causa. O Rio de Janeiro teve a sua política estadual publicada em 2005, porém já vinha trabalhando ações de capacitação de trabalhadores de saúde e estruturando um plano de descentralização da assistência para os municípios desde o início da implantação da fase II do PNTN.¹⁵

O Pacto pela Saúde - Consolidação do SUS publicado em fevereiro de 2006 é composto de três principais componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS.¹⁶ O Pacto pela Vida estabelece seis prioridades sanitárias, sendo que duas delas são muito importantes para a consolidação da Política de Atenção à Doença Falciforme: a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica.

O cuidado de saúde nos pacientes com AF envolve a participação de uma equipe multidisciplinar integrada. Em muitos casos, os cuidados médicos podem e devem ser realizados por um profissional da atenção primária, com referências periódicas ao especialista para o manejo das complicações mais graves.¹⁷ Em 2006, o Ministério da Saúde elaborou um manual técnico para o acompanhamento de crianças com doença falciforme, voltado especialmente para profissionais da atenção primária em saúde.⁶ Esse manual traz recomendações gerais a respeito das consultas de rotina, necessidade de exames complementares e de encaminhamento a especialistas.

Observou-se em um estudo realizado no estado do Amapá que 60% dos pacientes com AF declararam não receber atendimento adequado pelos profissionais de saúde, esse fato estava relacionado à desinformação dos profissionais sobre a doença. Este acontecimento foi atribuído aos profissionais da área da saúde pois, 80% dos usuários relataram que estes profissionais desconheciam a doença, tornando uma falha lamentável frente ao fato da anemia falciforme ser uma doença genética descoberta há mais de 100 anos e para a qual se dispõe do diagnóstico neonatal.¹⁸

A preocupação em disseminar o conhecimento quanto ao atendimento às intercorrências na doença falciforme junto aos profissionais da atenção primária, não deixando este papel somente para os centros especializados, como normalmente acontece, também tem sido apontado pelos autores.¹⁹ Esta informação é muito relevante, visto que em nosso país estes pacientes muitas vezes encontram-se distantes dos centros e poderiam ser melhor atendidos se houvesse profissionais capacitados para tal nas unidades básicas de saúde.²⁰

Por meio de recurso proveniente do Ministério da Saúde, quatro treinamentos foram realizados em Rio Grande do Norte (dois na capital e dois no interior) a fim de capacitar os profissionais da área da saúde para um melhor tratamento dos usuários com doença falciforme e redução de taxas de morbidade aumentando assim a qualidade de vida dos mesmos. A eles, foram passadas orientações sobre a doença falciforme a fim de desmistificar a patologia com o objetivo de promover uma melhor compreensão da doença e, assim melhorar a triagem e a conduta durante as situações de agudização da doença na atenção primária.²¹

O Manual de Condutas Básicas na Doença Falciforme²² define o protocolo oficial de tratamento e acompanhamento, o qual deve estar acessível a todos os pacientes. Apesar de avanços notáveis terem sido realizados na compreensão da base da complexa fisiopatologia da doença falciforme, ainda nenhum medicamento específico foi desenvolvido para seu tratamento, para o qual são utilizados apenas medicamentos para aliviar os sintomas da doença e/ou para tentar evitar complicações mais graves.²³

O diagnóstico precoce, promovido durante a triagem neonatal no Brasil, propiciou o atendimento e a utilização de medidas educacionais e preventivas

como a utilização de antibióticos profiláticos durante a infância, vacinação precoce contra pneumococos e hepatites virais, assim como a utilização de determinados medicamentos tais como o ácido fólico, analgésicos e anti-inflamatórios que auxiliam no bem estar do usuário, na promoção e na recuperação da saúde.^{24,25,26} O único tratamento curativo atualmente conhecido é o transplante de medula óssea, porém sua aplicação é restrita por ser considerada de alto risco ao usuário e devido à necessidade de doador compatível e a alta taxa de complicações com significativo nível de mortalidade.^{27,28,29}

Até o presente momento, a terapia com hidroxiuréia constitui o avanço mais importante no tratamento dos pacientes com AF, sendo considerada a mais promissora dentre as novas terapias disponíveis. Esta medicação é a única que, efetivamente, tem forte impacto na melhora da qualidade de vida dos mesmos, por reduzir o número de crises vaso-oclusivas, e necessidades de transfusão, número de hospitalizações, além de demonstrar de maneira contundente, redução no número de óbitos decorrentes desta doença quando comparado ao mesmo número em grupo de pacientes sem o uso do medicamento.^{30,31,32}

A OMS define política de medicamentos como um conjunto de diretrizes com a finalidade de assegurar para toda a população, uma provisão adequada de medicamentos, de boa qualidade e, com a eficácia proposta.³³ Os medicamentos são produtos utilizados no diagnóstico, na prevenção, na cura ou no alívio de sintomas de doenças. Quando bem administrado, o medicamento é uma ferramenta de promoção, proteção e recuperação da saúde, um aliado na luta contra as morbidades e os sintomas que afligem a humanidade.³⁴ Portanto, para garantir o acesso ao tratamento a todas as usuárias acometidas é necessário que haja políticas públicas específicas para esta doença, que garantam um atendimento integral e coordenado, conforme recomendado pela OMS.⁷

Quanto ao acesso aos medicamentos disponibilizados pelo SUS (dipirona, paracetamol, diclofenaco de potássio, ácido fólico, fenoximetilpenicilina potássica, benzilpenicilina benzatina, eritromicina), um estudo mostrou que 45% dos usuários não tem acesso a esses medicamentos essenciais.²² De acordo com a Portaria do MS (Nº 1018/GM de 1º de Julho de 2005)³⁵ que institui no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Integral

as Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, garante o atendimento, o apoio diagnóstico, o tratamento, a oferta de imunobiológicos especiais, a disponibilização dos medicamentos específicos aos sinais e sintomas da doença e a aquisição da hidroxiuréia e quelantes de ferro a todas as pessoas com anemia falciforme.

Os medicamentos essenciais são definidos pela OMS.³⁶ como aqueles que satisfazem as necessidades prioritárias de saúde da população. Os medicamentos essenciais devem estar disponíveis nos serviços de saúde em todos os momentos e quantidades suficientes. A implantação de programas de triagem neonatal para doença falciforme e a garantia do tratamento feito de maneira adequada, alcançando a adesão completa, o atendimento de qualidade e o acesso a todos, demonstra a possibilidade de diminuição da morbimortalidade da doença através de uma política pública de atenção à saúde.

Portanto, uma atenção integral, descentralizada, multidisciplinar, humanizada, de qualidade e com ênfase no autocuidado pode modificar a história natural da doença falciforme, diminuindo assim as demandas nos hospitais especializados.

Papel do gestor neste seguimento em saúde

Muito pouco se tem referenciado na literatura a respeito do papel do gestor na atenção à saúde dos pacientes com doença falciforme. Em sua maioria encontram-se revisões de literatura e investigações mais complexas, com escassez de pesquisas que avaliem o papel do gestor na atenção primária à saúde da doença falciforme. Levando em consideração o conceito genérico de administração pública como o conjunto de órgãos do Estado encarregados de exercer, em benefício do bem comum, funções previstas na Constituição e nas leis, pode-se através disto inferir que, o gestor público em saúde também é parte integrante deste processo.³⁷

O elevado potencial de mortalidade pela AF no Brasil resulta da pouca efetividade na implementação de políticas públicas, dado que essa morbidade exige maior atenção do serviço do sistema de saúde.³⁸ Segundo a OMS, na maioria dos países onde a AF é problema de saúde pública, seu manejo muitas

vezes permanece inadequado devido à inexistência de programas nacionais de controle da doença e de práticas sistemáticas de rastreamento populacional.⁷

Acredita-se que o papel do gestor neste seguimento em saúde deve-se iniciar mediante um controle de rastreamento da situação da saúde populacional a qual está dirigindo, onde iniciativas devem ser tomadas perante esta classe de profissionais em presença da mobilização dos demais gestores em saúde (regionais e municipais), e formação de facilitadores e de ações educativas na doença falciforme.

Sabe-se que a doença falciforme é uma doença crônica, mas com muitos momentos de agudização, e que, nesses casos, o paciente não só pode como deve ser recebido primeiramente na atenção básica à saúde. Uma maior ênfase por parte dos gestores sobre a doença falciforme poderia ser dada na educação dos profissionais de saúde atuantes nas unidades básicas, pois pode haver dificuldade para trabalhar com estes usuários portadores da doença falciforme. Embora posteriormente o usuário necessite de ambulatórios de atenção secundária, podendo até ser caso de internação, chegando à atenção terciária, todavia tudo deve estar atrelado à atenção primária, a qual deve coordenar o fluxo e acompanhar o usuário.

Apesar de a atenção básica ser responsabilidade dos gestores municipais, o desenvolvimento de ações coordenadas pelos três níveis de governo asseguram condições necessárias para que estas se efetivem com qualidade e de maneira resolutiva. Em busca da qualidade nas ações desenvolvidas, considera-se que os serviços de saúde devem oferecer além do diagnóstico das doenças e seu tratamento, medidas que favoreçam a prevenção de doenças futuras e a promoção do estado de saúde das pessoas e da populações.³⁹

Do gestor público em saúde espera-se o direcionamento na atividade e nos serviços públicos à efetividade do bem comum, imparcialidade, neutralidade, transparência, participação e aproximação dos serviços públicos da população, eficácia, desburocratização e busca da qualidade. Neste sentido, o gestor público tem o papel de integrar sua equipe, exigindo eficiência e eficácia na prestação de serviços, agregando novos valores à administração pública em prol de serviços públicos de qualidade.⁴⁰

Para que tudo isso aconteça é primordial que os gestores em saúde estejam devidamente preparados para atuar em todos os ramos da gestão em saúde, dentre eles, na atenção primária. Sabe-se que o gestor despreparado é um dos nós críticos do serviço público de saúde, pois propicia discrepâncias quanto à liderança necessária para conduzir e executar políticas de saúde. O gestor na atenção primária à saúde deve ter uma visão ampla dos atores sociais (usuários e profissionais) que o rodeiam, adaptando-se assim a realidade da saúde local.

Para tanto, é necessário que todo profissional da atenção básica receba treinamento na área e que o paciente tenha acesso adequado, quando necessário, aos níveis secundários e terciários. Um rastreamento neonatal aliado à educação em saúde para os pais reduz de forma importante a morbidade e a mortalidade nos primeiros cinco anos de vida, além de aumentar a qualidade de vida dos pacientes.⁷

Apesar de existirem vários centros especializados de hematologia, a atenção médica habitual a estes pacientes com AF deve ser rotineiramente realizada nas unidades de saúde e no programa saúde da família.⁵ Buscar e orientar a formulação de políticas públicas promovendo a equidade em saúde, dispor de estudos epidemiológicos, prevalência e assim programar e subsidiar um serviço de atendimento para os pacientes com doença falciforme são um dos diferentes papéis que os gestores podem desempenhar e assim fazer a diferença.

Os gestores devem ser profissionais capacitados, com visão ampla voltada ao atendimento das demandas e necessidades de saúde, e ágeis ao tomar decisões para ampliar a resolutividade do sistema. Por ações implementadas pelos gestores, capacitações nos serviços de atenção básica podem ser programadas e realizadas, uma vez que com esta certificação, os profissionais que atendem na unidade de saúde serão habilitados para acompanhar de perto e de forma humanizada os sintomas, os usuários portadores da doença falciforme e seus familiares, podendo assim atender de forma efetiva os casos agudos da doença. Os gestores devem compreender a atenção primária como a porta de entrada ao sistema de saúde e, somente encaminhar para um centro especializado se realmente for necessário.

De acordo com a Política Nacional Permanente em Saúde³ é responsabilidade dos gestores regionais e municipais formularem, promoverem e apoiarem a gestão da educação permanente em saúde, apoiando e fortalecendo a articulação com os municípios, viabilizando a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde.

A participação da gestão em processos educativos tem possibilitado maior vinculação e responsabilização dos profissionais de saúde e, sobretudo, maior responsabilização em relação ao processo educativo em DF. O grande desafio é a integração dos diferentes modos de cuidado do paciente. Mecanismos de referência entre os diferentes níveis de cuidado devem existir para garantir a continuidade dos cuidados, sendo eles definitivamente integrados.

Considerações finais

De forma descentralizada, com ações organizadas e de eficácia comprovada na prevenção com uma assistência multiprofissional com foco no paciente, é que se compõe a integralidade, associada ao modelo do SUS. A indisponibilidade de indicadores de desempenho e de resultados da política para gestores, profissionais de saúde, pesquisadores e grupos de interesse é o resultado da forma fragmentada como as informações são armazenadas. Portanto, o investimento na implantação de um sistema de informações que possibilite ao mesmo tempo, agilidade, confiabilidade e disponibilidade permitiria a melhoria dos processos e do planejamento pelos gestores, a implementação de mecanismos de monitoramento e de avaliação e o fortalecimento da legitimidade da própria política.

Aos gestores cabe avaliar, promover de oficinas de capacitação e distribuição de manuais para sensibilização, como já vem ocorrendo em alguns Estados. Teoricamente as equipes da atenção básica é que devem gerenciar a linha de cuidado do indivíduo, acompanhá-lo, garantir o acesso e organizar os fluxos para outros níveis de assistência, de forma que o vínculo continue com a equipe básica, que é quem deve dar continuidade aos cuidados. Cabe aos gestores também capacitar os profissionais da área da saúde para um melhor tratamento dos pacientes com doença falciforme; redução de taxas de

morbidade aumentando assim a qualidade de vida dos mesmos; e assegurar e viabilizar os medicamentos essenciais nos serviços de saúde em todos os momentos e quantidades suficientes, reduzindo a morbimortalidade da doença através de uma coerente política pública de atenção à saúde.

O gestor deve direcionar as atividades e os serviços públicos à efetividade do bem comum, da imparcialidade, da neutralidade, da transparência, da participação e da aproximação dos serviços públicos da população, com eficácia, desburocratização e com a busca da qualidade. Neste sentido, o gestor público tem o papel de integrar sua equipe, exigindo eficiência e eficácia na prestação de serviços, agregando novos valores à administração pública em prol de serviços públicos de qualidade.

Ademais, é papel do Ministério da Saúde, oferecer aos gestores municipais ferramentas de avaliação e de gestão da qualidade das unidades básicas em saúde. E os mesmos devem estar capacitados a administrar, planejar, avaliar, executar, desenvolver e coordenar políticas e programas. Pode-se adquirir por meio de uma maior participação popular, ferramentas que ajudem a descortinar as dificuldades e melhorar o atendimento à saúde. A falta de planejamento de ações pelos gestores e a inadequação dos objetivos aos da comunidade consistem uma lacuna que pode interferir na organização e na resolutividade do serviço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bandeira FM, Leal MC, Souza RR, Furtado VC, Gomes YM, Marques NM. Características de recém-nascidos portadores de hemoglobina S detectados através de triagem em sangue de cordão umbilical. J. pediatr. (Rio J). 1999; 75(3):167-171.
2. Silla LMR. Doença falciforme: um grave e desconhecido problema de saúde pública no Brasil. J Pediatr (Rio J). 1999;75:145-6.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de educação em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. v.2 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
4. Naoum PC. Interferentes eritrocitários e ambientais na anemia falciforme. Rev.bras.hematol.hemoter. 2000, 22(1):05-22.

5. Ferraz ST. Acompanhamento clínico de crianças portadoras de anemia falciforme em serviços de atenção primária em saúde. *Rev Med Minas Gerais*. 2012; 22(3):315-320.
6. Brasil (2006a). Ministério da Saúde. Manual de condutas básicas na doença falciforme. Brasília: Ministério da Saúde.
7. World Health Organization. Sickle-cell anaemia. In: Fifty-Ninth World Health Assembly. Geneva: WHO; 2006.
8. National institutes of health. Division of Blood Disease and Resources. The Management of Sickle Cell Disease. Bethesda: NIH; 2002.
9. Araujo DL, Santos GS, Viana NA, Souza SS, Montagner MI. Concepções sintomáticas e sociais da doença falciforme. *Participação* 23/24, 2013.
10. Barros ASS, Castro ASA, Lira ASL, Souza DS, Carmo JS, Reis LS. Aspectos do enfrentamento da doença por parte de alunos portadores de anemia falciforme da cidade de Salvador. *Estudos IAT*. 2012, 2(2).
11. Platt OS, Brambilla DJ, Rosse WF, Milner PF, Castro O, Steinberg MH, et al. Mortality in sickle cell disease. Life expectancy and risk factors for early death. *N Engl J Med*. 1994; 330 (23), 1639-1644.
12. Cavalcanti JM, Maio MC. Entre negros e miscigenados: a anemia e o traço falciforme no Brasil nas décadas de 1930 e 1940. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 2011, 18 (2), 377-406.
13. Serjeant GR. Screening for sickle cell disease in Brazil. *Lancet*. 2000; 356, 168-169.
14. Ramalho AS, Magna LA, Paiva-e-Silva RB. A Portaria nº 822/01 do Ministério da Saúde e as peculiaridades das hemoglobinopatias em saúde pública no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19 (4), 1195-1199.
15. Secretaria Estadual de Saúde (2005). Resolução SES N 2. 786 de 8 de julho de 2005. Define a Política d Atenção Integral à Pessoa com Doença Falciforme do Estado do Rio de Janeiro. SES. Rio de Janeiro, Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro.
16. Brasil (2006c). Portaria 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. M. Saúde. Brasília, Diário Oficial da República Federativa do Brasil.
17. Lane PA, Buchanan GR, Hutter JJ, Austin RF, Britton HA, Rogers ZR, et al. Sickle cell disease in children and adolescents: diagnosis, guidelines for comprehensive care, and care paths and protocols for management of acute and chronic complications. Sedona, Arizona (USA): Sickle Cell Disease Care Consortium; 2001.
18. Castelo NM, Gomes LF, Nascimento RE, Rodrigues ASN. Anemia falciforme sobre o olhar de pessoas com a doença no Amapá. 2012; 2 (2).
19. Kikuchi BA. Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica. *Rev. Bras de Hematol e Hemote*, 2007; 29(3):331:338.
20. Rodrigues CCM, Araújo IEM, Melo LL. A família da criança com doença falciforme e a equipe de enfermagem: revisão crítica. *Rev. Bras de Hematol e Hemote*, 2010, 32(3):257-264.
21. Serafim ESS, Soares RM, Oliveira TMX, Soares MJNL. Capacitação de profissionais de saúde para o manejo da dor em adolescentes portadores de

doença falciforme na atenção primária. Rio de Janeiro, Adolescência & Saúde. 2011; 8(4):55-58.

22. Brasil (2006b). Manual de Condutas Básicas na Doença Falciforme, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

23. Nascimento-Jr NM, Melo TRF. Planejamento, síntese e avaliação farmacológica de novos compostos híbridos para o tratamento dos sintomas da anemia falciforme. Rev. Virt de Quim. 2012; 3(6):447-451.

24. Quinn CT, Rogers ZR, Buchanan GR. Survival of children with sickle cell disease. Blood. 2004;103(11):4023-4027.

25. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção especializada. Manual de educação em saúde: linha de cuidado em doença falciforme. 2008; Brasília. Editora do Ministério da Saúde, v.1.

26. Steinberg MH. Sickle cell anemia, the first molecular disease: overview of molecular etiology, pathophysiology, and therapeutic approaches. Scientific World Journal. 2008; 8:1295-1324.

27. Ferster A. Five years of experience with hydroxyurea in children and young adults with sickle cell disease. Blood. 2001; 97(11):3628-3632.

28. Buchanan BR. Sickle cell disease. ASH Education program book. 2004; 1:35-47.

29. Schnog J, Duits AJ, Muskiet FA, Tem Cate H, Rojer RA, Brandjes DP. Sickle cell disease; a general overview. Neth J. Med. 2004; 62(10):364-374.

30. Charache S, Barton, FB, Morre RD, Terrin ML, Steinberg MH, Dover GJ, *et al.* Hydroxyurea and sickle cell anemia. Clinical utility of a myelosuppressive switching agent. The multicenter study of hydroxyurea in sickle cell anemia. Medicine. 1996; 75(6):300.

31. Loureiro MM, Rozenfeld S. Epidemiologia de internações por doença falciforme no Brasil. Revista de Saúde Pública. 2005, 39(6):943-949.

32. Cançado RD, Lobo C, Ângulo IL, Araujo PIC, Jesus JA. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para uso de hidroxiuréia na doença falciforme. Revista brasileira de hematologia e hemoterapia. 2009, 31(5):361-366,2009.

33. World Health Organization. Identification and control of work-related disease. Geneva: WHO; 1985.

34. Schenckel EP, Rech N, Farias MR, Santos RI, Simões CMO. Assistência farmacêutica. In: Saúde no Brasil – Contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. 2004; Brasília: Ministério da saúde.

35. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção especializada. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas Volume I. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília. Editora Palotti, 2ª edição, 2010.

36. World Health Organization. Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: WHO; 2002.

37. Silva RO. Teorias da Administração. São Paulo: Pioneira, 2001.

38. Felix AA, Souza HM, Ribeiro SBF. Aspectos epidemiológicos e sociais da doença falciforme. Ver. Bras. Hemat. Heoter. 2010; 32(3), p.203-208.

39. Pires, VATN. Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial: um estudo de caso com gestores e equipes da Estratégia Saúde da Família em uma microrregião de saúde. 2008. 174 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

40. Gomes DFS, Silva JG. Concepção Popular da Função do Gestor Público. VII CONNEPI, 2012.

ANEXO A – Normas da revista Saúde (Santa Maria)

Diretrizes para Autores

DIRETRIZES PARA AUTORES

INFORMAÇÕES GERAIS

Os artigos para publicação devem ser enviados **exclusivamente** à Revista Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, não sendo permitida a apresentação simultânea a outro periódico, quer na íntegra ou parcialmente, exceto resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas.

O idioma principal da Revista Saúde (Santa Maria) é o Português (BR), por este motivo, os manuscritos deverão ser encaminhados em português.

O idioma secundário da Revista Saúde (Santa Maria) é o Inglês (En), por este motivo, aceitamos o envio de manuscritos na língua inglesa.

Na Revista podem ser publicados artigos escritos por especialistas de outras áreas, desde que o tema seja de interesse para a área da Saúde.

A submissão dos artigos é online no site:

Todos os autores deverão ser cadastrados na página da Revista Saúde (Santa Maria).

A Revista Saúde não cobra taxas para a submissão de artigos.

O nome completo de cada autor, instituição de origem, país, e-mail devem ser informados APENAS nos metadados.

O encaminhamento do manuscrito, anexos e o preenchimento de todos os dados, são de inteira responsabilidade do autor que está submetendo o manuscrito.

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.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos são de exclusiva responsabilidade dos autores, bem como a exatidão e procedência das citações, não refletindo necessariamente a posição/opinião do Conselho Diretor e Conselho Editorial da Revista Saúde. A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, ao direito de solicitar a revisão de português aos autores.

ATENÇÃO

- 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 "Transferência de Documentos Suplementares".
- Os autores dos trabalhos encaminhados para avaliação deverão assinalar sua concordância com a "Declaração de Direito Autoral" do CREATIVE COMMONS, o qual consta no item Declaração de Direito Autoral. Ao clicar no ícone do CREATIVE COMMONS (This obra is licensed under a Creative Commons Atribuição-Uso Não-Comercial-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.
- 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.
- 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.
- Envio da declaração das políticas dos financiamentos recebidos caso a pesquisa envolva ensaios clínicos.

Processo de julgamento dos manuscritos

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 julgar necessárias. Nesse caso, o referido artigo será reavaliado. A decisão desta análise será comunicada aos autores.

Posteriormente, a avaliação do artigo é realizada pelo sistema *peer-view*, membros do Conselho Editorial ou Ad-Hoc, convidados pela Comissão de Editoração. Os pareceres são apreciados pela Comissão de Editoração que emite o parecer final, ou no caso de divergência entre os pareceres, solicita um terceiro parecer.

Após a devolução dos manuscritos, pelos dois consultores, a equipe da Revista analisa os pareceres efetuados e, com base no "parecer conclusivo", prossegue com os demais encaminhamentos.

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

Os pareceres dos avaliadores serão disponibilizados online para o autor responsável pela submissão que terá o prazo de 20 (vinte) 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 30 dias após a publicação do artigo, e ficará a critério da Revista a decisão sobre sua relevância e possível divulgação.

Tipos de trabalhos aceitos para publicação e critérios adotados para seleção

Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica, original, inédita e concluída. O conteúdo do manuscrito deve ser apresentado da seguinte forma:

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

METODOLOGIA: 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.

CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS: As conclusões ou considerações finais devem destacar os achados mais importantes comentar as limitações e implicações para novas pesquisas.

Devem obedecer ao limite de 20 páginas no total do artigo.

AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFILIAÇÃO. É responsabilidade dos autores as informações e autorizações relativas aos itens

mencionados acima.

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. Devem obedecer ao limite de 20 páginas no total do artigo. A Revista Saúde (Santa Maria) atualmente está publicando no máximo 5 (cinco) artigos de revisão em cada edição. Se este número for ultrapassado, os demais artigos serão publicados nas próximas edições.

Nota prévia: estudos avaliativos, originais ou notas prévias de pesquisa contendo dados inéditos e relevantes para a área de abrangência da Revista. A apresentação pode acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais. Espaço destinado à síntese de Dissertação ou Tese em processo final de elaboração. Deverá conter todas as etapas do estudo. Devem obedecer ao limite de 3 páginas no total do artigo.

Editorial: de responsabilidade do Conselho Diretor da Revista, que poderá convidar autoridades para escrevê-lo. Limite de 2 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 área da Saúde ou áreas afins e poderão ser enviadas contendo comentários e reflexões a respeito desse material publicado. Serão publicadas a critério da Comissão Editorial. Não devem exceder a 1 página no total.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

Os trabalhos devem ser redigidos de acordo com o Estilo Vancouver, norma elaborada pelo ICMJE (<http://www.icmje.org>). Devem ser encaminhados em Word for Windows, fonte Arial 12, espaçamento 1,5, com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm.

QUANTO À REDAÇÃO: os manuscritos devem ser redigidos de maneira 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 e/ou tradutores certificados nos idiomas português, inglês e espanhol) antes de submeter(em) os manuscritos que possam conter incorreções e/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. O título do artigo e resumo com a primeira letra da sentença em maiúscula e em negrito; seção primária com a primeira letra da sentença em maiúscula e em negrito; e seção secundária em minúsculas e sublinhado. Ex.: **Título**; **Resumo**; **Abstract**; **Resultados** (seção primária); Princípios do cuidado de enfermagem (seção secundária). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto.

Os manuscritos devem conter:

Título (inédito) que identifique o conteúdo, em até 15 palavras e apresentá-lo

nas versões que contemplem dois idiomas que a Revista adota: Português (Título), Espanhol (Título) e/ou Inglês (Title), sendo necessário apenas uma das línguas estrangeiras.

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.

Resumo: conciso, em até 150 palavras, elaborado em parágrafo único, acompanhado de sua versão para o Inglês (Abstract). Devem ser apresentados começando pelo mesmo idioma do trabalho. Deve conter objetivo da pesquisa, metodologia adotada, procedimentos de seleção dos sujeitos do estudo, principais resultados e as conclusões. Deverão ser destacados os novos e mais importantes aspectos do estudo.

Descritores: abaixo do resumo incluir 2 a 5 descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://decs.bvs.br>).

Não usar os termos: Palavras-chave, Keywords. Usar: Descritores, Descriptors.

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 mencionar o nome dos autores. Quando se tratar de citação sequencial, separar os números por hífen, quando intercaladas devem ser separadas por vírgula. Em caso de 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: 13:4 (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. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes “[...]” Recomenda-se a utilização criteriosa deste recurso.

Exemplos:

Pesquisas evidenciam que... 1-4

Autores referem que... 1,4,5

“[...] quando impossibilitado de se autocuidar”. 5:27

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. As intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

Referências: A Rev Saúde (Sta Maria) 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). 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.

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

Com relação a 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.

Os trabalhos poderão ainda conter:

- *Ilustrações*: poderão ser incluídas até cinco (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco, conforme as especificações a seguir: fotografias, desenhos, gráficos e quadros são considerados Figuras, as quais devem ser elaboradas para reprodução pelo editor de layout de acordo com o formato da Revista Saúde UFSM 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 enviadas na forma de Documento Suplementar em formato GIF ou JPG
- *Tabelas*: devem ser elaboradas para reprodução direta pelo editor de layout, em preto e branco, 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.
- Se usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. 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.
- *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.
- Utilizar itálico para palavras estrangeiras.
- Deve ser evitada a apresentação de apêndices (elaborados pelos autores) e anexos (apenas incluídos, sem intervenção dos autores).

APRESENTAÇÃO DAS REFERÊNCIAS

Disponibilizamos abaixo exemplos de apresentação de referências, baseados no estilo Vancouver. Para outros exemplos consultar o site: www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Para pesquisar o título abreviado do periódico consulte o site www.ccn.ibict.br/busca.jsf.

Artigos de periódicos

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/journals>). Para os periódicos que não se encontram nessa listagem, poderá ser utilizado como referência o Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas do IBICT (<http://ccn.ibict.br>).

Até 6 autores, indicar todos; 7 autores ou mais, indicar os 6 primeiros e acrescentar et al.

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 Latino-Am Enfermagem. 2008;16(2):252-9.

2 Com mais de seis autores

Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, Andrade RL P, 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): 131-135.

3 Instituição como autor

Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis. Recommendations of the immunization. Practices Advisory Committee. 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, Florez JC; 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 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.

8 Fascículo com suplemento

de Leon-Casasola O. Implementing therapy with opioids in patients with cancer. [Review]. Oncol Nurs Forum. 2008;35 Suppl:7-12.

9 Volume em parte

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

10 Fascículo em parte

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

11 Fascículo sem volume

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

12 Sem volume e sem fascículo

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction.* 2002 Jun:1-6.

13 Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar

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.

14 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.

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. Retraction in: 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 Latino-am Enfermagem* 2007 novembro-dezembro; 15(6):1072-9. Errata en: *Rev Latino-am Enfermagem* 2008;16(1):163.

19 Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (ahead of print)

Ribeiro Adolfo Monteiro, Guimarães Maria José, Lima Marília de Carvalho, Sarinho Sílvia Wanick, Coutinho Sônia Bechara. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Rev Saúde Pública;*43(1). ahead of print Epub 13 fev 2009.

20 Artigo provido de DOI

Barra DC C, Dal Sasso G T M. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da cipe 1.0®. *Texto contexto - enferm.* [periódico na Internet]. 2010 Mar [citado 2010 Jul 01];19(1): 54-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100006&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-07072010000100006.

21 Artigo no prelo

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.

Livros e outras monografias

1 Indivíduo como autor

Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 17ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2007.

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 (org). O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.361-5. 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.

14 Dissertação e Tese

Nóbrega MFB. Processo de Trabalho em Enfermagem na Dimensão do Gerenciamento do Cuidado em um Hospital Público de Ensino. Fortaleza: [s.n.], 2006. 161 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Ceará, 2006.

Bernardino E. Mudança do Modelo Gerencial em um Hospital de Ensino: a reconstrução da prática de enfermagem. São Paulo: [s.n.], 2007. 178 p. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 2007.

Documentos legais

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Básica. Parecer Nº16, de 5 de outubro de 1999: Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico [online]. 1999 [acesso 2006 Mar 26]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/parecer.shtm>

Material eletrônico

Artigo de revista em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];(1):[24 screens]. Available from: <http://www.cdc.gov/incidod/EID/eid.htm>

Matéria publicada em site web

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2002. Rio de Janeiro; 2002. [citado em: 12 jun 2006]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

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, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapassem 2MB)
3. URLs para as referências foram informadas quando necessário.
4. O texto está em espaço 1,5; usa uma fonte 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. 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.
7. As figuras serão enviadas também na forma de documento complementar.
8. O arquivo* referente aos metadados (link abaixo) foi devidamente preenchido.

Metadados autores

*Acesse o link e salve o arquivo modelo, para tanto vá em 'Arquivo/Fazer download como/Microsoft Word 97-2003'. O arquivo preenchido deve ser submetido, juntamente com as imagens, no **Passo 4: Transferência de documentos suplementares**.

Declaração de Direito Autoral

A Declaração de Direito Autoral e os itens a serem observados podem ser visualizados no seguinte link: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/seculoxxi/information/sampleCopyrightWording>

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.