

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

**ATENÇÃO DOMICILIAR NO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE: UMA REFLEXÃO ACERCA DO PROCESSO
DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Naiana Oliveira dos Santos

Palmeira das Missões, RS, Brasil

2015

**ATENÇÃO DOMICILIAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
UMA REFLEXÃO ACERCA DO PROCESSO DE
ORGANIZAÇÃO E GESTÃO**

por

Naiana Oliveira dos Santos

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para a obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientadora: Enf.^a Prof.^a Dr.^a Marta Cocco da Costa

Palmeira das Missões, RS, Brasil

2015

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

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso.

Atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde: uma reflexão acerca do processo de organização e gestão

Elaborado por
Naiana Oliveira dos Santos

Como requisito para obtenção do grau de
Especialista

COMISSÃO EXAMINADORA

**Enf^a. Prof^a. Dr^a. Marta Cocco da Costa
(Orientadora)**

**Prof^a. Dr^a. Alice do Carmo Jahn
Primeiro Examinador**

**Prof^a. Dr^a. Ethel Bastos da Silva
Segundo Examinador**

**Prof^a. Me. Monique Prestes
Suplente**

Palmeira das Missões, 09 de Novembro de 2015.

ATENÇÃO DOMICILIAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REFLEXÃO ACERCA DO PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO¹

HOME CARE IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM: A REFLECTION ABOUT THE ORGANIZATION PROCESS AND MANAGEMENT

ATENCIÓN DOMICILIARIA EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD: UNO REFLEXIÓN SOBRE EL PROCESO DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

Naiana Oliveira dos Santos², Marta Cocco da Costa³

¹ Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Gestão de Organização Pública em Saúde/Universidade Federal de Santa Maria/Pólo Cachoeira do Sul, para obtenção do título de Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.

² Especializanda em Gestão de Organizações Públicas em Saúde/Universidade Federal de Santa Maria/Pólo Cachoeira do Sul. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: naiaoliveira07@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem - UFRGS. Professora Adjunta I da Universidade Federal de Santa Maria - CESNORS. E-mail: marta.c.c@ufsm.br

RESUMO

Objetivo: analisar a forma de organização e gestão da atenção domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde, representada pelo Programa Melhor em Casa (PMC) e refletir sobre as potencialidades e desafios desse programa na produção do cuidado. **Método:** estudo de reflexão teórico-crítico, com prévia revisão de literatura fundamentada em estudos científicos e manuais, normativas e portarias do Ministério da Saúde. **Resultados:** o estudo da temática possibilitou a reflexão sobre o surgimento da AD, a implementação e o financiamento do PMC, bem como as potencialidades e desafios desse programa na produção do cuidado. **Conclusão:** a gestão da AD no Brasil, representada pelo PMC apresentou um considerável avanço de ampliação e qualificação da oferta de serviços no âmbito da AD. Embora observa-se, que ainda existem muitos desafios para sua gestão e consolidação como uma modalidade de atenção substitutiva e com potencialidade para produzir novas formas de cuidar em saúde.

Descritores: Serviços de Assistência Domiciliar; Políticas Públicas de Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: to analyze how the organization and management of Home Care (HC) of the Unified Health System (SUS) represented by the Program Best at Home (PBH) and to reflect on about the opportunities and challenges of this program in care production. **Method:** theoretical and critical reflection study with prior literature review based on scientific studies, manuals, regulations and ordinances of the Ministry of Health. **Results:** the study of thematic enable a reflection on the emergence of HC, implementation and financing of the PBH as well as the potential and challenges of this program in care production. **Conclusion:** the management of the HC in Brazil represented by PBH has presented a substantial advancement of expansion and qualification the offer services in scope of the HC. Although it is observed that there are many challenges to its management and consolidation as a form of substitute attention and with the potential to produce new forms of health care. **Descriptors:** Home Care Services; Public Health Policy; Public Health.

RESUMEN

Objetivo: analizar la forma de organización y gestión de la Atención Domiciliaria (AD) en el Sistema Único de Salud, representado por el Programa Mejor en Casa (PMC) y reflexionar sobre las potencialidades y los retos de este programa en la producción de cuidados. **Método:** estudio de la reflexión teórico-crítica, con la anterior revisión de literatura fundamentadas en los estudios científicos y manuales, reglamentos y ordenanzas del Ministerio de Salud. **Resultados:** el estudio de la temática permitió a la reflexión sobre la aparición de AD, la ejecución y la financiación de la PMC, así como el potencial y los desafíos de este programa en la producción de cuidados. **Conclusión:** la gestión de AD en Brasil, representada por el PMC presentó un avance considerable para la extensión y la calificación de la oferta de servicios en el contexto del AD. Si bien se observa que aún hay muchos retos para su gestión y su consolidación como una modalidad de atención sustitutiva y con potencial para producir nuevas formas de atención en salud. **Palabras clave:** Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Políticas Públicas de Salud; Salud Pública

INTRODUÇÃO

A demanda pelo cuidado integral à saúde, por melhorias na qualidade da atenção, somado ao envelhecimento da população, têm fortalecido novas estratégias de cuidados. Neste sentido, destaca-se formas de cuidar próximas ao domicílio, a Estratégia de Saúde da Família, os serviços de atendimento domiciliar terapêutico destinados a usuários com HIV/Aids e em cuidado paliativo, entre outros.¹

Segundo o Ministério da Saúde, a Atenção Domiciliar (AD) consiste numa modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes. Caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.² Além do atendimento prestado em domicílio, a AD possui o papel de atuar na gestão do cuidado dos usuários e realizar a articulação dos pontos de atenção de modo a ampliar a resolutividade e a integralidade do cuidado.

Na AD as ações de saúde são realizadas no domicílio dos usuários por uma equipe multiprofissional, a partir do diagnóstico da realidade em que está inserido, visando a promoção, manutenção e/ou restauração da saúde. Desta maneira, configura-se numa atividade que envolve os diferentes profissionais da área da saúde, bem como o usuário e sua família, visando considerar o contexto ao qual o mesmo está inserido e ao estabelecimento da saúde como um todo.³

Segundo Lacerda e colaboradores,³ a AD envolve a prática de políticas econômicas, sociais e de saúde, para reduzir os riscos de os indivíduos

adoecerem; a fiscalização e o planejamento dos programas de saúde; e a execução das atividades assistenciais, preventivas e educativas. Assim, abrange desde a promoção da saúde até a recuperação dos indivíduos acometidos por um agravo e que estão em seus respectivos lares.

Recentemente, a AD teve sua importância impulsionada com a publicação da Portaria 2.527 de 27 de Outubro de 2011 e com lançamento do programa de governo Melhor em Casa. Esta portaria organiza a AD em modalidades de atendimento, prevendo o atendimento domiciliar pela atenção básica e por serviços específicos de AD conforme a complexidade de cuidado aos usuários.²

Ao analisar o que determina o gestor em saúde na decisão político-institucional em relação à AD, verifica-se duas ações complementares: uma ação racional, na qual busca à redução de custos por meio da substituição ou diminuição da internação hospitalar; e outra ação que tenciona a reorientação do modelo tecnoassistencial, constituindo-se como um espaço potencializador voltado a novas formas de cuidar.^{4,5}

Atualmente, pode-se afirmar que a AD no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se em pleno processo de expansão, qualificação e consolidação e, por isso tem-se os desafios de sua implementação. A articulação desta modalidade de atenção com a rede de serviços de atenção à saúde configura-se como um dos obstáculos. Lidar com as mais diversas situações que ocorrem num ambiente que é do paciente e sua família, atravessado por outros fatores decisivos à produção do cuidado, como a vulnerabilidade social e a expansão da cobertura das equipes de AD, são alguns dos fatores que também

não podem ser desconsiderados quando a AD se propõe a ser uma modalidade de atenção substitutiva e/ou complementar as já existentes.

OBJETIVO

Analisar a forma de organização e gestão da AD no âmbito do SUS, representada pelo Programa Melhor em Casa e refletir sobre as potencialidades e desafios desse programa na produção do cuidado.

MÉTODO

Estudo de reflexão teórico-crítico acerca da forma de organização e gestão da atenção domiciliar no âmbito do SUS por meio de políticas de saúde e desenvolvimento desta, representada pelo Programa Melhor em Casa. Previamente, conduziu-se uma revisão da literatura fundamentada em estudos científicos, livros e manuais do Ministério da Saúde (MS).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo da temática possibilitou que emergissem três eixos para reflexão: a) *O surgimento da atenção domiciliar*; b) *A implementação e o financiamento do Programa Melhor em Casa*; c) *Potencialidades e desafios do Programa Melhor em Casa na produção do cuidado*. Cada um dos eixos está descrito a seguir.

O surgimento da atenção domiciliar

A AD como extensão do hospital surgiu em 1947 no Hospital de Montefiore, nos Estados Unidos, e teve como objetivo inicial descongestionar os hospitais. A importância da assistência domiciliar nos Estados Unidos cresceu a partir da década de 1980 com o surgimento da AIDS. A mudança do perfil epidemiológico e a necessidade de encontrar maneiras mais efetivas em termos de custo também levaram à exploração da AD em outros países ocidentais.^{6,7}

No Brasil, a primeira forma organizada de assistência domiciliar foi o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), vinculado ao Ministério do Trabalho, criado em 1949. No início da década de 1990, surgiu o serviço organizado na forma de cuidado domiciliar, concentrado em empresas privadas e nos grandes centros.⁸

Na década de 2000, no Brasil, existiram diversas experiências e projetos direcionados para a atenção no âmbito do domicílio com variadas características e modelos de atenção, destacando-se o Programa de Atenção Domiciliar Terapêutica para Aids e o Programa direcionado à atenção dos idosos, com portarias específicas. A maioria das experiências brasileiras em AD, nessa época, foram iniciativas das secretarias municipais de saúde ou de hospitais e não contavam com políticas de incentivo ou regulamentação de financiamento.⁴

Impulsionada pela criação do SUS e pela consequente municipalização da saúde, característica dessa década, este processo pode ter impulsionado que os gestores locais e trabalhadores de saúde experimentassem novas modalidades de cuidado. Dessa forma, a AD foi estabelecida como modalidade de atendimento no SUS por meio de acréscimo de capítulo e artigo à Lei

8080/90, no ano de 2002.⁹ A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foi lançada em 2006, com intuito de orientar a estruturação e o funcionamento dos serviços que prestavam AD.¹⁰

Contudo, com o objetivo de regulamentar a AD de forma integral dentro de diversas modalidades de atenção no âmbito do SUS, no início de 2011, o MS criou um grupo de trabalho (GT) formado por serviços municipais de AD e por áreas técnicas do Ministério da Saúde. O GT partiu do acúmulo anterior sobre a AD, entendendo que a portaria vigente (Portaria n° 2.529, de 19 de outubro de 2006) precisava ser revisada e efetivamente operacionalizada à luz das necessidades atuais. O trabalho do grupo resultou na revogação desta portaria e na publicação da Portaria n° 2.029, de 2011, dando base para que o governo federal lançasse o Programa Melhor em Casa (PMC) no dia 08 de novembro de 2011.¹

Ressalta-se que foram publicadas três principais normativas que tratavam da AD, em um processo sucessivo de substituição: a Portaria n° 2.529, de 2006, foi revogada pela n° 2.029, de agosto de 2011 e esta foi substituída pela Portaria n° 2.527, de outubro de 2011, que foi revogada pela Portaria n° 963, de maio de 2013, que a redefine e está em vigor até o momento.

A implementação e o financiamento do Programa Melhor em Casa

A Política Nacional de Atenção Domiciliária do SUS, definida na Portaria n° 963 de 27 de Maio de 2013 do Ministério da Saúde reordena a AD e apresenta as três modalidades de atendimento, sendo elas: a Atenção Domiciliar tipo 1 (AD 1); a Atenção Domiciliar tipo 2 (AD 2) e a Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3).

A AD, nesse sentido, é responsável pela continuidade dos cuidados, deve estar integrada às redes de atenção à saúde e atuar por meio de ações domiciliares de promoção à saúde, prevenção e tratamento de patologias e reabilitação.²

As modalidades de AD contemplam desde o atendimento domiciliar realizado pela equipe da atenção básica aos usuários clinicamente estáveis com menor necessidade de recursos de saúde e impossibilitados de ir à Unidade de Saúde (AD1), o atendimento prestado pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) aos usuários com problemas de saúde que necessitem de acompanhamento contínuo (AD 2), até aos usuários que necessitem de um cuidado de maior complexidade, como a utilização de oxigenioterapia, suporte ventilatório, diálise peritoneal e paracentese (AD 3).¹¹

De acordo com a Portaria, os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) serão responsáveis pelo gerenciamento e pela operacionalização da EMAD e EMAP. A EMAD é composta por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, fisioterapeuta ou assistente social. Cada EMAP necessita de, pelo menos, três profissionais, entre assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, dentista, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional.²

As equipes de AD devem responder a um território definido. Para a implantação do PMC, o município deve aderir ao programa e possuir população igual ou superior a 20 mil habitantes. Municípios vizinhos podem se unir para atingir a população mínima. Instituições hospitalares vinculadas ao SOS Emergências também podem implantar o PMC.¹¹

Conforme a população do município será implantada a EMAD adequada para o número de habitantes. Assim, a EMAD será denominada Tipo 1 quando

for implantada em municípios com população superior ou igual a 40 mil habitantes e Tipo 2 quando inferior a este número. As duas equipes diferem na carga horária dos profissionais médicos e enfermeiros. Além disso, a proposta de 2013 não define meta de usuários atendidos por equipe/mês, e sim, uma média de 60 usuários para a Emad Tipo 1, e 30 para a Emad Tipo 2. Da mesma forma, não estabelece meta de tempo médio de permanência. A EMAP acompanha os usuários quando houver indicação clínica.¹¹

No que se refere às condições tomadas como critérios de admissão no SAD são: dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; presença de cuidador identificado, caso o usuário seja dependente funcionalmente e, residir em território pré-pactuado. O paciente que se beneficiará do SAD poderá ser oriundo da atenção básica, serviço de atenção às urgências e emergências ou hospital.¹¹ Destaca-se que a condição dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde não é apresentada explicitamente como critério de admissão na normativa, mas consta na descrição dos tipos de usuários que devem ser incluídos em cada modalidade de AD.

As equipes do SAD são organizadas a partir de uma base territorial, sendo referência em AD para uma população definida, devendo relacionar-se com os demais serviços de saúde, em especial com a atenção básica.¹¹ Além disso, para que a cobertura exigida da AD seja possível, há que se considerar o princípio da equidade para a elegibilidade da clientela à qual se destinarão suas ações. Na AD, é fundamental a articulação do SAD com os demais serviços por meio de fluxos de atendimento direcionados às seguintes portas de entrada: usuários

oriundos das equipes de Saúde da Família; da instituição hospitalar; e das unidades de pronto atendimento.⁵

Por ser uma área que está em expansão, a AD necessita da atuação de gestores em saúde. Estes, são profissionais com determinadas competências para sua atuação, como, comunicação, tomada de decisão, negociação, trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, flexibilidade, empreendedorismo, criatividade, visão sistêmica, planejamento e organização.¹²

Além disso, faz-se necessária uma organização administrativa em torno da AD que envolva o fluxo de prestação de serviços; a avaliação do paciente e seu grau de dependência; a avaliação das condições do ambiente; a classificação dos pacientes na modalidade de cuidado adequada; a geração de orçamentos de custos; a avaliação das condições de recursos humanos e, por fim, intervenção no domicílio até a alta desse cuidado.¹³ Deslumbra-se que o PMC prevê a atenção básica como coordenadora do cuidado e da ação territorial. Para tanto, a AD é incorporada ao sistema de regulação e articula-se com os outros pontos de atenção à saúde e com serviços de retaguarda.²

Corroborando a isso, o fato que a AD é demandada por ações assistenciais de caráter integral e ampliada que vão da promoção à reabilitação em saúde. Esses aspectos permitem ações de cuidado mais próximas à integralidade, um dos princípios do SUS, ao possibilitar um olhar ampliado dos profissionais de saúde em relação ao paciente e familiares, ao facilitar o elo entre paciente e sistema de saúde e ao permitir a continuidade dos cuidados.¹⁴

No que tange as questões de financiamento dessa modalidade, a maioria das experiências em AD na década de 2000 acontecia por iniciativa de gestões

municipais e estabelecimentos de saúde, independentemente da existência de políticas de incentivo ou regulamentação de financiamento.⁴ No PMC, o financiamento federal para custeio das equipes de AD, na modalidade fundo a fundo, foi definido pela Portaria n° 963, de 2013. Ademais, os valores a serem repassados foram definidos por outro ato normativo, a Portaria n° 1.505, de 2013.

Os valores de custeio, são oriundos do Piso de Atenção Básica Variável e diferem quanto ao tipo de equipe: Equipe Multiprofissional de AD tipo 1 (Emad Tipo 1) - R\$ 50 mil; Emad Tipo 2 - R\$ 34 mil; e Equipe Multiprofissional de Apoio (Emap) - R\$ 6 mil, todos valores referenciados são de custeio mensal.¹⁵

Nesse cenário de cuidado, os gestores devem buscar modelos de gestão que promovam a participação das equipes nas atividades desenvolvidas com foco no cuidado das necessidades dos usuários, utilizando custos adequados e envolvendo a família. Para tanto, deve-se ter o planejamento das ações e organização do serviço, com a utilização de ferramentas adequadas e avaliação constante tanto do SAD quando da rede de atenção à saúde do município.¹⁶

Potencialidades e desafios do Programa Melhor em Casa na produção do cuidado

Observando a necessidade de uma intervenção mais qualificada e mais especializada a pacientes que dependiam de uma atenção mais intensa, o PMC veio com a potencialidade de permitir um cuidado integral para manutenção e qualidade de vida no domicílio. Essa modalidade de atendimento também

potencializa o uso mais racional de recursos de saúde, como por exemplo, aumentando a disponibilidade de leitos, ao diminuir o tempo de permanência hospitalar e proporcionar cuidado aos pacientes que recebem a assistência no próprio domicílio, junto de sua família.

Trata-se de uma modalidade de atendimento que tem como potencialidade beneficiar aqueles que têm uma condição de saúde difícil e que demanda dificuldade ao paciente e a família para lidar com uma nova condição de vida. Busca a preservação dos vínculos familiares e ampliação da autonomia dos pacientes, para o cuidado à saúde com o auxílio de uma equipe de cuidado multidisciplinar.

Dessa maneira, a AD serve como importante ferramenta de acompanhamento do cuidado e vínculo com as famílias. É nesse momento que o profissional conhece as condições de vida dos usuários e tem maior compreensão das relações existentes no cenário domiciliar.¹⁷ Possibilita avaliar as necessidades dos sujeitos e planejar intervenções adequadas que sirvam para a promoção da saúde tanto dos pacientes quanto de seus cuidadores. A potencialidade da AD se dá pela maior permeabilidade das equipes de saúde aos diferentes aspectos vivenciados pelos usuários e suas famílias e pela produção de um cuidado ampliado que não se restringe aos aspectos biológicos da doença.⁵

Nesse contexto, o domicílio apresenta-se como um espaço potencializador de mudanças no processo de cuidado no sentido da integralidade. Isso permite que as dimensões afetivas e sociais sejam agregadas e que a prática clínica seja reinventada a partir de modos que reconhecem o paciente em suas múltiplas relações. Assim, o trabalho no espaço domiciliar

pode ser substitutivo, ao possibilitar a produção de autonomia e de alternativas coletivas do cuidado, permitindo a criação de vínculo, o conhecimento da realidade dos sujeitos e da experimentação na construção dos projetos de cuidado junto ao usuário e a família.^{3,8,18}

As modalidades de assistência propostas pelo MS, por meio do PMC, tem também como desafio a articulação com os serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção à Saúde.¹ Isso implica na construção de conexões e arranjos com outros serviços de saúde e com os profissionais, onde a AD pode ser pensada tanto como substitutiva para a mudança do modelo de atenção hospitalar, como uma estratégia para criação e compartilhamento de corresponsabilidade na produção do cuidado ao paciente e sua família. O fato do PMC ser recente no país exige, além de uma articulação com a RAS, uma divulgação a respeito do SAD, critérios de elegibilidade para acompanhamento e objetivos dos serviços diante da assistência à saúde.

A construção de protocolos clínicos de atendimento em AD também deve ser considerada pelo gestor, uma vez que a AD nos moldes no PMC é recente no país e pouca literatura existe sobre os procedimentos realizados no domicílio. A produção pelo SAD de manuais e orientações aos cuidadores que realizarão cuidado domiciliar além de favorecer a segurança do paciente, tranquiliza os cuidadores e proporciona maior qualidade do cuidado domiciliar, uma vez que a equipe do SAD realiza visitas semanais aos pacientes e, no restante dos dias, o cuidado é prestado exclusivamente pelo cuidador.

Outro aspecto que surge no dia-a-dia da AD é o suporte aos cuidadores dos usuários dependentes de cuidado. Iniciativas como grupo de apoio aos cuidadores, podem ser adotadas pelo serviço como maneira de qualificar o

cuidado através de atividades que influenciem na sua qualidade de vida e na efetividade do cuidado prestado. Assim, gerir o serviço de modo a garantir a segurança do paciente no domicílio também é um dos desafios da gestão em AD.

CONCLUSÃO

Ainda há muito a ser realizado para que o sistema de saúde brasileiro se torne universal. No entanto, o SUS é um sistema de saúde em desenvolvimento que continua a lutar para garantir a cobertura universal e equitativa. Além da questão financeira e entre os vários desafios do SUS na atualidade, este artigo buscou tratar de como se deu a forma de organização e gestão da AD atenção domiciliar no âmbito do SUS, representada pelo PMC.

A AD ganhou força na agenda do SUS, mobilizando sua potencialidade na produção de novas maneiras de interagir e cuidar frente a um modelo de atenção ainda fragmentado e focado em procedimentos. Por outro lado, tenciona gestores e trabalhadores de saúde a voltar o olhar para uma alternativa de alta qualificada do hospital para casa, reduzindo o tempo das internações e diminuindo índices de infecção hospitalar.

Em outras palavras, urge uma nova estrutura de atenção à saúde da população com a implantação do PMC, demarcada pelo papel da atenção básica na articulação e fortalecimento da AD que devem trabalhar em parceria com o SAD. Questões como o financiamento, pode-se afirmar que a consolidação de qualquer política ou programa de saúde depende da existência de

financiamento adequado, com contrapartida, quando necessário, dos níveis federal, estadual e municipal de gestão.

É inegável a contribuição da AD como uma ferramenta que potencializa a efetivação de novas formas de produção do cuidado e de atuação atrelada às RAS, com foco nas necessidades de saúde dos usuários, porém, o acesso a esta modalidade de atendimento no país dentro do SUS ainda é insuficiente. É fundamental que sejam implementadas estratégias inovadoras para ampliar o acesso dos usuários ao PMC, inserindo esta modalidade de atenção na agenda dos gestores, trabalhadores de saúde e sociedade.

As bases legais e normativas da AD representada pelo PMC já foram estabelecidas. No entanto, ainda existem muitos desafios para sua consolidação como modalidade de atenção substitutiva, com potência para adquirir experiência operacional, com sustentabilidade política e econômica para produzir novas formas de cuidar em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília, DF, 2012. 2v.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 28 out 2011; Sessão1. p.208.
3. Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à Saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. Revista Saúde e Sociedade, v. 15, n. 2, São Paulo, Maio/Agosto, 2006.
4. Carvalho LC. A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar. 2009. 269f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro, 2009.

5. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Rev Saúde Pública. 2010; 44(1):166-76.
6. Roubicek J, Salvatore A, Kavka G, Wiersba C. Servicio de internación domiciliar para pacientes con enfermedades agudas. Rev Panam Salud Publica. 1999;6(3):172-6.
7. Madigan EA, Curet OL. A data mining approach in home healthcare: outcomes and service use. BMC Health Serv. Res., v. 6, n. 18, 2006.
8. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Rev Panam Salud Publica, v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008.
9. Brasil. Ministério da Saúde Saúde. Lei nº 10.424, 15 de abril de 2002: acrescenta capítulo e artigo à Lei n. 8.080, 19 de setembro de 1990, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no SUS. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 2002 abr 16; 72(1) Seção 1.
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução Diretoria Colegiada n. 11, 26 de janeiro de 2006: dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam Assistência Domiciliar. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 2006 jan 30; 21(1):78.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília - DF; 2013a.
12. Furukawa PO, Cunha ICK. O perfil e competências de gerentes de enfermagem de hospitais acreditados. Rev. Latino am. enferm., v. 19, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_15.pdf>. Acesso em: 6 set. 2015.
13. Dal Ben LW. Gestão em cuidado domiciliar. In: HARADA, Maria de Jesus C.S. (Org.). Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura. São Caetano do Sul: Yendis; 2011. p. 397-413.
14. Brito MJM, Andrade AM, Caçador BS, Freitas LFC, Penna CMM. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. Esc Anna Nery. 2013 set/dez; 17(4):603-10. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0603.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.505, 24 de julho de 2013: Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Diário Oficial da União, 2013b. Julh 25; Seção 1. p. 33.

16. Bernardini K, Nishida MSI. Estrutura da central administrativa. In: BUENO, Paula D.R. Home Care: o que o profissional de enfermagem precisa saber sobre assistência domiciliar. São Paulo: Rideel, 2011. p. 63-81.
17. Lionello CDLO, Duro CLM, Silva AM, Witt RR. O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliária. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 103-110, 2013.
18. Kerber NPC, Kirchhof ALC, Cezar-Vaz MR. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 485-93, mar. 2008.

ANEXO A - Normas da Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL

Diretrizes para Autores

Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL/Journal of Nursing UFPE on line/JNUOL

Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo (Editor-Chefe)

Av. Prof. Moraes Rego, 1235 / Bl. A do Hospital das Clínicas

CEP: 50670-901 - Cidade Universitária - Recife (PE), Brasil

E-mail: reuol.ufpe@gmail.com

POLÍTICA EDITORIAL

AVALIAÇÃO DUPLO CEGA PELOS PARES (*Double blind peer review*)

Previamente à publicação, todos os artigos enviados à Reuol passam por processo de revisão e arbitragem, como forma de garantir seu padrão de qualidade e a isenção na seleção dos trabalhos a serem publicados. Inicialmente, o artigo é avaliado pelo Editor-Chefe para verificar se está de acordo com as normas de publicação e completo. Todos os trabalhos são submetidos à avaliação pelos pares (*Double blind peer review*) por pelo menos três revisores selecionados dentre os membros da Equipe Editorial. A aceitação é baseada na originalidade, significância, conteúdo, adequação bibliográfica e contribuição científica. Os revisores preenchem o formulário da Reuol [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/files/INSTRUMENTO_DE_AVALIACAO_MAR_2013.doc], no qual fazem a apreciação rigorosa de todos os itens que compõem o trabalho. Ao final, farão comentários gerais sobre o trabalho e opinarão se o mesmo deve ser publicado, corrigido segundo as recomendações. De posse desses dados, o editor toma a decisão final. Em caso de discrepâncias entre os avaliadores, pode ser solicitada uma nova opinião para melhor julgamento. Quando são sugeridas modificações pelos revisores, as mesmas são encaminhadas ao autor principal e, a nova versão encaminhada aos revisores para verificação se as sugestões/exigências foram atendidas. Em casos excepcionais, quando o assunto do manuscrito assim o exigir, o Editor poderá solicitar a colaboração de um profissional que não conste da relação do Conselho Editorial para fazer a avaliação. Todo esse processo é realizado por meio do sistema de submissão e gerenciamento da publicação on line. O sistema de avaliação é o duplo cego, garantindo o anonimato em todo processo de avaliação. A decisão sobre a aceitação do artigo para publicação ocorrerá, sempre que possível, no prazo de três meses a partir da data de seu recebimento. As datas do recebimento e da aprovação do artigo para publicação são informadas no artigo publicado com o intuito de respeitar os interesses de prioridade dos autores.

IDIOMA/TRADUÇÃO

Os artigos podem ser redigidos nos idiomas Português/Inglês/Espanhol, obedecendo à ortografia oficial de cada idioma, empregando a linguagem fácil e precisa e evitando-se a informalidade da linguagem coloquial. O artigo com a aprovação para publicação

deverá ser encaminhado para um ou mais dos tradutores indicados em uma lista pela Revista + empresas, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores. No entanto, não será aceita a tradução feita por outro/s tradutor/es, apenas dos que estão indicados com o envio da “declaração de tradução” + cópia duplicada do artigo para o autor x editor.

PESQUISA COM SERES HUMANOS E ANIMAIS

Os autores devem, no item Método, declarar que a pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa de sua Instituição (enviar declaração assinada que aprova a pesquisa), em consoante à Declaração de Helsinki revisada em 2000 [World Medical Association (www.wma.net/e/policy/b3.htm)] e da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>). Também, faz-se obrigatório o envio de cópia de aceitação do projeto no CEP como documento suplementar ou anexo ao final do artigo. Na experimentação com animais, os autores devem seguir o CIOMS (Council for International Organization of Medical Sciences) Ethical Code for Animal Experimentation (WHO Chronicle 1985; 39(2):51-6) e os preceitos do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal - COBEA (www.cobea.org.br). O Corpo Editorial da Revista poderá recusar artigos que não cumpram rigorosamente os preceitos éticos da pesquisa, seja em humanos ou animais. Os autores devem identificar precisamente todas as drogas e substâncias químicas usadas, incluindo os nomes do princípio ativo, dosagens e formas de administração. Devem, também, evitar nomes comerciais ou de empresas.

POLÍTICA PARA REGISTRO DE ENSAIOS CLÍNICOS

A Reuol, em apoio às políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto, somente aceitará para publicação, a partir de julho de 2010, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, disponível no endereço: <http://clinicaltrials.gov> ou no site do Pubmed, no item. O número de identificação deve ser registrado ao final do resumo.

DIREITOS AUTORAIS E DE RESPONSABILIDADE

O autor responsável pela submissão do artigo deverá encaminhar pelo sistema on line da Reuol, como documento suplementar, a **DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTORAL E DE RESPONSABILIDADE** assinada por todos os autores, acessada pelo link: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/authorship_responsibility.doc

CRITÉRIOS DE AUTORIA

Que sejam adotados os critérios de autoria dos artigos segundo as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors. Assim, apenas aquelas pessoas que contribuíram diretamente para o conteúdo intelectual do trabalho devem ser listadas como autores.

Os autores devem satisfazer a todos os seguintes critérios, de forma a poderem ter responsabilidade pública pelo conteúdo do trabalho:

1. Ter concebido e planejado as atividades que levaram ao trabalho ou interpretado os resultados a que ele chegou, ou ambos;
2. Ter escrito o trabalho ou revisado as versões sucessivas e tomado parte no processo de revisão;
3. Ter aprovado a versão final.

A responsabilidade pelo conteúdo de artigos submetidos à REUOL é dos autores. Embora as informações nesta Revista sejam consideradas verdadeiras e precisas ao serem publicadas, nem o editor nem os membros da equipe editorial podem aceitar qualquer responsabilidade legal por quaisquer erros ou omissões que possam ser feitas. A editoria não oferece nenhuma garantia, expressa ou implícita, com relação ao material publicado.

Pessoas que não preencham tais requisitos e que tiveram participação puramente técnica ou de apoio geral, podem ser citadas na seção Agradecimentos.

CONFLITOS DE INTERESSES e DECLARAÇÃO

Os conflitos de interesses podem ser da esfera política, acadêmica, comercial, pessoal e financeira. Portanto, solicitamos que o autor, ao submeter artigos à REUOL, que copie e cole no local apropriado da submissão cada DECLARAÇÃO:

"Eu, autor responsável pela submissão do artigo, certifico que não possuo quaisquer conflitos de interesse relacionado ao artigo."

"Eu, autor responsável pela submissão do artigo, certifico que este autor não possui quaisquer conflitos de interesse relacionado ao artigo."

O Conselho Editorial da REUOL não rejeitará artigos em função de conflitos de interesse, pois reconhece que são inevitáveis.

PREPARO PARA SUBMISSÃO DO ARTIGO

◆ LAYOUT DA PÁGINA:

1) **PAPEL OFÍCIO** (21,59 x 35,56 cm)

2) **MARGENS DA PÁGINA:** de 2,0 cm em cada um dos lados

◆ **LETRA:** Trebuchet MS de 12-pontos

◆ **NÃO USAR** rodapé/notas/espacamento entre parágrafos/não separar as seções do artigo

◆ **ESPAÇAMENTO DUPLO ENTRE LINHAS** em todo o ARTIGO

♦ **IDIOMAS:** Português e/ou Inglês e/ou Espanhol. Em se tratando de tradução* o artigo o ORIGINAL deve ser encaminhado também como documento suplementar ou em arquivo único (ORIGINAL + TRADUÇÃO). *A Reuol indica por meio de LISTA REVISORES/TRADUTORES BI e TRILÍNGUES. Consulta ao Editor deve ser feita antes da TRADUÇÃO.

♦ **TEXTO:** sequencial e justificado sem separar as seções (página inicial e as que se seguem).

♦ **NÚMERO DE PÁGINAS:**

1) **20 PÁGINAS** (excluindo-se página inicial, agradecimentos e referências);

2) **PÁGINAS NUMERADAS** no ângulo superior direito a partir da página de identificação;

3) **MARGENS LATERAIS DO TEXTO:** 1,25 cm.

♦ **NÚMERO DE REFERÊNCIAS:** 30 no máximo (atualizadas nos últimos 5 anos, quando convier)

♦ **NÃO APRESENTAR**, de preferência, referências de monografias, dissertações e teses (exceto quando a pesquisa incluir Banco de dissertações/teses em pesquisas de Revisões), **APRESENTAR** os **ARTIGOS ORIUNDOS**.

♦ **TÍTULOS:** Português/Inglês/Espanhol, com 10 a 15 palavras; **NÃO EMPREGAR: siglas e elementos institucional, do universo geográfico, de dimensão regional, nacional ou internacional.** Apresentar apenas os elementos do OBJETO DE ESTUDO ou dos DESCRITORES DeCS: <http://decs.bvs.br>

♦ **AUTORES:** 06 (seis) no máximo.

Abaixo dos títulos (**NÃO USAR** rodapé), texto sequencial e justificado após o/s nome/s completo/s do/s autor/es:

1) Formação, maior titulação, principal instituição a que pertence, cidade, estado (sigla), país e E-mail.

2) Para o autor responsável para troca de correspondência: endereço completo (Rua; Av.; Bairro; Cidade; Estado; CEP, telefone e fax).

♦ **RESUMOS:** Português/Inglês/Espanhol, **NÃO MAIS** que 150 palavras. Deve-se iniciar e sequenciar o texto com letra minúscula após os seguintes termos: **Objetivo: Método: Resultados: Conclusão: **Descritores/Descriptors/Descritores:**

*Devem ser extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde](http://decs.bvs.br)" (DeCS: <http://decs.bvs.br>), quando acompanharem os resumos em português, e do [Medical Subject Headings \(MeSH\)](http://decs.bvs.br), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

♦ **TEXTO:** os textos de manuscritos **originais, estudos de casos clínicos, de revisões de literatura sistemática e integrativa** devem apresentar: 1) Introdução; 2) Objetivo/s; 3) Método; 4) Resultados; 5) Discussão; 6) Conclusão;

7) Agradecimentos (opcional);

8) Referências

(Estilo Vancouver: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). As demais categorias terão estrutura textual livre, porém as **REFERÊNCIAS** são obrigatórias.

♦ **TABELAS** (conjunto **TABELAS** + **FIGURAS** = 05): devem ser elaboradas para reprodução direta pelo Editor de Layout, sem cores, 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** (conjunto **FIGURAS** + **TABELAS** = 05): 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 REUOL, sem cores, inseridos no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte inferior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto. As figuras devem ser elaboradas no programa Word ou Excel permitindo acesso ao conteúdo e não serem convertidas em figura do tipo JPEG, BMP, GIF, etc. Os dados devem estar explícitos (n e %). Enviar as planilhas do Excel.

♦ **CITAÇÕES:** as citações serão identificadas no texto por suas respectivas numerações sobrescritas, sem a identificação do autor e ano, sem uso do parêntese e colocado após o ponto final, quando convier (vide exemplo)*. Números sequenciais devem ser separados por hífen; números aleatórios, por vírgula.

*Ex: (1). deixá-lo sem o parêntese, sobrescrito e colocado após o ponto final.¹

Nas citações diretas até três linhas incluí-las no texto, entre aspas (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 parágrafo 2,0 linhas (sem aspas e sem itálico), seguindo a indicação de autor e data.

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.

♦ **REFERÊNCIAS:** de acordo com o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas — Estilo Vancouver: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

• 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.
- Na lista de referências, as referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto.
- Referenciar 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 consultar: <http://www.revisoeserevisoes.pro.br/gramatica/abreviaturas-dos-meses/> (não considerar o ponto, conforme o Estilo Vancouver recomenda: Jan Feb Mar Apr May June July Aug Sept Oct Nov Dec

EXEMPLOS:

1. Castro SS, Pelicioni AF, Cesar CLG, Carandina L, Barros MBA, Alves MCGP et al. Uso de medicamentos por pessoas com deficiências em áreas do estado de São Paulo. Rev saúde pública [Internet]. 2010 [cited 2012 June 10];44(4):601-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/03.pdf>
2. Rozenfeld M. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. Cad saúde pública [Internet]. 2003 [cited 2012 May 10];19(3):717-24. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15875.pdf>
3. Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Prevalências e fatores associados à automedicação : resultados do projeto Bambuí. Rev saúde pública [Internet]. 2002 [cited 2011 Nov 12];36(1):55-62. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v36n1/8116.pdf>
4. Mendes Z, Martins AP, Miranda AC, Soares MA, Ferreira AP, Nogueira A. Prevalência da automedicação na população urbana portuguesa. Rev bras ciênc farm [Internet]. 2004 [cited 2011 Jun 15];40(1):21-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v40n1/05.pdf>
5. Vilarino JF, Soares IC, Silveira CM, Rodel APP, Bortoli R, Lemos RR. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. Rev saúde pública [Internet]. 1998 [cited 2011 Dec 13];32(1):43-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n1/2390.pdf>

O TEMPO DE PUBLICAÇÃO...

A prioridade é publicar artigos na **CATEGORIA ORIGINAL** depois de **três (03) meses** assim que o processo de avaliação for finalizado. Assim as demais categorias, ficam com o prazo além dos três (03) meses ou será publicado em edições especiais.

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. **Checklist** preenchido, disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/files/MODELO_CHECKLIST_MAR_2013.doc ; 2) **Cópia** de aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos ou Animais, conforme a pertinência; 3) **Arquivo** do artigo em Microsoft Word; 4) **Formulário** de declaração. Download em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/authorship_responsibility.doc
2. ► Em havendo pendência por incompletude ou inadequação, será solicitada correção/adequação. Caso não seja atendida, a submissão será arquivada.

Declaração de Direito Autoral

O(s) autor(es) abaixo assinado(s) transfere(m) todos os direitos autorais do manuscrito bi(tri)lingue (TÍTULO DO ARTIGO) à Revista de Enfermagem UFPE on line/Reuol.

O(s) signatário(s) garante(m) que o artigo é original, que não infringe os direitos autorais ou qualquer outro direito de propriedade de terceiros, que não foi enviado para publicação em nenhuma outra revista e que não foi publicado anteriormente.

O(s) autor(es) confirma(m) que a versão final do manuscrito foi revisada e aprovada, pois os seguintes critérios foram atendidos, de modo a poderem ter responsabilidade pública pelo conteúdo do trabalho:

1. Ter concebido e planejado as atividades que levaram ao trabalho ou interpretado os resultados a que ele chegou, ou ambos;
2. Ter escrito o trabalho ou revisado as versões sucessivas e tomado parte no processo de revisão;
3. Ter aprovado a versão final.

Concordo/amos que o manuscrito bi(tri)lingue, uma vez publicado, torna-se propriedade permanente da Revista de Enfermagem UFPE on line/Reuol e não pode ser publicado sem o consentimento por escrito do Editor-Chefe.

_____ / _____ / _____ 12

Local e data

Assinatura _____