

**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**

**ADESÃO E GESTÃO DO PROGRAMA DE  
HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO**

**ARTIGO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**Cristiane Elisete Zimmer Sbardelotto**

**Tio Hugo, RS, Brasil**

**2011**

# **ADESÃO E GESTÃO DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO**

**Cristiane Elisete Zimmer Sbardelotto**

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: Prof<sup>a</sup> Msc. Susane Flôres Cosentino**

**Tio Hugo, RS, Brasil**

**2011**

**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**

**ADESÃO E GESTÃO DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO  
PRÉ-NATAL E NASCIMENTO**

elaborada por  
**Cristiane Elisete Zimmer Sbardelotto**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista**

**Comissão Examinadora**

---

**Susane Flôres Cosentino, Msc.**  
(Presidente/Orientadora – UFSM/ CESNORS)

---

**Andressa Andrade, Msc.**  
(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

---

**Marcio Rossato Badke, Msc.**  
(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

Tio Hugo, 2 de julho de 2011.

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer em especial à orientadora Prof<sup>a</sup> Msc. Susane Flôres Cosentino e a Tutora EaD Denize Rejane da Silva Mafalda, que me auxiliaram nas orientações, sem as quais este estudo não teria sido possível.

## RESUMO

Artigo de Especialização  
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)  
Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul (CESNORS).

### **ADESÃO E GESTÃO DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO**

AUTORA: CRISTIANE ELISETE ZIMMER SBARDELOTTO

ORIENTADORA: SUSANE FLÔRES COSENTINO

Data e Local da Defesa: Tio Hugo, 2 de julho de 2011.

No Brasil, a atenção à mulher na gestação e parto permanece como um desafio para a assistência, tanto na qualidade do atendimento quanto na identificação precoce de situações de risco à saúde da mulher e da criança. O objetivo foi investigar e descrever a adesão e gestão do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Município de Carazinho/RS no ano de 2010, a partir da análise de dados gerados pelo Sis prenatal/Datasus. Percebeu-se uma subnotificação dos dados e necessidade urgente na adequação dos registros, com a captação precoce das gestantes, realização das ações de Saúde Integral e realização da consulta puerperal. Acredita-se que uma gestão de saúde eficiente que viabilize o acesso da população aos serviços de saúde, oportunizando assistência qualificada, torna-se imprescindível ao bom funcionamento e acompanhamento do SISPRENATAL, melhorando a saúde das gestantes e das crianças, reduzindo os fatores de risco para a mortalidade materna e infantil.

**Descritores:** Saúde Materna. Pré-natal. Gravidez. Humanização da assistência.

## **ABSTRACT**

Artigo de Especialização  
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)  
Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul (CESNORS).

### **MEMBERSHIP AND MANAGEMENT PROGRAM HUMANIZATION PRENATAL AND BIRTH**

AUTORA: CRISTIANE ELISETE ZIMMER SBARDELOTTO  
ORIENTADORA: SUSANE FLÔRES COSENTINO  
Data e Local da Defesa: Tio Hugo, 2 de julho de 2011.

In Brazil, the attention to women during pregnancy and childbirth remains a challenge for the assistance, both in quality of care and early identification of situations of risk to the health of women and children. The objective was to investigate and describe the membership and management of the Program for Humanization of Prenatal and Birth in the city of Carazinho/RS in 2010, from the analysis of data generated by Sis prenatal/Datasus. It is observed noticed an underreporting of the data and in urgent need of adequate records, with the capture of early pregnancy, completion of the actions of Integral Health and performing the post-partum visit. It is believed that an efficient health management which facilitates people's access to health services, providing opportunities for quality care, it is essential for the proper functioning and monitoring of SISPRENATAL, improving maternal health and children, reducing the risk factors for maternal and infant mortality.

**Descriptors:** Maternal Health. Prenatal. Pregnancy. Humanization of assistance.

## RESUMEN

Artigo de Especialização  
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)  
Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul (CESNORS)

### COMPOSICIÓN Y GESTIÓN DE PROGRAMAS HUMANIZACIÓN PRENATAL Y EL PARTO

AUTORA: CRISTIANE ELISETE ZIMMER SBARDELOTTO  
ORIENTADORA: SUSANE FLÔRES COSENTINO  
Data e Local da Defesa: Tio Hugo, 2 de julho de 2011.

En el Brasil, la atención a la mujer en la na gestación y en se queda como un desafío a la asistencia, tanto en la calidad del atendimento cuanto a la identificación precoz de las situaciones de riesgo a la salud de la mujer y de los niños. El objetivo fué hacer la investigación describir la adhesión y gestión del Programa de Humanización en el Prenatal y en el Nacimiento en el municipio de Carazinho/RS en el año de 2010, a partir de la análisis de los datos gerados por el Sis prenatal/Datasus. Notose una subnotificación de los datos y necesidad urgente en la adecuación de los registros, con la captación precoce de las gestantes, realización de las acciones de Salud Integral y realización de la consulta puerperal. Crese que una gestión de salud eficiente que viablice el aceso de la población a los servicios de salud oportuniyendo la asistencia calificada son imprescindibles al buen funcionamiento y acompañamiento del SISPRENATAL, mejorando a la saúde de las gestantes y de los niños, reduyendo a los factores de riesgo para la mortalidad de lãs madres y de los niños.

**Descriptor:** Salud Maternal. Prenatal. Embarazo. Humanización del asistencia.

## SUMÁRIO

<b>ARTIGO CIENTÍFICO – ADESÃO E GESTÃO DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO.....</b>	<b>8</b>
Resumo .....	9
Abstract .....	10
Resumen .....	10
Introdução .....	11
Metodologia .....	15
Resultados e discussão.....	16
Conclusão.....	19
Referências Bibliográficas .....	20
<b>ANEXOS .....</b>	<b>22</b>
Anexo 1 – Normas para submissão do Artigo .....	22
Anexo 2 – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde.....	35

**ARTIGO CIENTÍFICO**  
**ADESÃO E GESTÃO DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO**  
**PRÉ-NATAL E NASCIMENTO**

**ADESÃO E GESTÃO DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL  
E NASCIMENTO\***

**MEMBERSHIP AND MANAGEMENT PROGRAM HUMANIZATION PRENATAL AND BIRTH**

**COMPOSICIÓN Y GESTIÓN DE PROGRAMAS HUMANIZACIÓN PRENATAL Y EL PARTO**

Cristiane Elisete Zimmer Sbardelotto<sup>1</sup>

Susane Flôres Cosentino<sup>2</sup>

**RESUMO** No Brasil, a atenção à mulher na gestação e parto permanece como um desafio para a assistência, tanto na qualidade do atendimento quanto na identificação precoce de situações de risco à saúde da mulher e da criança. O objetivo foi investigar e descrever a adesão e gestão do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Município de Carazinho/RS no ano de 2010, a partir da análise de dados gerados pelo Sis prenatal/Datasus. Percebeu-se uma subnotificação dos dados e necessidade urgente na adequação dos registros, com a captação precoce das gestantes, realização das ações de Saúde Integral e realização da consulta puerperal. Acredita-se que uma gestão de saúde eficiente que viabilize o acesso da população aos serviços de saúde, oportunizando assistência qualificada, torna-se imprescindível ao bom funcionamento e acompanhamento do SISPRENATAL, melhorando a saúde das gestantes e das crianças, reduzindo os fatores de risco para a mortalidade materna e infantil.

**Descritores:** Saúde Materna. Pré-natal. Gravidez. Humanização da assistência.

---

\* Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Gestão da Organização Pública em Saúde - EaD UAB/UFSM/CESNORS.

<sup>1</sup> Autora, Enfermeira, Pós-graduada em Especialização em Gestão da Organização Pública em Saúde - EaD UAB/UFSM/CESNORS.

<sup>2</sup> Orientadora, Msc. em Enfermagem. Docente do Departamento de Ciências da Saúde UFSM/CESNORS.

**ABSTRACT** In Brazil, the attention to women during pregnancy and childbirth remains a challenge for the assistance, both in quality of care and early identification of situations of risk to the health of women and children. The objective was to investigate and describe the membership and management of the Program for Humanization of Prenatal and Birth in the city of Carazinho/RS in 2010, from the analysis of data generated by Sis prenatal/Datasus. It is observed noticed an underreporting of the data and in urgent need of adequate records, with the capture of early pregnancy, completion of the actions of Integral Health and performing the post-partum visit. It is believed that an efficient health management which facilitates people's access to health services, providing opportunities for quality care, it is essential for the proper functioning and monitoring of SISPRENATAL, improving maternal health and children, reducing the risk factors for maternal and infant mortality.

**Descriptors:** Maternal Health. Prenatal. Pregnancy. Humanization of assistance.

**RESUMEN** En el Brasil, la atención a la mujer en la na gestación y en se queda como un desafío a la asistencia, tanto en la calidad del atendimento cuanto a la identificación precoz de las situaciones de riesgo a la salud de la mujer y de los niños. El objetivo fué hacer la investigación describir la adhesión y gestión del Programa de Humanización en el Prenatal y en el Nacimiento en el municipio de Carazinho/RS en el año de 2010, a partir de la análisis de los datos gerados por el Sis prenatal/Datasus. Notose una subnotificación de los datos y necesidad urgente en la adecuación de los registros, con la captación precoce de las gestantes, realización de las acciones de Salud Integral y realización de la consulta puerperal. Crese que una gestión de salud eficiente que viablice el aceso de la población a

los servicios de salud oportunizando la asistencia calificada son imprescindibles al buen funcionamiento y acompañamiento del SISPRENATAL, mejorando a la saúde de las gestantes y de los niños, reduciendo a los factores de riesgo para la mortalidad de las madres y de los niños.

**Descriptor:** Salud Maternal. Prenatal. Embarazo. Humanización del asistencia.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) está relacionado a um modelo de organização de sistema de saúde que é universal e que tem por princípios a universalidade, a equidade e a integralidade. A forma de organização dos serviços e dos processos de cuidado em saúde depende da gestão de cada município ou região e deve levar em conta as especificidades locais.<sup>1</sup>

O processo de construção do SUS tem evoluído significativamente especialmente em relação à descentralização e à municipalização das ações e serviços de saúde. A estratégia de descentralização da política nacional de saúde, no Brasil, está associada à gestão nas três esferas de governo municipal, estadual e federal, nos quais estão definidos os papéis de cada gestor no seu compromisso com o SUS.<sup>2</sup>

As políticas e diretrizes do Ministério da Saúde existem para serem adaptadas às necessidades dos níveis locais, porém estas nem sempre são implementadas pelas autoridades municipais responsáveis, tornando-se um desafio e mostrando a necessidade urgente da qualificação da gestão nos municípios.<sup>2</sup>

Diversos programas e ações tem sido implementadas no país nas últimas décadas, porém a redução dos riscos à gravidez, com consequente melhoria nos indicadores de saúde materno-infantil, estão longe de ser realidade. No Brasil, a

atenção à mulher na gestação e parto permanece como um problema para a assistência, tanto na qualidade do atendimento quanto na identificação precoce de situações de risco à saúde da mulher e da criança.<sup>3</sup>

A gravidez não é propriedade característica da mulher ou do casal, mas também de outras pessoas que integram o grupo familiar e o meio social. Apesar de ser uma experiência individual vivida de forma única, a gravidez envolve o coletivo e o meio social na qual está inserida e, de forma mais ampla, o sistema social.<sup>4</sup>

Para os autores<sup>5-6</sup>, gestante não é somente uma futura parturiente, mas também uma futura mãe, membro formador de família, fazendo parte da sociedade.

No momento do parto, nasce não apenas um filho, mas também uma mãe, um pai e uma família, nascem vários papéis, sendo importante que as pessoas envolvidas interajam com alegria e tranquilidade neste momento tão especial que é o nascimento de um filho.

A assistência adequada ao pré-natal é importante como fator benéfico de uma gravidez de qualidade e contribui na diminuição dos coeficientes de mortalidade materna e infantil, os quais estão entre os principais indicadores de condições de vida e saúde de uma população.

A humanização na saúde requer ações humanizadoras ou humanizantes, que implicam em modos diferentes de operar no campo da saúde. A Política Nacional de Humanização (PNH) foi desenvolvida pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, para articular os programas e as ações de humanização entre si, como o Programa de Atenção ao Parto e Pré-Natal e o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH).<sup>7</sup>

A PNH ou Humaniza SUS, surgiu como uma política pública para articular e

aproximar as iniciativas já existentes, visando ampliar a discussão sobre o conceito de humanização. Esta reafirma os princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS, não abrindo mão de um SUS resolutivo e de qualidade.<sup>7</sup>

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi instituído no Brasil em junho de 2000, tendo por objetivos reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal; ampliar o acesso ao pré-natal, acolhendo a mulher desde o início da gravidez, assegurando ao final da gestação o nascimento de uma criança saudável e garantia de bem-estar materno e neonatal; e estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto.<sup>2,8</sup> A adesão ao programa e a correta implantação das ações reduz consideravelmente as situações de risco durante a gestação.<sup>9</sup>

O Manual Técnico do Ministério da Saúde “Pré-Natal e Puerpério - Atenção Qualificada e Humanizada” reforça ainda que se faça necessário construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade.<sup>8</sup>

O PHPN indica os procedimentos mínimos a serem realizados por todas as mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal: a captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias de gestação; realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo uma preferencialmente no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; desenvolvimento de atividades educativas e procedimentos durante a gestação como o cumprimento do calendário mínimo de exames, imunização antitetânica e hepatite B, avaliação da mulher e do recém-nascido na primeira semana e consulta puerperal até o 42º dia pós-parto.<sup>8</sup>

No Brasil, vem aumentando o número de consultas de pré-natal das

mulheres que realizam o parto no SUS. Em 1995, registrava-se 1,2 consulta por parto, em 2005 este número aumentou para 5,45 consultas por parto. Na região sul do Brasil, passou de 2,2 consultas em 1995, para 5,1 consultas em 2005. Mesmo com a ampliação da cobertura, alguns dados demonstram comprometimento da qualidade da atenção. Entre eles, o fato de a hipertensão arterial ainda ser a causa mais frequente de morte materna no Brasil; a incidência elevada de sífilis congênita; a constatação de que somente a pequena parcela das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PNPH) consegue realizar o elenco mínimo das ações preconizadas, incluindo-se a oferta do teste anti-HIV, os dois exames de VDRL e a consulta puerperal.<sup>2</sup>

A pré-eclâmpsia/eclâmpsia continua sendo a primeira causa de morte materna no Brasil e determina o maior número de óbitos perinatais, além do aumento do número de sequelas em neonatos quando sobrevivem aos danos da hipóxia cerebral.<sup>3</sup> O simples ato de aferir a pressão arterial periodicamente em gestantes assintomáticas ou com poucos sintomas de hipertensão permitiriam salvar muitas vidas se fosse adotado como conduta obrigatória nas instituições de saúde.

Para que seja possível o monitoramento da atenção pré-natal e puerperal, de forma organizada e estruturada, foi disponibilizado pelo DATASUS um sistema informatizado denominado SISPRENATAL - Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - de uso obrigatório nas unidades de saúde e que possibilita a avaliação da atenção a partir do acompanhamento de cada gestante.

Ressalta-se que a maioria das mulheres não cumpre o elenco mínimo das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, e outras não retornam para fazer a

consulta puerperal, pois sua principal preocupação após o nascimento da criança é com a vacinação e a avaliação do recém-nascido. Por isso, tantas puérperas sem a consulta puerperal que indica a conclusão ao SISPRENATAL.

O objetivo deste estudo foi investigar e descrever a adesão e gestão do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Município de Carazinho/RS no ano de 2010, a partir da análise de dados gerados pelo Sisprenatal/Datasus.

## **METODOLOGIA**

Este estudo foi documental e assume um caráter descritivo, inicialmente resgatando elementos do processo de elaboração e implementação do programa e, em seguida, avaliação dos dados gerados no SISPRENATAL no período de janeiro à dezembro de 2010, no município de Carazinho/RS. Nos anos de 1999 à 2008, os dados levantados foram coletados no Datasus, pois a Secretaria Municipal de Saúde não possuía registros em seu sistema, somente o ano de 2010 estava completo, isto se deve pela troca constante de pessoas responsáveis pelo sistema.

A pesquisa documental consiste na exploração de fontes documentais de relatórios já existentes. As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relação entre variáveis.<sup>10</sup> Esta pesquisa propôs-se estudar a quantidade de registros de consultas e procedimentos no programa SISPRENATAL, no ano de 2010.

Para avaliação dos dados, solicitou-se à Secretaria Municipal de Saúde de Carazinho autorização para sua utilização no período de estudo, bem como os indicadores do sistema do SISPRENATAL.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme dados coletados no DATASUS, o Município de Carazinho/RS possui 24 leitos obstétricos. Destes, quinze são pelo SUS. Também, 22 leitos pediátricos, dos quais dezoito pelo SUS de um hospital filantrópico. No Município não existe UTI Neonatal. Os pacientes que necessitam deste atendimento são transferidos ao Município de Passo Fundo ou através da Central de Regulação de leitos do estado para os municípios da região.

Carazinho possui um total de 32 ginecologistas obstetras. Destes, 23 atendem pelo SUS no hospital e nove não. O Centro de Especialidades Médicas só possui três ginecologistas obstetras atuando. Pediatras são 26, dezoito atendendo pelo SUS e oito não. No ano de 2009, o Município teve 635 internações obstétricas, com uma média de permanência de 2,3 dias.<sup>11</sup>

Ainda no ano de 2009, foram registradas internações por gravidez, parto e puerpério: na faixa etária de 10 a 14 anos, 5,8 internações; de 15 a 19 anos, 50,9 internações e na faixa de 20 a 49 anos, 28,2 internações. Em comparação com as demais internações no Município, observou-se um total de 16,8 por motivo de gravidez e puerpério.<sup>11</sup>

Analisando os dados do Município estudado, dos anos de 1999 até 2008, percebeu-se uma queda ano a ano na taxa bruta de natalidade que era de 19,3% no ano de 1999 e foi decaindo até 12,6% no ano de 2008, demonstrando-se a redução considerável no número de nascimentos que no ano de 1999 era de 1.124 e reduziu para 756 em 2008.<sup>11</sup>

Nos coeficientes de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos, percebeu-se um declínio nos valores que eram de 27,8% em 2002, e de 21,2% no ano de 2008.<sup>11</sup> Apesar do declínio que vem sendo observado nas taxas de mortalidade

infantil no Brasil, a redução ainda é um desafio para os serviços de saúde e a sociedade.<sup>3</sup>

Conforme o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), dados da base nacional de 2010, percebeu-se, quanto à cobertura de consultas de pré-natal, que foram realizadas, em 2004, 95,8%; em 2008, 97,5% e em 2009, 97,4%.<sup>11</sup> Analisando os dados, nota-se que houve um aumento nas consultas de pré-natal.

Segundo o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde<sup>12</sup>, o Município de Carazinho aplicou em saúde recursos próprios, conforme Emenda Constitucional 29: 17,1% em 2006, 19,1% em 2007, 16,9% em 2008 e 22,7% em 2009, demonstrando a preocupação do poder público em atender a população no setor saúde.

O Município possui a Gestão Plena da Atenção Básica, com uma população de 59.301 habitantes, segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.<sup>13</sup> A população feminina representa 52,33% e a masculina, 47,67%.

Conforme informações do Ministério da Saúde, do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)<sup>11</sup>, o número de consultas de pré-natal vem aumentando significativamente. Dados analisados entre os anos de 1999 e 2003 demonstraram um aumento de 35,1% no número de nascidos vivos com mães que realizaram sete consultas ou mais, no Município de Carazinho/RS. De 2004 a 2009 houve um aumento de 5,81%, passando de 71,46% a proporção de nascidos vivos de mães com 7 consultas ou mais para 77,27%. No ano de 2010 baixou para 74,71% e a meta pactuada para o ano de 2011 é de 78,00%.<sup>14</sup>

No ano de 2004, o Município aderiu ao SISPRENATAL. Em 2005, possuía um total de 646 gestantes cadastradas no sistema e destas apenas 34 concluíram o pré-natal, realizando o mínimo de seis consultas, os exames básicos preconizados pelo

programa e uma consulta de puerpério.<sup>15</sup>

Analisado o Programa SISPRENATAL<sup>15</sup> no ano de 2010, foram cadastradas 511 gestantes no sistema, sendo atingido um percentual de 62,70% em relação ao número de nascidos vivos no período. Quanto ao percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, este número decai para 28,95%; percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério, 16,41%; percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos, 3,91%; percentual de gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica, 55,60%; percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV, 77,07%; percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL, 29,38%. Percebe-se uma subnotificação dos dados e uma necessidade urgente na adequação dos registros no sistema, com a captação precoce das gestantes, com a realização das ações de Saúde Integral e com a realização da consulta puerperal.

A Estratégia de Saúde da Família prioriza ações de promoção, prevenção das doenças e recuperação da saúde de forma integral e contínua. Foi criada pelo Ministério da Saúde em 1994, com o nome de Programa Saúde da Família (PSF), constituindo um desdobramento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, propiciando a melhoria da assistência materna.<sup>16</sup>

Existem no Município doze Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família implantadas, as quais realizam consultas de pré-natal, um Ambulatório Municipal para o atendimento de emergências e um Centro de Especialidades Médicas que atende as gestantes de médio e alto risco. Os partos de baixo e médio risco são realizados no Hospital do Município que integram o

programa do SISPRENATAL.

Nas ações de promoção e prevenção de doenças, o Município tem o Programa Primeira Infância Melhor (PIM), o qual proporciona o acompanhamento de crianças menores de 3 anos de idade, melhorando em muito as condições de desenvolvimento e atenção a essas crianças pela assistência prestada através do programa.

## CONCLUSÃO

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a existência de recursos hospitalares e ambulatoriais vêm favorecendo a ampliação da oferta de serviços de pré-natal, atenção à criança, assistência ginecológica e planejamento familiar, sendo o conjunto das ações indispensáveis para a total adesão das gestantes ao programa e com isso melhorar e acompanhar adequadamente a gestação, oportunizando um parto humanizado e a redução da mortalidade infantil.

A redução da mortalidade infantil se dá em consequência de diversos fatores como a implementação de ações de promoção, proteção e a ampliação dos serviços de saúde com ações estratégicas, com o apoio ao aleitamento materno, aumento da cobertura das imunizações e do saneamento básico, diminuição das taxas de fecundidade, entre outras.

Acredita-se que uma gestão de saúde eficiente que viabilize o acesso da população aos serviços de saúde, oportunizando atendimento e assistência médica qualificada, torna-se imprescindível ao bom funcionamento e acompanhamento do SISPRENATAL, melhorando a saúde das gestantes e das crianças, reduzindo os fatores de risco para a mortalidade materna e infantil.

O município de Carazinho vem se adequando gradativamente e reorganizando a atenção ao parto e nascimento. Nos serviços de saúde isso vem sendo priorizado, ampliando e organizando o acesso à assistência obstétrica, através da contratação de mais profissionais para atender a demanda, resolvendo assim questões emergenciais e persistentes nos serviços de saúde locais.

Ressalta-se que capacitar os profissionais das ESF e a todos que de uma forma ou outra trabalham com ações de Saúde da Mulher e da Criança faz-se necessário urgentemente, para o aumento da cobertura das Unidades Básicas em pré-natal e puericultura, ampliando as ações e a adesão ao SISPRENATAL, melhorando e ampliando a gestão do mesmo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Kuschnir RC, Chorny AH, Lira & Lima. Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2010.

2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Relatório de Gestão 2003 à 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

4 Lemos DO. As representações sociais do grupo familiar da gestante sobre a gravidez: uma referência para melhorar a qualidade da assistência pré-natal. 1994. 117p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina - Programa de pós-graduação em Enfermagem, Florianópolis, 1994.

5 Noronha DTL, Gerson P, Montgomery M. Tocoginecologia psicossomática. São Paulo: Arned, 1993.

6 Maldonado MTP. Psicologia da Gravidez, 15ª ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

7 Junges JR, Selli L, Benetti SPC. Humanização e Clínica Ampliada na Atenção Primária. Sementes do SUS. Série Técnica - Volume 2 - 1ª ed - Editora IB Saúde. Sapucaia do Sul, 2007.

8 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - Manual Técnico - Brasília: Ministério da Saúde/DF, 2006.

9 Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2004.

10 Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social/Antônio Carlos Gil. - 5ª ed. - São Paulo: Atlas, 1999.

11 Departamento de Informática do SUS. MS/SE/Datasus. [Acesso em 11/03/2011]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>.

12 Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS . [Acesso em 11/03/2011]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE>

13 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [Acesso em: 11 mar. 2011]. Disponível em: [www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm](http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm)

14 Secretaria da Saúde RS. PLANILHA AJUSTE DE METAS. [Acesso em 01 jun.2011]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal>

15 Ministério da Saúde. Datasus. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PNPH) - SISPRENATAL. [Acesso em 11/03/2011]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/sisprenatal/sisprenatal.htm>

## **ANEXOS**

### **Anexo 1 – Normas para submissão do Artigo**

#### **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - REUFSM**

##### **DIRETRIZES PARA AUTORES - INFORMAÇÕES GERAIS**

Os artigos para publicação devem ser enviados exclusivamente à Revista de Enfermagem 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.

Os manuscritos poderão ser encaminhados em português, espanhol ou inglês. Na Revista 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 online no site: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/about/submissions#onlineSubmissions>

Todos os autores deverão ser cadastrados na página da Revista de Enfermagem da UFSM. A Reufsm não cobra taxas para a submissão de artigos.

O nome completo de cada autor, instituição de origem, país, e-mail e resumo da biografia (afiliação completa e credenciais) 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 REUFSM. A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, ao direito de solicitar a revisão de português aos autores.

Os autores dos trabalhos encaminhados para avaliação deverão enviar uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, elaborada conforme modelo da

Revista (disponível em: “Sobre” > “Políticas” > “Modelo de Declaração de Responsabilidade”), e seguir as orientações de envio da Revista.

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. Para os artigos oriundos de outros países os procedimentos adotados serão os constantes na Declaração de Helsink (1975 e revisada em 1983).

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.

### **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 por dois consultores, 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 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.

### **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 15 páginas no total do artigo.

*Relato de experiência:* relatos de experiências acadêmicas, profissionais, assistenciais, de extensão, entre outras, relevantes para a área da saúde. Limite máximo de 15 páginas.

*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. Devem obedecer ao limite de 15 páginas no total do artigo.

*Resenhas:* espaço destinado à síntese ou análise crítica de obras recentemente publicadas (últimos 12 meses). Não devem exceder a 3 páginas no total da análise. Deve apresentar referência conforme o estilo "Vancouver", da obra analisada.

*Nota prévia:* estudos avaliativos, originais ou notas prévias de pesquisa contendo dados inéditos e relevantes para a enfermagem. 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 Enfermagem 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.

*Resumos de Teses, Dissertações e Monografias* apresentadas e aprovadas. Limite 2 páginas.

*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. Sua extensão limita-se a 10 páginas.

## **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 Trebuchet MS 12, espaçamento duplo, 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 em maiúsculas e negrito; resumen e abstract em maiúsculas, negrito e itálico; seção primária em maiúsculas e negrito; e seção secundária em minúsculas e negrito. Ex.: **TÍTULO; RESUMO; RESUMEN; 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 os três idiomas que a Revista adota: Português (Título), Espanhol (Título), e Inglês (Title). – 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 Espanhol (Resumen) e 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 3 a 5 descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://decs.bvs.br>).

Não usar os termos: Palavras-chave, Keywords e Palabras-clave. Usar: Descritores, Descriptors e Descriptores, respectivamente.

*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 Reufsm 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:

*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.

*Ilustrações:* 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 REUFSM, em preto e branco, 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.

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](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

Para pesquisar o título abreviado do periódico consulte o site [www.ccn.ibict.br/busca.jsf](http://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 DiseaseControl. Protection against viral hepatitis.Recomendations 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;211Pt 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 (aheadofprint)*

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). aheadofprintEpub 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](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 BrasPneumol.* 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 Otawa, 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/autor responsável*

HIV/AIDSresources: a nationwidedirectory. 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. [placeunknown]: S.W. Hoobler; 1991. 109 p.

*10 Livro de uma série com indicação de número*

Malvárez, SM, CastrillónAgudelo, 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.

3Bernardino 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>

### **Itens de Verificação 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.

4. O texto está em espaço duplo; 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.

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](#).

**Anexo 2 – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde**