

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**TRAJETÓRIAS PERCORRIDAS POR PACIENTES QUE SOFRERAM ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL ATÉ A INTERNAÇÃO EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS
ESPECIAIS**

Larissa Sant Anna Kellermann Carvalho

**Porto Alegre
2018**

LARISSA SANT ANNA KELLERMANN CARVALHO

**TRAJETÓRIAS PERCORRIDAS POR PACIENTES QUE SOFRERAM ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL ATÉ A INTERNAÇÃO EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS
ESPECIAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em
enfermagem, da Graduação de
Enfermagem da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a Dr^a Adriana R Ramos

PORTO ALEGRE

2018

RESUMO

Trata-se de um estudo que tem por objetivo conhecer a trajetória percorrida por pacientes que sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC) internados em uma Unidade de Cuidados Especiais. É um estudo qualitativo, do tipo descritivo exploratório, realizado junto a pacientes que sofreram AVC, na Unidade de Cuidados Especiais de um hospital de grande porte do sul do País. A análise se deu por meio de categorização temática e análise de conteúdo e respeitou as considerações bioéticas. A maioria dos entrevistados eram homens, maiores de 60 anos, brancos e alfabetizados. Apresentaram como fatores de risco mais prevalentes *Diabetes Mellitus* e Hipertensão Arterial Sistêmica. Desconheciam o que era o AVC, mas souberam relacionar algumas causas. Observaram-se fragilidades nas trajetórias pelos serviços de saúde, tanto por parte dos entrevistados quanto pelos profissionais. Pensa-se ser necessária maior compreensão dos sinais e sintomas do AVC, para reconhecimento e encaminhamento adequados, diminuindo sequelas e custo social.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Cuidados de Enfermagem; Assistência à Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 OBJETIVO.....	7
3 METODOLOGIA.....	8
3.1 Tipo de estudo.....	8
3.2 Campo do estudo.....	8
3.3 Participantes.....	8
3.4 Coleta das informações.....	8
3.5 Análise das informações.....	9
3.6 Aspectos éticos.....	9
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	11
REFERÊNCIAS.....	23
APÊNDICE A – Instrumento para a entrevista.....	25
APÊNDICE B – Investigação nos prontuários.....	25
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	27
ANEXO 1 – Aprovação do Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.	28
ANEXO 2 – Normas para submissão do artigo – Revista Gaúcha De Enfermagem...	35

1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que a população mundial vem sofrendo mudanças em sua estrutura, principalmente com aumento da expectativa de vida. No Brasil essa mudança veio acompanhada de queda nas taxas de natalidade, refletindo no tão falado envelhecimento populacional (BARRETO; CARMO, 2007).

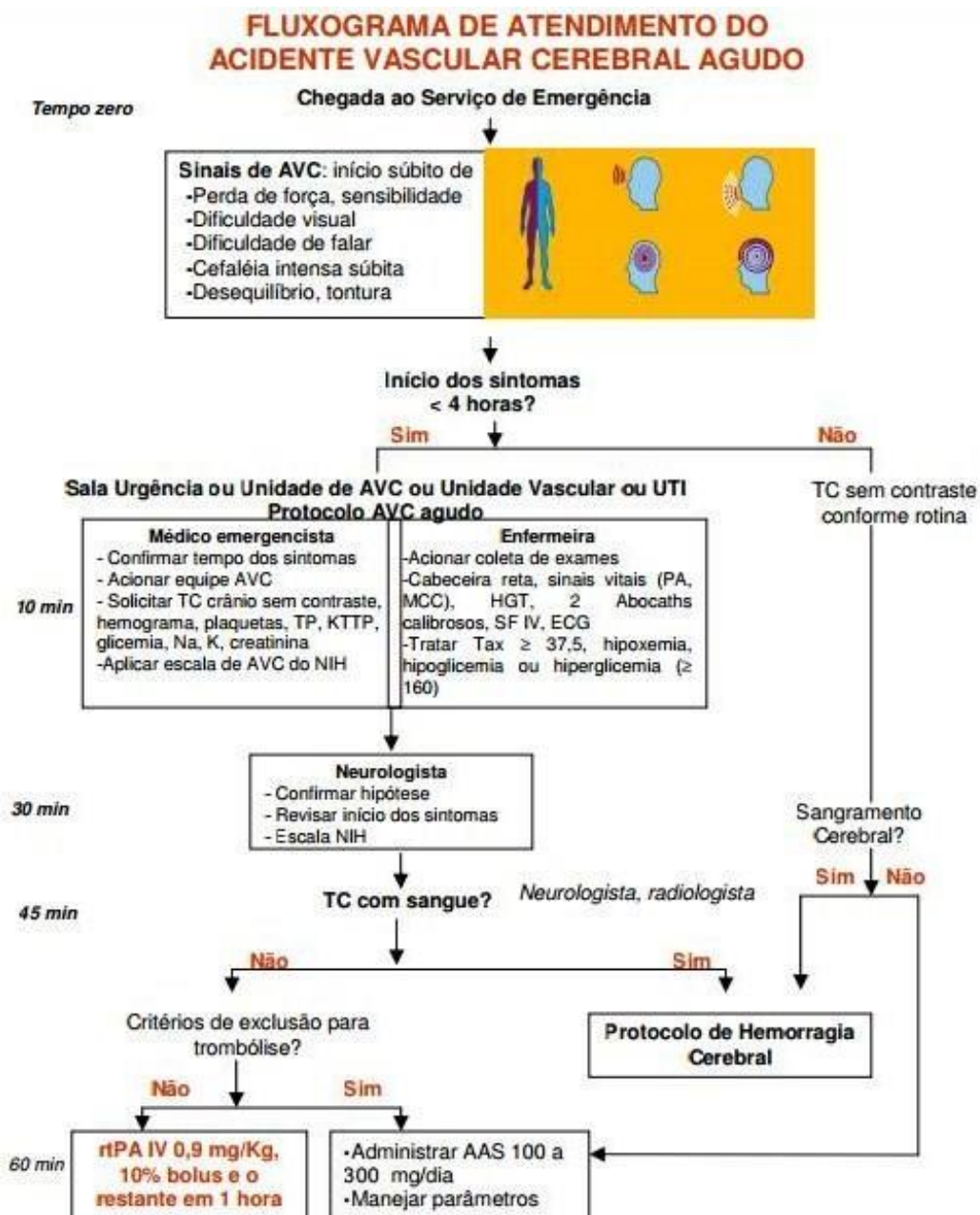
Como consequência de uma população mais idosa, as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) têm se apresentado como um grande problema de saúde pública, sendo responsáveis no Brasil por 72% das causas de mortes (BRASIL, 2011). Dentre as DCNTs destacam-se as doenças do aparelho circulatório, correspondendo a 31,3% do total das mortes (BRASIL, 2011).

O Acidente Vascular Cerebral (AVC), que faz parte do grupo de Doenças Cerebrovasculares (DCV), dentro do capítulo de doenças do aparelho circulatório na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) é a segunda maior causa de mortes no mundo (GARRITANO et al, 2012). É definido como grupo de doenças de início abrupto e que provocam danos neurológicos seja por fluxo sanguíneo insuficiente para o cérebro (AVC isquêmico) ou por hemorragia no tecido cerebral ou espaço subaracnoideo (AVC hemorrágico) (GOLDMAN; AUSIELLO, 2011).

Sintomas comuns sugestivos de AVC são fraqueza ou dormência de um lado do corpo, alteração na fala, como dificuldade para articular, expressar ou compreender a linguagem, dificuldade visual em um ou ambos os olhos, cefaleia intensa, dificuldade para caminhar associada à tontura e desequilíbrio, todos apresentados de maneira súbita (BRASIL, 2013).

O tratamento depende se o AVC for isquêmico ou hemorrágico e o ideal é que o paciente seja atendido até 3 horas após o aparecimento dos primeiros sintomas para que haja a possibilidade de uso da terapia trombolítica, no caso de AVC isquêmico. A dinâmica de atendimento ideal para os pacientes com AVC agudo pode ser conferida na figura abaixo (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma de atendimento do Acidente Vascular Cerebral agudo.



Fonte: Manual de rotinas para atenção ao AVC. Ministério da Saúde, 2013.

Muitos desafios se apresentam para que o atendimento seja eficaz, tais como desconhecimento dos sintomas do AVC e necessidade de busca aos serviços de saúde o mais rápido possível por parte da população e o despreparo dos profissionais de saúde para a conduta correta, seja esta o encaminhamento a outro serviço ou o tratamento.

Em 2012, no Brasil, foi aprovada a Linha de Cuidados em AVC e instituído critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC, visando estruturação das Redes de Atenção à Saúde, aprimoramento no atendimento a estes pacientes, entre outros (BRASIL, 2012). Isso demonstra preocupação e maior atenção por parte do governo a essa doença e aos pacientes acometidos pela mesma.

Sendo assim esse estudo se justifica pelo fato de que o AVC é um problema de saúde pública de grande magnitude, demandando atenção por parte dos profissionais de saúde e gestores e ao se conhecer as trajetórias dos pacientes que sofreram AVC pode-se visualizar as dificuldades e falhas no acesso aos serviços. A relevância desse estudo se dá a partir da lógica de que reconhecendo as falhas no processo de atendimento pode-se planejar um atendimento melhor, com qualidade e resolubilidade.

Dessa forma tem-se por questão norteadora do estudo “Quais as trajetórias percorridas por pacientes que sofreram AVC até a internação em uma Unidade de Cuidados Especiais?”

2 OBJETIVO

Conhecer a trajetória percorrida por pacientes que sofreram AVC internados em uma Unidade de Cuidados Especiais.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Estudo qualitativo, do tipo descritivo exploratório, que permite uma abordagem mais próxima das experiências vivenciadas pelos sujeitos (MINAYO, 2008).

3.2 Campo do estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Cuidados Especiais (UCE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, na ala norte do 6° andar. A UCE dispõe de uma equipe multidisciplinar e atende pacientes nas linhas de cuidado do acidente vascular cerebral agudo, dos cuidados respiratórios e da doença respiratória crônica exacerbada. Na linha de cuidado do acidente vascular cerebral agudo, a unidade conta com 10 leitos. Os pacientes que são atendidos na Emergência do HCPA por quadro agudo de acidente vascular cerebral, após medidas iniciais de estabilização clínica, são transferidos para a UCE a fim de receber cuidados multiprofissionais especializados.

3.3 Participantes

Os participantes do estudo foram pacientes que sofreram AVC, internados no referido hospital que preencheram os critérios de inclusão. Os critérios de inclusão foram ser maior de 18 anos, estar internado há mais de 24h, ter condição de comunicação e/ou ter acompanhante que possa responder a entrevista. Os pacientes foram identificados através da enfermeira em plantão responsável pelos mesmos. Estes foram convidados a participar do estudo durante sua internação na UCE. Previu-se a participação de 10 pacientes, por ser esse o número de leitos da UCE para este tipo de paciente e pela questão da saturação de dados.

3.4 Coleta das informações

A coleta foi realizada a partir de um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) junto aos pacientes internados e/ou acompanhante e dados de anamnese e internação dos mesmos foram extraídos do prontuário eletrônico (APÊNDICE B). Os termos técnicos foram esclarecidos em linguagem coloquial possibilitando a compreensão do leigo. A entrevista foi realizada à beira do leito. No caso de entrevista com o acompanhante, esta foi realizada na sala de procedimentos do 6º norte, 622A. O período da coleta foi novembro e dezembro de 2016.

3.5 Análise das informações

A análise se deu por meio do referencial de análise de conteúdo (BARDIN, 2010), em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na pré-análise foram delimitados os indicadores que auxiliaram a posterior interpretação do material descritivo que foi obtido. A exploração do material se refere à fase em que foi analisado o material obtido, buscando encontrar subsídios nas falas dos participantes que compuseram a amostra para criação de categorias que serviram como base para a análise temática. A última etapa foi o tratamento dos dados obtidos e interpretação, onde foi interpretado o material, relacionando com a teoria.

3.6 Aspectos éticos

Este estudo foi submetido à avaliação e aprovação da Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e, posteriormente, ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A coleta de dados iniciou após aprovação pela COMPESQ e pelo CEP.

Os pacientes convidados a participar do estudo foram informados sobre o mesmo. Aceitando participarem do estudo estes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura, em duas vias (APÊNDICE C). Uma das vias do TCLE permaneceu com o entrevistado. No caso de impedimento do paciente para assinar o TCLE foi solicitado o consentimento ao familiar/acompanhante.

Neste estudo foram seguidas as diretrizes constantes na Resolução nº 466 de 12

de dezembro de 2012, no que se refere às pesquisas com seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES QUE SOFRERAM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Dentre os 10 entrevistados, 4 foram do sexo feminino e 6 do sexo masculino. Quanto à idade, a maioria dos entrevistados (60%) estava na faixa etária dos 60 a 69 anos, seguido da faixa etária dos 50 a 59 anos (20%) e das faixas de 70 a 79 anos e 80 anos ou mais com 10% cada, e nenhum com menos de 50 anos.

Estudos realizados em outros municípios do Rio Grande do Sul e do Brasil, também apontaram a idade como fator de risco, sendo que o maior número dos casos ocorreu a partir dos 60 anos (RIBEIRO et al, 2012; GROCHOVSKI; CAMPOS; LIMA, 2015; BIOLO; GARCIA; SILVA, 2006; CARVALHO et al, 2011) ou dos 70 anos (ROSA; MORAES; TREVISAN, 2015). Apenas um estudo apontou idade inferior a 60 anos (COPSTEIN; FERNANDES; BASTOS, 2013). Há uma divergência em relação ao sexo dos pacientes entre os estudos da área, sendo que, em alguns, a maioria são de mulheres (RIBEIRO et al, 2012; ROSA; MORAES; TREVISAN, 2015; COPSTEIN; FERNANDES; BASTOS, 2013; CARVALHO et al, 2011) e, em outros, de homens (GROCHOVSKI; CAMPOS; LIMA, 2015; BIOLO; GARCIA; SILVA, 2006).

FIGURA 1 – Características dos pacientes entrevistados que sofreram AVC e internaram no HCPA, no período de novembro a dezembro de 2016.

Variáveis		N	%
SEXO	Feminino	04	40
	Masculino	06	60
IDADE	50-59 anos	02	20
	60-69 anos	06	60
	70-79 anos	01	10
	Mais de 80 anos	01	10
RAÇA/COR	Branco	09	90
	Preto	01	10
ESCOLARIDADE	Não estudou	01	10
	Ensino Fund Incompleto	05	50
	Ensino Fund Completo	00	00
	Ensino Médio Incompleto	00	00
	Ensino Médio Completo	04	40
RESIDÊNCIA	Porto Alegre	04	40
	Região Metropolitana*	06	60

* Alvorada, Canoas, Eldorado do Sul, Guaíba, Novo Hamburgo e Viamão.

A respeito da raça, 90% declararam-se brancos, assim como em estudos analisados (ROSA; MORAES; TREVISAN, 2015; COPSTEIN; FERNANDES; BASTOS, 2013;

CARVALHO et al, 2011). No que se refere à escolaridade, 60% dos entrevistados não tinham o ensino fundamental completo, sendo um (10%) analfabeto, 40% tinha completado o ensino médio e nenhum tinha curso superior. Os estudos investigados apontam que os entrevistados eram alfabetizados (RIBEIRO et al, 2012; COPSTEIN; FERNANDES; BASTOS, 2013), sendo que 40% tinham entre 5 e 8 anos de estudo (COPSTEIN; FERNANDES; BASTOS, 2013). Quanto ao local de residência, 40% dos entrevistados residiam em Porto Alegre e 60% na Região Metropolitana.

ENTENDIMENTO SOBRE O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Os entrevistados E1, E2, E4, E6, E8 e E10 relataram não entender o que é o AVC. Isso se reflete na fala do primeiro entrevistado, associando o AVC ao fim de tremores de outra natureza. Outra questão relevante, apontada pelos E2, E6, E10 é quanto ao não entendimento da explicação realizada pela equipe de saúde/médica. O mesmo pode ter ocorrido com o E4 que referiu o fato de sua mãe já ter sofrido em AVC, mas não entendia bem a situação.

Não sei explicar o que é, mas tinha tremor e no primeiro AVC parou (E1).

Os médicos dele me explicaram. Não entendi muito bem (E2).

A mãe teve um AVC faz uns dez anos. A gente não sabia o que era. Agora eu já sei como ela fica, mas não sei muito bem o que é (E4).

Não entendi muito bem quando explicaram (E6).

Não (E8).

Não sei, mas já me explicaram (E10).

Pensa-se que a dificuldade na compreensão da explicação médica possa ser dar pelo uso de termos técnicos ou mesmo pela baixa escolaridade (60% dos entrevistados com ensino fundamental incompleto ou analfabetos) e idade (80% com mais de 60 anos).

Estudo aponta dificuldades que os entrevistados têm em relatar o tipo de AVC que os acometeu, sendo que cerca da metade dos entrevistados não tinham conhecimento sobre esta informação (RIBEIRO et al, 2012).

Já os entrevistados E3 e E5 referem entender o que é o AVC, porém, ao serem questionados, um deles não explicou e o outro reduziu a causa ao coágulo. Essa situação demonstra o desconhecimento mesmo por quem refere entender sobre o assunto. Os entrevistados E7 e E9 revelaram ter reconhecido os sintomas e terem buscado atendimento.

Sim. O médico me disse que é por causa do coágulo (E3).

Sim (E5).

Reconheci os sintomas de AVC e o trouxe para o hospital (E7).

Sei sim. Eu que chamei a ECOSALVA as duas vezes (E9).

Quando questionados sobre os motivos do AVC a maioria dos entrevistados (E1, E2, E3, E4 e E5) relatou situações que efetivamente podem provocá-lo, como ansiedade, emoção, má circulação, *diabetes mellitus*, medicação anticoagulante, fumo e má alimentação.

Acho que por ser ansiosa, ter me emocionado (E1).

O pai tem anemia, diabetes, já foi internado várias vezes (E2).

Foi o coração, tava assistindo o jogo do inter (E3).

Má circulação, sangue grosso (E4).

Eu acho que medicação para afinar o sangue, cigarro, alimentação (E5).

A tia teve AVC cedo, sempre trabalhou muito, pode ser a alimentação errada também (E6).

Não sabe porque, mas acha que alguns fatores influenciaram. Meu pai teve câncer na laringe há 3 anos, teve de fazer laringectomia. Ele também precisou fazer angioplastia, pois estava com uma carótida 100% comprometida em consequência da radioterapia (E7).

Eu acho que é porque ele não comia bem, fumava e bebia (E8).

Eu fumava, tenho pressão alta (E9).

Eu sou muito ansioso e semana passada assassinaram meu sobrinho. Fui parar no Instituto do Coração. Tive um infarto. E tenho mais uns estresses com a minha ex mulher, ela incomoda muito (E10).

Esse entendimento que o usuário demonstra sobre o motivo que desencadeou o AVC, remete à importância do papel educativo dos profissionais da saúde, especialmente do Enfermeiro, durante a fase aguda do AVC e o cuidado após a internação hospitalar (BOCCHI, 2004).

TRAJETÓRIA E ACOMPANHAMENTO MÉDICO

Através da avaliação em prontuário(P), foi possível identificar nos pacientes um predomínio de doenças crônicas como *diabetes mellitus* (DM) (E1, P2, E3, E6, E8) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (E2, E3, E4, E6, E9 e E10).

DM tipo II insulino dependente, Hepatite C, Insuficiência renal crônica (P. E1).

DM tipo II insulino dependente, anemia falciforme, HAS, hipotireoidismo (P. E2).

DM tipo II, HAS, Fibrilação atrial paroxística, obesidade mórbida, hipercolesterolemia (P. E3).

DPOC, HAS, ICC, insuficiência venosa crônica, vasculopatia periférica, fibrilação atrial, epilepsia (P. E4).

Deficiência renal crônica, ICC, fibrilação atrial, miocardiopatia (P. E5).

HAS, DM2, obesidade, AIT, SNEDDON (AVCi, livedo reticular e plaquetopenia) (P. E6).

Neoplasia maligna de laringe e região supraglótica. (P. E7)

DM, HAS, Dislipidemia (P. E8).

HAS, sífilis, Dislipidemia (P. E9).

HAS, Cardiopatia isquêmica (P. E10).

Estudo constatou entre os entrevistados, a prevalência de sedentarismo (95,8%), HAS (86,7%), dislipidemias (79,7%), cardiopatias (72,6%), *diabetes mellitus* (55,1%), tabagismo (51,4%), obesidade (29,5%) e do etilismo (9,1%) (ROSA; MORAES; TREVISAN, 2015).

Outro estudo apontou, no diagnóstico autorreferido, que 95,5% dos entrevistados eram portadores de pelo menos uma doença crônica degenerativa (86,4% HAS, 41,4% DM, 27,1%

alguma doença cardíaca), além do consumo regular de álcool (20,7%) e fumo (16,4%) (RIBEIRO et al, 2012).

Estudo desenvolvido em área rural de Santa Catarina demonstrou que entre 56 entrevistados, 53 apresentavam HAS, 10 DM e 26 eram tabagistas. Também demonstrou a associação de outras comorbidades como alcoolismo, câncer de mama, problemas renais, depressão, epilepsia, problemas cardíacos, trombose, e hipotireoidismo (GROCHOVSKI; CAMPOS; LIMA, 2015).

Já em estudo realizado em uma região de vulnerabilidade social de Porto Alegre, apresenta como fatores de risco HAS (29,9%), DM (9,1%) e fumo (27,4%) (COPSTEIN; FERNANDES; BASTOS, 2013). Estudo realizado em Fortaleza demonstra que os entrevistados tiveram como fatores de risco HAS (88%), DM 46,8%), Dislipidemia (42,5%) e fumo (30,6%) (CARVALHO, 2011).

Os estudos avaliados corroboram com os resultados desta proposta apontando HAS e DM dentre as doenças mais prevalentes. Estes estudos também referem outros fatores de risco modificáveis para o AVC como tabagismo, uso de álcool e dislipidemia. Na presente pesquisa, o tabagismo, o uso de álcool e má alimentação foram apontados, pelos entrevistados, como causa para o AVC.

Todos, em algum momento, começaram o acompanhamento ambulatorial, mas a maioria não tinha sido internada em função dessas doenças (E1, E2, E3, E8, E9).

Nunca internou por estas doenças (E1).

Nunca internou por estas doenças (E2).

Nunca internou por estas doenças (E3).

Em 2008 [teve internação] por ICC, 2010 por Epilepsia e em 2014 novamente por ICC (E4).

Sim [internação], no Instituto do Coração - colocação de cateter de Schilley (hemodiálise 3x/semana) (E5).

Nunca internou por estas doenças (E6).

*Sim [internação], em 2012 ele fez laringectomia e radioterapia (E7).
DM Nunca internou por estas doenças (E8).
Nunca internou por estas doenças (E9).
Tive infarto e fui internado no Instituto do Coração (E10).*

Os acompanhamentos, em sua maioria, foram realizados nos ambulatórios do HCPA (E1, E2, E4, E5, E7). A unidade de saúde é referida por E8 e E10 somente para renovação de receitas. As consultas particulares, informadas pelos entrevistados E1 e E3 não configuram acompanhamento já que foram realizadas de maneira irregular e esporádica.

*Vou na Central de Consultas e aqui no hospital (E1).
Ele faz aqui [acompanhamento médico no HCPA] faz tempo (E2).
Eu fui no posto e descobri que tenho diabetes. Tenho que ir lá para renovar as receitas. Eu também tive umas tonturas e fui num médico particular. Como é que é o nome? Do coração... o cardiologista (E3).
Parece que ela consulta lá embaixo com a neuro e a pneumo e pra anticoagulados [ambulatórios no HCPA] (E4).
Só depois dos sessenta. E eu faço hemodiálise três vezes na semana. Eu tenho que vir aqui pra fazer exames mas fica difícil. Não vim e aconteceu isso (E5).
Depois que ela teve o primeiro AVC começou a ir no posto de saúde (E6).
Ele faz acompanhamento aqui [no HCPA] nos ambulatórios de fono, otorrino e gastro (E7).
Ele ia no posto de saúde pra renovar receita (E8).
Eu vou num cardiologista particular. Eu também tive que fazer acompanhamento aqui com a neuro por causa de um exame que deu que eu tinha sífilis. Mas já faz um tempo (E9).
Eu vou no posto pegar receita, de seis em seis meses (E10).*

Quando questionados sobre sua trajetória, pode-se observar que quatro entrevistados (E1, E4, E6 e E9) já haviam sofrido outro(s) episódio(s) de AVC. Dentre estes, percebe-se uma diferença na busca pelos atendimentos nos serviços de saúde. Em outros episódios de AVC, a maioria buscou por serviços mais próximos de sua residência (E1, E4 e E6). No presente episódio, dois deles (E1 e E9) buscaram o HCPA como primeira opção.

Em 2014 eu tive meu primeiro AVC, tinha dor de cabeça, a boca ficou torta, não conseguia falar direito. Me levaram pro hospital de Guaíba,

porque é onde eu moro e só me deram receita de paracetamol e mandaram embora. Daí minha família me trouxe pra cá porque achava perto. No outro, em 2015, eu tive de novo, tava falando enrolado e vim direto pra cá. E agora eu tive de novo, fiquei com a boca torta e me trouxeram aqui, direto para o HCPA (E1).

Eu não conseguia mexer o braço e a perna direita, da outra vez não foi tão forte. Acho que era umas 19h. Chamei a ECOSALVA e eles me trouxeram pra cá. Eu fiz aquela medicação. Aqui eles são bons, né? A fisio vem aqui...(E9).

O entrevistado demonstrou ter mais conhecimento sobre a busca do serviço de saúde especializado após já ter experienciado um episódio de AVC. Estudo realizado com 56 pacientes com sequelas de AVC apontou que 40 (71,4%) já haviam sofrido um episódio e que 52 (92,8%) estavam com hemiplegia direita ou esquerda (GROCHOVSKI; CAMPOS; LIMA, 2015). Outro estudo apontou que o primeiro episódio de AVC se deu em 48,7% dos casos, o segundo em 39% e o terceiro em 13,2% (ROSA; MORAES; TREVISAN, 2015). Estudo realizado em uma capital do Nordeste do Brasil apontou que 65,7% dos entrevistados havia apresentado um episódio de AVC, enquanto 34,3%, dois ou mais episódios (RIBEIRO et al, 2012).

Os entrevistados E4 e E6 buscaram por serviço de urgência próximo a sua residência e, então o E4 foi encaminhado para o HCPA e, o E6 foi liberado e os familiares buscaram o atendimento no HCPA.

Na primeira vez ela foi pro Pronto Atendimento da Lomba do Pinheiro. Ela teve outro e veio pra cá porque tava consultando aqui. Dessa vez ela foi no posto (Pronto Atendimento) de novo e trouxeram ela para cá. Demorou umas duas horas (E4).

No primeiro AVC levaram ela no HPS e foi mandada pra cá. Isso foi em 2010. Ela teve outro em 2014 e 2015. Mas eles disseram que não foi AVC, fizeram exames. Agora esse último ela não conseguia mexer o lado direito, tava sem força e falando enrolado. Era de madrugada. Levaram ela na UPA de Eldorado, onde ela mora, mas mandaram pra casa. Então resolveram trazer aqui porque é um hospital competente (E6).

Os demais seis entrevistados sofreram episódio de AVC pela primeira vez. Neste caso, os entrevistados E2, E5 e E7 foram levados, pelos familiares, diretamente ao HCPA. Porém, o E7 por um falha na avaliação da enfermeira recebeu um encaminhamento equivocado e o paciente retornou ao HCPA horas depois já com sequelas irreversíveis.

Ele teve dores de cabeça, ficou tonto de noite, mas achou que não era nada. Daí acordou falando errado e com a perna e a mão desse lado, o direito, pesado. Minha tia que trouxe, eu não tava com ele (E2).

Eu não tive dor, mas não sentia meu lado direito e caí. Vim aqui pro Clínicas porque tive medo de que não tivesse outro hospital aberto [emergências de alguns hospitais estavam fechadas] e porque eu já faço acompanhamento aqui (E5).

A gente tava na frente de casa e o pai caiu da própria altura e ficou com a boca torta. Como ele é paciente daqui trouxe ele pra cá e a enfermeira da emergência disse que ele tinha que ir ao HPS por causa da queda. Ele só tinha uns arranhões na perna. No HPS ele fez tomografia. Começou a ficar pior, com o lado direito paralisado, e nos mandaram de volta pra cá. A gente chegou pela primeira vez às 10h. Na segunda vez era umas 19h, ele não pode fazer aquela medicação (E7).

Os entrevistados E3 e E10 buscaram atendimento no Instituto do Coração por já terem sido atendidos no serviço. No caso do E3 o serviço estava fechado, então o familiar levou ao HCPA. Já o E10 foi encaminhado ao mesmo serviço.

Tava dando o jogo do inter e fiquei com a boca torta, não tava falando certo. Era umas 17h. Meu filho me levou no Instituto do Coração, mas tava fechado. Ele já tinha consultado aqui então me trouxe (E3).

Eu tava almoçando e comecei a sentir um formigamento do lado esquerdo e a boca ficou torta. Me levaram pro Instituto do Coração, achei que tinha que ir pra lá né, podia ser o coração de novo. Me mandaram pra cá já era de noite. (E10).

Por fim, o entrevistado E8 buscou por outros serviços (urgência, unidade de saúde, hospital) e, após liberado, a família buscou pelo atendimento no HCPA.

Disseram que ele teve dor de cabeça e foi pra UPA em Novo Hamburgo dirigindo. Lá eles só deram remédio pra pressão alta. No outro dia ele ficou pior, levaram ele no posto de Campo Bom e foi mandado pro

hospital. Ficou internado uma semana e voltou pra casa sem movimento. Resolveram trazer ele aqui pro Clínicas e ele já tá internado faz quase um mês. Ele teve mais dois AVC e agora tá assim, não fala, não se mexe (E8).

Quando questionados sobre quem optou pelo HCPA e o motivo pela busca no mesmo, a maioria (E1-E5; E7) ressaltou ter sido própria ou de familiar, por já conhecer a instituição em consulta ou internação.

*Própria, em função da experiência de internação em 2014 (E1).
Ele veio pra cá porque já consulta aqui e porque o hospital é referência (E2).
Do meu filho, por já ter consultado no HCPA (E3).
Da família pois o paciente já fazia acompanhamento [no HCPA] (E4).
Do paciente por já fazer acompanhamento e também por medo de não ter outro hospital aberto (E5).
Da filha por pai já consultar no HCPA (E7).*

Quanto aos demais, o entrevistado E6 referiu que a escolha foi da família por o HCPA ser referência. Os entrevistados E8-E10 receberam encaminhamento de outro serviço, mas o E8 refere que a escolha foi da família.

*Da família, por ser referência (E6)
A família achou que era bom e perto. [...] Sim, do posto de campo bom (E8).
Dos profissionais da ambulância (E9).
Dos profissionais do Instituto de Coração (E10)*

Houve dificuldade na procura por artigos científicos que tratassem sobre a trajetória dos usuários aos serviços de saúde no momento do episódio agudo de AVC. Estudo realizado em Americana/São Paulo demonstrou a relevância das redes sociais informais (familiares, pessoas conhecidas ou vizinhas) para o socorro imediato no momento de ocorrência do AVC imediato. Este apontou “tais redes têm papel preponderante no momento de identificação do agravo e acionamento dos recursos de saúde necessários, pois são elas que consolidarão o elo de acesso

para as redes formais, implicando em melhores possibilidades de prognóstico” (FONSECA, 2013, p. ix).

Quanto ao diagnóstico, a avaliação de prontuário demonstrou que somente um entrevistado (E5) teve AVC hemorrágico. O E1 não teve informação em prontuário no período da coleta de dados. Os demais entrevistados sofreram AVC isquêmico, sendo que E2, E6, E7 e E10 não apresentavam janela para trombólise. Já E3, E4 e E9 chegaram a tempo de realizar trombólise. O entrevistado E8 apresentou contraindicação devido a sangramento digestivo.

Em estudo realizado em hospital de grande porte do interior do estado do Rio Grande do Sul, 73,8% dos casos de AVC foram do tipo isquêmico (ROSA; MORAES; TREVISAN, 2015), 81,8% em um hospital da capital do mesmo estado (BIOLO; GARCIA; SILVA, 2006) e 72,9% em estudo realizado em 19 hospitais de Fortaleza (CARVALHO et al, 2011).

Em uma revisão sistemática sobre o tema, apontou-se a necessidade do reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de AVC agudo e a importância da busca imediata pelo serviço de saúde. Salientou-se a necessidade de priorizar este tipo de atendimento e manejar de acordo com os protocolos específicos, especialmente quanto ao uso de trombolítico e, na sequência, encaminhar a um Centro de Referência de AVC (ROLINDO et al, 2016). No caso do presente estudo, o HCPA é uma destas referências, porém como demonstrado em alguns dos relatos, pode-se verificar fragilidades na rede de atenção à saúde quanto ao adequado diagnóstico, tratamento e encaminhamento dos casos.

O Manual de Rotinas para Atenção ao AVC, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), traz como critérios os critérios de inclusão para uso de terapia trombolítica em casos de AVC isquêmico em qualquer território encefálico; a possibilidade de sua infusão no período de 4,5

horas do início dos sintomas; realização de tomografia computadorizada do crânio ou ressonância magnética sem evidência de hemorragia; e, ter idade superior a 18 anos.

O referido Manual trata a atuação do Enfermeiro na chegada do usuário ao serviço especializado, porém ressalta-se a importância do papel da equipe de Enfermagem na identificação dos fatores de risco para AVC nos diferentes pontos da rede de atenção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do presente estudo apontam que os entrevistados eram, majoritariamente homens, com mais de 60 anos, brancos e alfabetizados, em consonância com a maioria dos estudos utilizados na discussão teórica. Demonstraram desconhecimento sobre o que era o AVC, mas souberam relacionar algumas de suas causas. Os entrevistados apresentaram como fatores de risco mais prevalentes *diabetes mellitus* e Hipertensão Arterial Sistêmica, conforme encontrado na literatura. Dos 10 entrevistados um teve AVC hemorrágico, um não teve informação no prontuário e oito tiveram AVC isquêmico. Destes oito, quatro não tinham janela para trombólise, três realizaram trombólise e um apresentou contraindicação (sangramento digestivo). Oito pacientes (ou familiares/amigos) procuraram corretamente o serviço, três receberam encaminhamento ou tratamento correto, cinco não foram tratados ou encaminhados adequadamente.

O artigo atingiu o objetivo de conhecer a trajetória percorrida por pacientes que sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC) internados em uma Unidade de Cuidados Especiais. Observaram-se fragilidades nas trajetórias em busca do atendimento e desconhecimento tanto da população quanto dos profissionais em diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Para tanto, pensa-se que seja necessária uma maior compreensão dos sinais e sintomas do AVC pelos profissionais de saúde e população, para que seu reconhecimento seja imediato, podendo assim se dar o encaminhamento mais adequado, em menor tempo possível, para o serviço de saúde especializado.

Considera-se que o número de entrevistados seja um fator limitante para a generalização das análises desenvolvidas no presente estudo. Sugere-se mais estudos nessa área para que se possa qualificar o atendimento e reduzir as sequelas e o custo social do AVC.

REFERÊNCIAS

Bardin L. Análise de conteúdo. Ed. rev. ampl. São Paulo: Edições 70; 2011.

Barreto ML, Carmo EH. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12:(sup):1779-90.

Biolo A, Garcia SB, Silva SCS. Análise do manejo agudo do acidente vascular cerebral no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA*. 2006; 26(1):17-21.

Bocchi SCM. O papel do enfermeiro como educador junto a cuidadores familiares de pessoas com AVC. *Rev Bras Enfermagem*. 2004;57(5):569-573.

Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012: Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil*. 2012 abr 13;(Seção 1):35.

Ministério da Saúde (BR). Manual de rotinas para atenção ao AVC. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Carvalho JJF, Alves MB, Viana GAA, Machado CB, Santos BFC, Kanamura, AH. Stroke Epidemiology, Patterns of Management, and Outcomes in Fortaleza, Brazil - A Hospital-Based Multicenter Prospective Study. *Stroke*. 2011 Dec;42:3341-6.

Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil*. 2013 jun 13;12(Seção 1).

Copstein L, Fernandes JG, Bastos GAN. Prevalence and risk factors for stroke in a population of Southern Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2013;71(5):294-300.

Garritano CR, Luz PM, Pires MLE, Barbosa MTS, Batista KM. Análise da Tendência da Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral no Brasil no Século XXI. *Arq Bras Cardiol*. 2012; [online].ahead print, PP.0-0.

Goldman L, Ausiello D. *Cecil Medicina*. 23. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.

Grochowski CS, Campos R, Lima MCAM. Ações de Controle dos Agravos à Saúde em Indivíduos Acometidos por Acidente Vascular Cerebral. *Rev Bras Ciências da Saúde*. 2015;19(4):269-276.

Fonseca AI. A trajetória de vida de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Cerebral e as redes sociais [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2013.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

Ribeiro KSQS, Neves RS, Brito GEG, Moraes JD, Lucena, EMF, Medeiros JM et al. Perfil de Usuários Acometidos por Acidente Vascular Cerebral Adscritos à Estratégia Saúde da Família em uma Capital do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Ciências da Saúde*. 2012;16(Supl2):35-44.

Rolindo SJS, Oliveira LT, Silva MAS, Alves ON. Acidente Vascular Cerebral Isquêmico: revisão sistemática dos aspectos atuais do tratamento na fase aguda. *Rev Pat Tocantins*. 2016;3(3):18-26.

Rosa TSM, Moraes AB, Trevisan ME. Características clínico-demográficas de pacientes hospitalizados por acidente vascular cerebral. *Rev Neurocienc*. 2015;23(3):405-412.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA A ENTREVISTA

Iniciais do nome:

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Raça/cor autorreferida:

Município de residência/ bairro:

O que o/a senhor/a acredita ter provocado esse acontecimento em você? Entendes o que é um AVC?

O/a senhor/a tem alguma doença que precisa de acompanhamento médico?

O(a) senhor(a) faz acompanhamento em algum serviço de saúde? Qual?

O(a) senhor(a) pode me contar como foi a trajetória desde o aparecimento dos sintomas até agora?

O(a) senhor(a) teve alguma internação por essas doenças?

O(a) senhor(a) já teve outro AVC? Como foi diagnosticado?

De quem foi a escolha pelo HCPA? Por quê?

Procurou algum serviço antes ou recebeu algum encaminhamento? Qual? De quem?

APÊNDICE B – INVESTIGAÇÃO NOS PRONTUÁRIOS

Iniciais do nome:

Prontuário:

1. Diagnósticos médicos:
2. Internação atual – conduta:
3. Internações anteriores – motivo e conduta:
4. Acompanhamento em ambulatório – motivo:

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do estudo intitulado “Trajetórias percorridas por pacientes que sofreram acidente vascular cerebral (AVC) até a internação em uma Unidade de Cuidados Especiais”, que tem por pesquisadora responsável a Dra. Adriana Roese. O estudo tem por objetivo conhecer como os pacientes que sofreram AVC chegam até a internação em uma Unidade de Cuidados Especiais (se percorreram outros serviços de saúde antes, quem fez a escolha do hospital, etc).

Se o(a) senhor(a) aceitar participar do estudo uma entrevista será realizada à beira do leito, na Unidade de Cuidados Especiais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Serão feitas perguntas sobre a sua situação de saúde/doença e sobre as trajetórias percorridas pelos serviços de saúde. Toda a entrevista será gravada em áudio e após a transcrição os registros de áudio serão desgravados. As informações que não forem possíveis de ser coletadas através da entrevista serão coletadas a partir da busca no seu prontuário médico.

A sua participação no estudo se resume à entrevista de aproximadamente 30 minutos. Um possível desconforto físico e/ou emocional poderá estar relacionado ao tempo despendido para realização da entrevista ou ao conteúdo das questões apresentadas. Em razão das questões não serem muito invasivas, acredita-se que não haverá desconfortos, porém a entrevistadora dará o apoio necessário e, se for de seu desejo, a entrevista será suspensa imediatamente. Não está previsto nenhum benefício direto a sua participação no estudo, porém irá contribuir para o maior conhecimento do assunto estudado.

Informa-se que, mesmo após o início do estudo, a qualquer momento, o(a) senhor(a) poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou encerrá-la, sem que isso venha a causar prejuízo ao atendimento do paciente, pois trata-se de livre participação. O (a) senhor(a) não terá nenhum custo e também não receberá pagamento pela participação. É assegurado o anonimato das informações fornecidas, bem como a garantia de que elas serão mantidas e utilizadas somente para fins de pesquisa.

O termo será assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Portanto, assinando esse documento, o(a) senhor(a) declara que se considera esclarecido em relação à proposta e concorda em participar do estudo.

Nome do participante: _____ Assinatura: _____

Nome do responsável: _____ Assinatura: _____

Nome do pesquisador: _____ Assinatura: _____

_____, ____ de _____ de 201__.

Em caso de dúvidas segue informações para contato:

Pesquisadora responsável Dra. Adriana Roese - Rua São Manoel, 963 – Campus da Saúde – Porto Alegre/RS – Fone: (51) 3308 5096

Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sala 2227, 2º andar – Fone: (51) 3359-7640 (de segunda à sexta-feira, das 8h às 17h).

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA/
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRAJETÓRIAS PERCORRIDAS POR PACIENTES QUE SOFRERAM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ATÉ A INTERNAÇÃO EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS

Pesquisador: Adriana Roese

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41687515.9.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.018.325

Data da Relatoria: 01/04/2015

Apresentação do Projeto:

O estudo será realizado na Unidade de Cuidados Especiais (UCE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, na ala norte do 5º andar. A UCE dispõe de uma equipe multidisciplinar e atende pacientes nas linhas de cuidado do acidente vascular cerebral agudo, dos cuidados respiratórios e da doença respiratória crônica exacerbada. Na linha de cuidado do acidente vascular cerebral agudo, a unidade conta com 10 leitos. Os pacientes que são atendidos na Emergência do HCPA por quadro agudo de acidente vascular cerebral, após medidas iniciais de estabilização clínica, são transferidos para a UCE a fim de receber cuidados multiprofissionais especializados. Os participantes do estudo serão pacientes que sofreram AVC, internados no referido hospital que preencham os critérios de inclusão. Os critérios de inclusão serão ser maior de 18 anos, estar internado a mais de 24h, ter condição de comunicação e/ou ter acompanhante que possa responder a entrevista. Os participantes serão convidados a participar do estudo durante sua internação na UCE. Prevê-se a participação de 10 pacientes, por ser esse o número de leitos da UCE para este tipo de pacientes. A coleta será realizada a partir de um roteiro de entrevista semiestruturada junto aos pacientes internados e/ou acompanhante e o perfil dos participantes será extraído de dados do prontuário. Os termos técnicos serão esclarecidos em linguagem coloquial possibilitando a compreensão do leigo. A entrevista será gravada em áudio, terá duração

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2027 F
Bairro: Bom Fim CEP: 91.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3259-7640 Fax: (51)3259-7640 E-mail: cep@hcpa.ufrgs.br

Continuação do Parecer: 1.018.325

de aproximadamente 30 minutos e será realizada à beira do leito. No caso de entrevista com o acompanhante, esta será realizada na sala de procedimentos do 6º norte, 622A. A análise se dará por meio do referencial de análise de conteúdo (BARDIN, 2010), em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na pré-análise são delimitados os indicadores que auxiliem a posterior interpretação do material descritivo que será obtido. A exploração do material se refere à fase em que se analisará o material obtido, buscando encontrar subsídios nas falas dos participantes que compõe a amostra para criação de categorias que servirão como base para a análise temática. A última etapa será o tratamento dos dados obtidos e interpretação, onde se interpretará o material, relacionando com a teoria.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer a trajetória percorrida por pacientes que sofreram AVC internados em uma Unidade de Cuidados Especiais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O projeto apresenta riscos mínimos, especialmente do tempo de duração da entrevista.

Benefícios:

Compreender as dificuldades enfrentadas pelos pacientes que sofreram AVC e poder contribuir junto à gestão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de TCC do Curso de Enfermagem da UFRGS. Pesquisa qualitativa que tem como objetivo avaliar a trajetória na rede de saúde de pacientes que tiveram AVC e que estão internados no HCPA. Existe um protocolo do Ministério da Saúde para o atendimento de pacientes com suspeita de AVC e a idêntica é verificar através de abordagem qualitativa qual o percurso realizado pelos pacientes com AVC que são atendidos no HCPA. Serão entrevistados 10 pacientes. A análise do material utilizará como referencial teórico a análise de conteúdo de Bardin.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Com relação ao TCLE:

Incluir que o paciente poderá sentir algum desconforto físico e/ou emocional em decorrência da participação na pesquisa. Informar também que tipo de suporte será dado aos participantes neste

Endereço: Rua Ramão Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 91.025-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)359-7640 Fax: (51)359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

Continuação do Parecer: 1.018.205

sentido.

Sugere-se a revisão da frase "Para complementação das informações será realizada busca no prontuário", para "As informações que não forem possíveis de ser coletadas através da entrevista, serão coletadas a partir da busca no seu prontuário médico".

Ver respostas do pesquisador no campo Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Recomendações:

Nada a recomendar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Lista de pendências:

COMENTÁRIO DO CEP:

1) Complementar a avaliação dos riscos e benefícios: Embora o risco seja mínimo em decorrência do tempo dispendido, como apontado pelos pesquisadores, existe também a possibilidade de o paciente sentir algum desconforto emocional, ou até físico, em razão da entrevista. Acrescentar esta avaliação com relação aos riscos e esclarecer o que será realizado caso o paciente venha a sentir algum desconforto durante a participação na pesquisa. Qual será o encaminhamento?

RESPOSTA DO PESQUISADOR:

Incluiu-se no TCLE o suporte para possíveis desconfortos emocionais e/ou físicos. Salienta-se que entramos em contato com o ramal 8290 e nos foi informado que, em função das questões não serem muito invasivas, não haveria necessidade de encaminhamento. Modificação realizada no TCLE, nos documentos TCLE e projeto completo (p. 17).

PENDÊNCIA ATENDIDA.

COMENTÁRIO DO CEP:

2) Apresentar nova versão de TCLE conforme campo "Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória".

RESPOSTA DO PESQUISADOR:

Modificou-se a frase: Sugere-se a revisão da frase "Para complementação das informações será realizada busca no prontuário", para "As informações que não forem possíveis de ser coletadas através da entrevista, serão coletadas a partir da busca no seu prontuário médico", conforme sugestão do parecerista. Modificação realizada no TCLE, nos documentos TCLE e projeto completo (p. 17).

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.018.325

PENDÊNCIA ATENDIDA.

COMENTÁRIO DO CEP:

3) Apresentar termo de delegação de funções da equipe de pesquisa.

RESPOSTA DO PESQUISADOR:

Com relação ao termo de delegação de funções na Plataforma Brasil, declaro que o retirei. Havia delegado funções à acadêmica, autora do TCC, Larissa Sant'Anna Kellermann Carvalho, pois fiz uma viagem de estudos a Cuba, local em que tive dificuldades de acessar a internet e, caso fosse necessário acessar as pendências, deixei-a responsável para não atrasar a pesquisa. Retornei hoje das férias, motivo pelo qual retirei do sistema.

PENDÊNCIA PARCIALMENTE ATENDIDA.

NOVO COMENTÁRIO DO CEP:

Apesar da adequada explicação da pesquisadora, o que foi solicitado é o Formulário de Delegação de Funções padrão do HCPA, que pode ser encontrado na internet e deve ser preenchido de acordo com os pesquisadores cadastrado na Plataforma Brasil e descrito na capa do projeto, atribuindo a devida função a cada um e assinado pelo pesquisador responsável.

O formulário encontra-se disponível na intranet do HCPA -> Pesquisa -> Formulários -> Delegação de Funções para a Equipe de Pesquisa.

A UARPI/GPPG encontra-se à disposição dos pesquisadores para auxiliar na resposta às pendências e para quaisquer outros esclarecimentos, se necessário.

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A análise foi realizada com base em todos os documentos apresentados, incluindo o projeto em sua íntegra. O projeto deverá estar cadastrado também no sistema WebGPPG, em função dos aspectos logísticos e financeiros.

Os pesquisadores deverão responder a todos os questionamentos indicados na lista de pendências deste parecer, através de uma carta ao CEP (word), que deverá ser adicionada à Plataforma Brasil.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 3227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 91.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)359-7640 Fax: (51)359-7640 E-mail: cep@hcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação de Parecer 1.018.205

Quando a resposta alterar os documentos anteriormente submetidos, como, por exemplo, o projeto ou o TCLE, adicionar na carta de respostas claramente a identificação do item que foi modificado e nova versão dos documentos.

PORTO ALEGRE, 10 de Abril de 2015

Assinado por:
José Roberto Goldim
(Coordenador)

ANEXO 2 – NORMAS PARA SUBMISSÃO DO ARTIGO – REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM



Submissões Online

Já possui um login/senha de acesso à revista Revista Gaúcha de Enfermagem?

[ACESSO](#)

Não tem login/senha?

[ACESSE A PÁGINA DE CADASTRO](#)

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso.

Diretrizes para Autores

Diretrizes para Autores

1 APRESENTAÇÃO

A Revista Gaúcha de Enfermagem (RGE) foi criada em 1976, pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com o objetivo de proporcionar aos enfermeiros do sul do país um veículo para divulgação de seus trabalhos. Quarta publicação mais antiga no país e primeira da área no estado do Rio Grande do Sul, a RGE surgiu após a Revista Brasileira de Enfermagem, Enfermagem em Novas Dimensões (não mais em circulação) e Revista da Escola de Enfermagem da USP.

Está indexada no MEDLINE (desde 1986) e na base SCOPUS. Na área de Enfermagem, vem sendo classificada desde 2009 no estrato B1 Internacional do Qualis-Periódicos, conjunto de procedimentos criado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) para estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação.

A RGE, publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro, é editada em duas versões: impressa (ISSN 0102-6933) e eletrônica (E-ISSN 1983-1447). A publicação em meio eletrônico teve início em maio de 2008, com o uso da plataforma SEER (Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas). Encontram-se disponibilizados *online* os resumos dos artigos publicados desde 1983 e textos completos desde 1998. A partir de 2010 a RGE passa a integrar a biblioteca eletrônica SciELO.

A abreviatura de seu título é Rev Gaúcha Enferm, que deve ser utilizada em bibliografias, notas de rodapé, referências e notas bibliográficas.

Fontes de indexação

Bases Internacionais

CINAHL - Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature

CUIDEN - Base de datos de Enfermería en español

EMBASE

International Nursing Index

LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

LAPTOC - Latin American Periodicals Tables of Contents

LatIndex -Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

MEDLINE/PubMed

MEDLINE Complete - EBSCOhost Research Databases

SCOPUS

Scielo Citation Index

Bases Nacionais

BDENF - Base de Dados em Enfermagem

SciELO - Scientific Electronic Library Online

Portal de Periódicos da Capes

Rev@Enf Portal de Revistas de Enfermagem

Participação em catálogos coletivos/diretórios

CCN - Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Periódicas (IBICT)

Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde

Diadorim - Diretório das Políticas Editoriais das Revistas Científicas Brasileiras

DOAJ - Directory of Open Access Journals

SHERPA/RoMEO - Publisher copyright policies & self-archiving

Publicação

A Revista Gaúcha de Enfermagem é publicada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Missão

Contribuir para a divulgação do conhecimento na área da saúde, publicando a produção científica de interesse para a Enfermagem.

2 PROCESSO DE AVALIAÇÃO

A Revista Gaúcha de Enfermagem adota o sistema de avaliação por pares (*peer-review*), omitindo-se os nomes dos autores e consultores, para avaliação do conteúdo e adequação técnico-científica do manuscrito. No entanto, a decisão final quanto à publicação compete à Comissão Editorial. No caso dos manuscritos aceitos para publicação, os direitos autorais são transferidos para a Revista Gaúcha de Enfermagem.

A Comissão Editorial (CED) é formada por docentes da Escola de Enfermagem da UFRGS, com as funções de Editor-Chefe, Editor-assistente e Editores de Área, com o apoio de servidores técnico-administrativos (secretário e bibliotecária) e alunos de pós-graduação. Para a avaliação dos manuscritos, a Revista conta com a colaboração de pareceristas de instituições assistenciais, de ensino e de pesquisa nacionais e internacionais.

A Revista apoia os princípios da Declaração de Helsinque, e exige que os autores dos manuscritos submetidos tenham obtido aprovação ética e seguido as exigências legais para pesquisas envolvendo seres humanos, incluindo o consentimento informado, de acordo com procedimentos de sua instituição e de seu país. Em conformidade com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, as pesquisas que envolvem seres humanos devem ser aprovadas por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (<http://www.bioetica.ufrgs.br/diraber.htm>).

A Revista apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas.

A Revista recomenda enfaticamente a não fragmentação de relatórios de uma mesma pesquisa em múltiplos manuscritos.

Os artigos que apresentarem semelhanças com outros já publicados não serão aceitos para publicação.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição da Comissão Editorial da RGE.

O processo de avaliação de um artigo na RGE compreende as etapas de pré-avaliação, **encaminhamento e monitoramento da avaliação, avaliação pelos pareceristas, reformulações do manuscrito pelos autores, avaliação da CED e comunicação da decisão aos autores, parecer biblioeconômico, tradução e editoração do artigo, definição da publicação e publicação online.**

2.1 Pré-avaliação

O manuscrito, após submissão à RGE via *online*, passa por processo de pré-avaliação coordenado pelo Editor Assistente, que avalia o atendimento às normas de publicação, relevância do artigo, bem como aspectos básicos do método e redação científica. Nesta etapa, poderão ser solicitadas adequações, com o envio de *check list*, mediante o retorno dos autores e, tendo atendido as solicitações, será encaminhado ao Editor de Seção. Caso não atenda, será recusado sem emissão de parecer consubstanciado.

Caso os autores não se manifestem em até cinco dias após o envio do *check list*, o Editor Assistente enviará um segundo aviso, e não havendo resposta também em até cinco dias, arquivará esta submissão. O processo de submissão deverá ser reiniciado.

2.2 Encaminhamento e monitoramento da avaliação

O Editor de Seção selecionará dois pareceristas *ad hoc*, especialistas na temática e no método do artigo em avaliação, e encaminhará o manuscrito para avaliação por meio de formulário específico. Caberá, ainda, ao Editor de Seção o monitoramento e encaminhamento do processo de avaliação. Ao receber o retorno dos pareceristas fará o encaminhamento à CED.

2.3 Avaliação pelos pareceristas

A identidade do(s) autor (es) e da sua instituição de origem será mantida em sigilo para os dois consultores *ad hoc* bem como vice-versa e a avaliação se dará de forma independente.

Os artigos que cumprem as normas da Revista serão avaliados pelos dois consultores no que se refere ao mérito, originalidade, pertinência de seu conteúdo, qualidade acadêmica, conveniência de publicação e relevância para a Enfermagem e áreas afins.

Os pareceres dos pareceristas serão apreciados pelo Editor de Seção, que encaminha aos autores, quando os pareceres sugerem reformulações, ou à CED, quando os pareceres sugerem recusa do manuscrito.

2.4 Reformulações do manuscrito pelos autores

O manuscrito, com as primeiras reformulações solicitadas pelos pareceristas *ad hoc*, acompanhado por carta explicitando as alterações realizadas, deve retornar ao Editor de Seção por e-mail no prazo máximo de sete (7) dias consecutivos. Fora desse prazo será considerada nova submissão. O Editor de Seção encaminhará o manuscrito reformulado para avaliação da CED.

2.5 Avaliação da CED e comunicação da decisão aos autores

A CED, com base nos pareceres dos pareceristas *ad hoc*, avaliará o manuscrito e decidirá pelo aceite, encaminhamento aos autores para novas reformulações ou pela recusa de publicação. A CED é o fórum que decide pela publicação ou não do manuscrito. Os manuscritos serão, portanto, aceitos, reformulados ou recusados. Em qualquer uma das possibilidades o autor é comunicado.

2.6 Parecer biblioteconômico

O manuscrito aprovado pela CED para publicação é encaminhado para Parecer Biblioteconômico. Nesta etapa, o manuscrito ainda poderá ser encaminhado aos autores com fins de reformulações no que tange a adequações às normas da RGE.

2.7 Tradução e editoração do artigo

Juntamente com a carta de aceite da publicação, solicitar-se-á ao(s) autor (es) a tradução do manuscrito para o idioma inglês, a ser realizado por uma das empresas indicadas pela RGE. Cabe exclusivamente ao(s) autor(es) a escolha e contato com esta empresa. Após este processo, o manuscrito será encaminhado para editoração (diagramação e publicação).

2.8 Definição da publicação

A CED definirá o volume e o número da RGE em que o artigo será publicado e comunicará ao(s) autor(es).

A prova tipográfica será realizada pelo Editor Chefe.

2.9 Publicação online

Após a diagramação, será divulgada a versão *online* em PDF do volume/número da RGE em que o artigo será publicado. O autor, identificando a necessidade de solicitar uma **errata**, deverá enviá-la à Revista no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo, e ficará a critério da Revista a decisão sobre sua relevância e possível distribuição.

3 INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES

3.1 Orientações gerais

Os artigos devem ser enviados exclusivamente à Revista Gaúcha de Enfermagem (RGE), sendo permitida sua reprodução em outras publicações mediante autorização do Conselho Editorial, devendo, neste caso, constar a citação da publicação original.

Na RGE podem ser publicados artigos escritos por especialistas em outras áreas, desde que o tema seja de interesse para a área de Enfermagem. Bem como serão aceitos manuscritos nos idiomas português, espanhol ou inglês.

A submissão dos artigos deverá ser feita, exclusivamente, *online* pelo *site*:

<https://mc04.manuscriptcentral.com/rqenf-scielo>

Para submeter o manuscrito não é preciso ser assinante da Revista. Contudo, **deverá ser efetuado pagamento das taxas** de submissão (no momento da submissão do artigo; esta taxa não será ressarcida aos autores diante do arquivamento ou recusa do manuscrito); e de publicação (no momento do aceite do manuscrito para publicação).

(<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/about/editorialPolicies#custom-1>)

A **taxa de submissão** deverá ser paga no momento da submissão do manuscrito. O documento de depósito bancário deverá ser digitalizado e anexado como documento suplementar. A **taxa de publicação** deverá ser efetuada no momento de recebimento da carta de aceite da CED.

No momento da submissão, 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. Os agradecimentos por ajuda financeira, assistência técnica e outros auxílios para a execução do trabalho não deverão ser mencionados no momento da submissão. Somente após o aceite do trabalho estas informações serão inseridas após as Referências.

Os autores dos trabalhos submetidos às RGE deverão anexar como documento suplementar uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, elaborada conforme modelo da Revista (<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/about/editorialPolicies#custom-1>), assinada por todos os autores e indicando o tipo de participação de cada um na pesquisa.

Nos manuscritos resultantes de estudos que envolvem seres humanos, os autores deverão indicar os procedimentos adotados para atender o que determina a Resolução Nº466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (ou a Resolução 196/96 para estudos anteriores a junho de 2013), bem como o número e data do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa no corpo do texto. Uma cópia do protocolo deverá ser encaminhada à RGE como documento suplementar.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores tenham interesses que, mesmo não sendo completamente aparentes, possam influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Quando os autores submetem um manuscrito, são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar ou ter influenciado o conteúdo do trabalho submetido à RGE.

Ao ser designado para publicação, o manuscrito deverá ser transcrito para a versão em idioma inglês, cuja taxa de serviços deverá ser acordada com a empresa tradutora recomendada pela RGE.

3.2 Apresentações dos originais

A redação deve ser clara e concisa, com a exposição precisa dos objetivos. A argumentação deve estar fundamentada em evidências bem justificadas.

Para o preparo do manuscrito, recomenda-se a busca e citação de artigos pertinentes ao tema, previamente publicados na literatura científica nacional e internacional, facilitando a contextualização, coerência e continuidade para os leitores.

A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, o direito de decidir quanto a alterações e correções.

Os trabalhos devem ser encaminhados em *Word for Windows*, fonte *Times New Roman* 12, espaçamento duplo (inclusive os resumos), com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm. Quando os artigos forem redigidos em português, devem respeitar o Acordo Ortográfico de 1990, promulgado em 29 de dezembro de 2008.

Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e o resumo devem ser em caixa-alta e em negrito (ex.: **TÍTULO**; **RESUMO**); *abstract* e *resumen*, em caixa-alta, negrito e itálico (ex.: **ABSTRACT**; **RESUMEN**); seção primária, em caixa-alta e negrito (ex.: **INTRODUÇÃO**); e seção secundária, em caixa-baixa e negrito (ex.: **Histórico**). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto (ex.: -, *, etc.) e alíneas [a), b), c)...

A extensão dos artigos originais, revisões sistemáticas e revisões integrativas deve ser de no máximo 20 páginas, enquanto as reflexões teóricas e relatos de caso devem ter, no máximo, 10 páginas.

A Revista publica as seguintes seções:

Editorial: é texto de responsabilidade da Comissão Editorial (CED) da Revista, que poderá convidar autoridades para redigi-lo. O editorial deverá obedecer ao limite de 500 palavras;

Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita. Devem obedecer à seguinte estrutura: a **introdução** deve apresentar a questão norteadora, justificativa, revisão da literatura (pertinente, relevante e atualizada) e objetivos. Os **métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. 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 nos estudos de abordagem qualitativa, deve desenvolver a argumentação crítica dos resultados, com o apoio na literatura, e a interpretação dos autores. 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 (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e conter 20 referências, no máximo)**;

Artigos de revisão sistemática: são contribuições cujo método de pesquisa é conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais quantitativos que têm por objetivo responder a uma questão específica e de relevância para a enfermagem ou para a saúde. Os procedimentos metodológicos deverão ser descritos detalhadamente em todas as suas etapas no que se refere à busca dos estudos originais, critérios de inclusão e exclusão, testes preliminares e de níveis de evidência, segundo o referencial teórico metodológico adotado. A revisão sistemática poderá se caracterizar em meta-análise e ou metassíntese dependendo do tipo de abordagem metodológica do manuscrito e do objetivo do estudo. Os procedimentos metodológicos deverão ser detalhados em todas as etapas preconizadas pelo referencial primário adotado (p.ex. <http://www.prisma-statement.org/statement.htm>). **Devem obedecer ao limite de 20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e não possui limite de referências)**;

Artigos de revisão integrativa: são contribuições cujo método de pesquisa é conduzido por meio da síntese e comparação de resultados de estudos quantitativos, qualitativos originais e reflexões teóricas criticamente sustentadas. Seu objetivo é responder questões norteadoras específicas, que expressem o estado da arte e ou as lacunas do conhecimento em relação a fenômenos relevantes para a enfermagem e ou saúde. Os procedimentos metodológicos deverão ser detalhados em todas as etapas preconizadas pelo referencial primário adotado por ex.: Cooper, Ganong, Whittemore e Knafelz, Broome, dentre outros). **Não se trata de artigo de revisão da literatura. Devem obedecer ao**

limite de 20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e não possui limite de referências);

Artigos de reflexão: são formulações discursivas, de efeito teorizante, com fundamentação teórica filosófica sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo ou potencialmente investigativo. Devem obedecer ao limite de **10 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e conter 15 referências no máximo);**

Relatos de caso: são contribuições descritivas e contextualizadas, complementada por análise crítica fundamentada, a partir de um caso, situação, procedimento, experiência ou inovação, podendo ser na área do cuidado, do ensino ou de pesquisa. Devem conter título; resumo; descritores; introdução, objetivo, estratégia de busca na literatura; exposição do caso, técnica ou situação; discussão fundamentada na literatura; conclusão e referências. Faculta-se a inclusão de figuras, tabelas, gráficos e ilustrações. Tratando-se de relato de caso clínico, é obrigatório enviar o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos como documento suplementar. Devem obedecer ao limite de **10 páginas no total do artigo, incluindo as referências (15 no máximo).**

Os manuscritos devem conter:

Título: coerente com os objetivos do estudo e que identifique o conteúdo, em até 15 palavras;

Resumo: o primeiro resumo deve ser apresentado no idioma do manuscrito, conter até 150 palavras, e ser acompanhado de sua versão para o inglês (*Abstract*) e para o espanhol (*Resumen*).

Deve ser elaborado obedecendo ao formato de **resumo estruturado**, com os seguintes itens:

Objetivo: (objetivo geral)

Métodos: (tipo de estudo, amostra, período e local da pesquisa, coleta de dados, análise dos dados)

Resultados: (principais achados com dados estatísticos, se apropriados)

Conclusões: (respostas aos objetivos baseadas nos resultados)

No caso de artigos de reflexão teórica, a descrição da metodologia poderá ser suprimida.

Palavras-chave: ao final do Resumo, indicar de 3 a 6 palavras que permitam identificar o assunto do manuscrito, em português; e suas respectivas versões para o inglês (*Keywords*) e espanhol (*Palabras clave*), conforme os "Descritores em Ciências da Saúde - DeCS" (<http://decs.bvs.br>), podendo a RGE modificá-los, se julgar necessário.

Título em outros idiomas: indicar o título nas versões em inglês (*Title*) e em espanhol (*Título*), logo após os palavras-chave do respectivo idioma.

Introdução: deve apresentar o problema de pesquisa, a justificativa, a revisão da literatura (pertinente, relevante e atualizada), a questão norteadora da pesquisa e os objetivos coerentes com a proposta do estudo.

Metodologia ou Métodos ou Materiais e Métodos: deve apresentar o método empregado: tipo de estudo; referencial teórico do estudo e o utilizado para análise dos dados, inclusive os testes estatísticos quando apropriados; amostra e amostragem, critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos/participantes; período do estudo; local do estudo; considerações éticas (número e data de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos); uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Consentimento para Uso de Dados, quando apropriado.

Resultados: devem ser descritos em sequência lógica. Quando forem apresentados em tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas.

Discussão: deve conter a comparação dos resultados com a literatura representativa, atualizada, e a interpretação dos autores apontando o avanço do conhecimento atual. A discussão poderá ser apresentada juntamente com os resultados quando se tratar de artigos originais resultantes de estudos com abordagens qualitativas.

Conclusões ou Considerações Finais: devem destacar os achados mais importantes na perspectiva dos objetivos do estudo, comentar as limitações e as implicações para novas pesquisas e para o corpo de conhecimento na área de Enfermagem e da Saúde, considerando o ensino, pesquisa, assistência e gestão.

Referências: devem ser apresentadas no máximo 20 referências para os artigos originais e 15 para os artigos de reflexão. Não há limite de referências para as revisões sistemáticas e as revisões integrativas. As referências, de abrangência nacional e internacional, devem ser atualizadas (últimos três a cinco anos), sendo aceitáveis fora desse período no caso de constituírem referencial primário ou clássico sobre um determinado assunto. No caso de teses e dissertações, recomenda-se que sejam citados, preferencialmente, os artigos oriundos das mesmas.

Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples. Utiliza-se nessa seção o título "Referências" e não "Referências bibliográficas". A lista de referências deve ser composta por todas as obras citadas, numeradas de acordo com sua ocorrência no corpo do texto. Deve-se utilizar o estilo de referências *Vancouver*, do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), atualizado em 2013, disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html, e adaptado pela RGE (cf. exemplos de referências). Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o *NLM Catalog: Journals referenced in the NCBI Databases*, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>. Para os periódicos que não se encontram neste *site*, poderão ser utilizadas as abreviaturas do Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas (CCN), do IBICT, disponível em: <http://ccn.ibict.br/busca.jsf> e o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br>.

Citações: devem ser apresentadas no texto de acordo com o sistema numérico, com os números correspondentes entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre a palavra e o número da citação e precedendo o ponto final. Nas citações não deve ser mencionado o nome dos autores, excluindo-se expressões como: "segundo...", "de acordo com...". Quando se tratar de citação sequencial, os números devem ser separados por hífen e, quando intercaladas, devem ser separados por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafos com palavras do autor (citação direta), devem-se utilizar aspas iniciais e finais na sequência do texto. Recomenda-se a utilização criteriosa desse recurso, de acordo com a norma da ABNT NBR 10520/2002 (Informação e Documentação – Citações em documentos – Apresentação).

Exemplos:

Pesquisas apontam que...⁽¹⁻⁴⁾.

Alguns autores acreditam que...^(1,4-5).

"[...] e nos anos seguintes o mesmo se repetiu"⁽⁷⁾.

Os manuscritos ainda podem conter:

Depoimentos: frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos/participantes da pesquisa. Não utilizar aspas, e observar a seguinte estrutura: recuo do parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, em itálico, espaçamento simples, com sua identificação entre parênteses, codificadas a critério do(s) autor(es), e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes "[...]", e as intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

Ilustrações: no máximo de **cinco** (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco, conforme as especificações a seguir:

- **Gráficos e quadros:** apresentados conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação);

- **Tabelas:** devem ser apresentadas conforme IBGE – Normas de Apresentação Tabular, disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>;

- **Demais ilustrações:** apresentadas conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação).

Símbolos, abreviaturas e siglas: conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação).

Utilizar negrito para destaque e itálico para palavras estrangeiras.

Deve ser evitada a apresentação de apêndices (elaborados pelos autores) e **anexos** (elaborados a partir de materiais publicados por outros autores).

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Artigos de periódicos

1. *Artigo padrão*

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

Araújo VE, Witt RR. O ensino de enfermagem como espaço para o desenvolvimento de tecnologias de educação em saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2006;27(1):117-23.

Griffiths C, Kaur G, Gantley M, Feder G, Hillier S, Goddard J, et al. Influences on hospital admission for asthma in south Asian and white adults: qualitative interview study. BMJ. 2001 Dec;323(7319):962-6.

2. *Instituição como autor*

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. Hypertension. 2002;40(5):679-86.

3. *Sem indicação de autoria*

Signal-averaged electrocardiography. J Am Coll Cardiol. 1996;27(1):238-49.

4. Volume com suplemento

Wiltfang J, Lewczuk P, Riederer P, Grünblatt E, Hock C, Scheltens P, et al. Trabalho de consenso de força-tarefa da WFSBP# sobre marcadores biológicos das demências: contribuição da análise do LCR e do sangue para o diagnóstico precoce e diferencial das demências. Rev Psiquiatr Clin. 2009;36 Supl. 1:1-16.

Hofman M, Ryan JL, Figueroa-Moseley CD, Jean-Pierre P, Morrow GR. Cancer-related fatigue: the scale of the problem. Oncologist. 2007;12 Suppl. 1:4-10.

5. Fascículo com suplemento

Dimeo FC. Effects of exercises on cancer-related fatigue. Cancer. 2001;92(6 Suppl.):1689-93.

6. Fascículo com número especial

Cunha MLC. Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. Rev Gaúcha Enferm. 2000;21(esp):70-83.

7. Volume com parte

Ahrar K, Madoff DC, Gupta S, Wallace MJ, Price RE, Wright KC. Development of a large animal model for lung tumors. J Vasc Interv Radiol. 2002;13(9 Pt 1):923-8.

8. Fascículo sem número

Letourneau MA, MacGregor DL, Dick PT, McCabe EJ, Allen AJ, Chan VW, et al. Use of a telephone nursing line in a pediatric neurology clinic: one approach to the shortage of subspecialists. Pediatrics. 2003 Nov;112:1083-7.

9. Fascículo sem volume

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. Clin Orthop. 2002;(401):230-8.

10. Nenhum volume ou número de fascículo

Silva RC. Indivíduos HIV-positivos em atendimento. JAMA. 2002:1-6.

11. Paginação em algarismos romanos

Chadwick R, Schüklenk U. A política de consenso ético. Bioética. 2002;16(2):iii-v.

12. Indicação do tipo de artigo (se necessário)

Silveira DT. As tecnologias da informação e comunicação e sua aplicação no campo de atuação da enfermagem [editorial]. Rev Gaúcha Enferm. 2007;28(4):453-4.

Livros e outras monografias

13. Pessoa física como autor

Bonassa EM, Santana TR. Enfermagem em terapêutica oncológica. 3. ed. São Paulo: Atheneu; 2005.

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

14. Organizador, editor, compilador como autor

Guimarães JLM, Rosa DD, organizadores. Rotinas em oncologia. Porto Alegre: Artmed; 2008.

15. Instituição como autor e publicador

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2013 jun 13;150(112 Seção 1):59-62.

Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Guia de bolso da saúde do viajante. Brasília (DF); 2005.

16. Capítulo de livro

Pizzichini E, Pizzichini M. Concepções sobre asma brônquica. In: Silva LCC, organizador. Condutas em pneumologia. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 263-5.

17. Livro com indicação de série

Braunstein F, Pépin JF. O lugar do corpo na cultura ocidental. Lisboa: Instituto Piaget; 1999. (Epistemologia e sociedade; 162)

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).

18. Trabalho apresentado em evento

Menezes GMS, Aquino EML. Trabalho noturno na enfermagem. In: Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem: cuidar-ação terapêutica da enfermagem; 1998 set 20-25; Salvador, Brasil. Salvador: ABEEn/BA; 1999. p. 309-21.

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

19. Dissertação e Tese

Schimith MD. Acolhimento e vínculo no Programa de Saúde da Família: realidade ou desejo [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

20. Artigo de jornal

Quinalia E. Para aprender nas férias. Metro. 2012 dez. 12;6(1446):20 (Educação)

21. Documento jurídico

Ministério da Saúde (BR). Decreto Nº 1.948, de 3 de julho de 1996: regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 1996 jul 3;134(128 Seção 1):12277-9.

22. Verbetes de dicionário

Ferreira ABH. Aurélio, século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999. Colono; p. 504.

23. Material em fase de publicação

Kirschbaum DIR. História da enfermagem psiquiátrica no Rio Grande do Sul: parte I. Rev Gaúcha Enferm. No prelo; 2003.

Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci USA. Forthcoming 2002.

Material eletrônico

As expressões "disponível em" e "citado", em Espanhol são "*disponible en*" e "*citado*", e em Inglês, "*available from*" e "*cited*".

24. Artigo de periódico em formato eletrônico

Pedron CD, Bonilha ALL. Práticas de atendimento ao neonato na implantação de uma unidade neonatal em hospital universitário. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2008 [citado 2009 fev 15];29(4):612-8. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7633/4688>.

25. Artigo com Digital Object Identifier (DOI):

Zhang M, Holman CD, Preço SD, Sanfilippo FM, Preen DB, Bulsara MK. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study. BMJ. 2009 Jan 07; 338: a2752. doi: 10.1136/bmj.a2752

26. Monografia em formato eletrônico

Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. O diagnóstico do câncer [Internet]. Rio de Janeiro; 1999 [citado 2008 jun 23]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=31.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

27. Trabalho disponível em anais em meio eletrônico

Stuchi RAG, Carvalho EC. Control de presión arterial e ingesta de sal: creencias de portadores de enfermedades coronarias. In: Anales del 9º Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería, 1º Coloquio Internacional de Investigación en Enfermería; 2000 mayo 29-jun 3; Habana, Cuba [CD-ROM]. Habana: Cubana; 2000. p. 60.

28. DVD e CD-ROM

Ministério da Saúde (BR). Dez passos da alimentação saudável para crianças menores de dois anos [DVD]. Brasília (DF); 2012.

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

29. Homepage / Web site

Universidade Federal do Rio Grande do Sul [Internet]. Porto Alegre: UFRGS; 2000- [atualizado 2012 dez 12, citado 2012 dez 13]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/>.

30. Parte de uma área homepage / Web

Universidade Federal do Rio Grande do Sul [Internet]. Porto Alegre: UFRGS; 2000- [atualizado 2012 dez 12, citado 2012 dez 13]. Histórico; [aprox. 6 telas]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/ufrgs/a-ufrgs/historico>

Banco de dados na Internet

31. Banco de dados aberto

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília (DF): IBGE; c2000- [citado 2001 mar 08]. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/>

32. Banco de dados fechado

Estatísticas sociais [Internet]. Brasília (DF): IBGE; c2000 [atualizado 2001 dez 12; citado 2012 dez 13]. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/>

33. Blogs

Blog da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2000- [citado 2009 fev 13]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/>

34. Contribuição para um blog

Mantone J. Head trauma haunts many, researchers say. 2008 Jan 09 [cited 2009 Feb 13]. In: Wall Street Journal. HEALTH BLOG [Internet]. New York: Dow Jones & Company, Inc. c2008- . [about 1 screen]. Available from: <http://blogs.wsj.com/health/2008/01/29/head-traumahunts-many-researchers-say/>.

Condições para submissão

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

1. A contribuição é original e inédita e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; não sendo o caso, justificar em "Comentários ao Editor".
2. Os arquivos para submissão devem ser encaminhados em Word for Windows, fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo (inclusive os resumos), com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm.
3. O texto segue os requisitos de formatação da Revista segundo as Diretrizes para Autores, encontradas no menu "Sobre">"Submissões">"Diretrizes para autores".
4. O título deve ter, no máximo, 15 palavras.
5. O texto indexado não deve conter nenhuma informação que possa identificar os autores. Informações sobre os autores deve ser incluída apenas **nos metadados** (passo 2).
6. O título, o resumo e os descritores devem vir com suas equivalências em espanhol e inglês.
7. Os resumos não devem ultrapassar 150 palavras. Deve ser elaborado obedecendo ao formato de **resumo estruturado**.
8. Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e resumo deve ser em letras maiúsculas e em negrito (Ex.: **TÍTULO; RESUMO**); *resumen* e *abstract* em maiúsculas, negrito e itálico (ex.: **RESUMEN; ABSTRACT**); seção primária em maiúscula e negrito (ex.: **INTRODUÇÃO**); e seção secundária em minúscula e negrito (ex.: **Histórico**). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto (Ex.: -, *, etc.) e alíneas [a), b), c)...).
9. O texto deve conter o número de palavras e de referências preconizado para cada seção da Revista (Artigos Originais, Artigos de Revisão Sistemática, Artigos de Reflexão).
10. No texto, substituir o nome dos autores citados por sua codificação numérica, sobrescrita e entre parênteses, conforme foram citados no texto e eliminando expressões do tipo "Segundo...", "De acordo com...".

11. As referências devem seguir o estilo *Vancouver* e ser atualizadas e preferencialmente de periódicos. Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples.
12. A declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais deve ser assinada por todos os autores e encaminhada como documento suplementar à Revista conforme modelo contido nas Diretrizes para Autores

Declaração de Direito Autoral

Direitos Autorais para artigos publicados nesta Revista são do autor, com direitos de primeira publicação para a Revista. Em virtude da Revista ser de acesso público, os artigos são de uso gratuito, com atribuições própria, em aplicações educacionais e não-comerciais, estando licenciados sob uma Licença Creative Commons tipo (CC) BY-NC.

Política de Privacidade

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

ATENÇÃO: AS SUBMISSÕES PARA A RGE DEVEM SER REALIZADAS NO SEGUINTE ENDEREÇO:

<https://mc04.manuscriptcentral.com/rgef-scielo>