



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
CAMPUS ARAPIRACA
CURSO DE BACHARELDO EM ENFERMAGEM

TALITA JULIANA ALVES DE OLIVEIRA

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA VISÃO DO PROFISSIONAL DA
ENFERMAGEM: Uma Revisão Integrativa**

Arapiraca / AL

2019

TALITA JULIANA ALVES DE OLIVEIRA

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA VISÃO DO PROFISSIONAL DA
ENFERMAGEM: Uma Revisão Integrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, *Campus* Arapiraca, para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Janaina Ferro Pereira

Arapiraca / AL

2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
CAMPUS ARAPIRACA
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

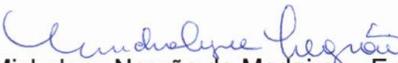
FOLHA DE APROVAÇÃO

Membros da comissão julgadora de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso da graduanda **TALITA JULIANA LAVES DE OLIVEIRA**, intitulado **CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA VISÃO DO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM**, apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, 11 de março de 2019, as 11h no Bloco das Coordenações do *Campus* Arapiraca, **APROVAM-NO**.

COMISSÃO JULGADORA


Prof. Dra. Jnanaina Ferro Pereira
Orientador – Curso de Bacharelado em Enfermagem - UFAL


Prof. Dra. Ana Paula Nogueira de Magalhães - Examinador 2
Curso de Bacharelado em Enfermagem - UFAL


Enfermeira Michalyne Negrão de Medeiros - Examinador 3
Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao Meu Querido Deus, Porto Seguro da minha vida, pela capacidade que me deu para concluir este curso. Creio que vai me conduzir por caminhos especiais a fim de exercer o ofício de enfermagem e assim cumprir minha missão junto aos meus semelhantes. Aos meus queridos pais, João Alves e Maria de Lourdes (*In Memoriam*), por haverem me amado e educado com tanto carinho; e mui especialmente a minha querida mãe, que partiu para eternidade recentemente e me deixou saudade eterna. Em toda minha trajetória de formação utilizei meus conhecimentos para que seus dias de vida fossem mais amenos, com mais qualidade e cuidados especiais. Impossível esquecer-la.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a toda minha família pelo apoio e carinho concedidos nessa trajetória de formação. A cumplicidade e união que é e sempre será a melhor aliança entre nós. A minha orientadora Profa. Dra. Janaina Ferro Pereira, pela paciência e tempo dedicados a mim. A você, meus sinceros agradecimentos e reconhecimento a sua sabedoria. Lembrarei sempre de seus ensinamentos.

RESUMO

Introdução: a assistência à saúde de qualidade com segurança é um direito do indivíduo. A consolidação da segurança do paciente se apresenta como indispensável no processo de melhoria da assistência. O termo “cultura de segurança” surgiu a partir de o acidente nuclear de Chernobyl em 1986, uma “cultura de segurança fraca” foi atribuída como principal causa do acidente. **Metodologia:** revisão integrativa onde foram realizadas buscas de resumos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), National Library of Medicine (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Os descritores utilizados foram: segurança do paciente, cultura de segurança. Os critérios de inclusão foram artigos completos que utilizaram o HSOPSC e o SAQ, disponíveis na íntegra online, em português e foram publicados de 2007 até 2017. **Resultados:** os artigos analisados foram organizados no quadro 1 evidenciando os seguintes dados: autor e ano, local, metodologia/instrumento, objetivo e categoria de análise. A cultura de segurança do paciente se configura como relevante no objetivo de reduzir eventos adversos no âmbito hospitalar e aperfeiçoar a segurança do paciente com um conjunto de valores, atitudes, percepções e competências, grupais e individuais, que definem um padrão de comportamento e compromisso com o gerenciamento de segurança da instituição.

Palavras-chave: Cultura de segurança. Segurança do paciente. Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Quality assurance is a right of the individual. The consolidation of patient safety is indispensable in the process of improving care. The term "safety culture" emerged from the Chernobyl nuclear accident in 1986, a "weak safety culture" was attributed as the main cause of the accident. Methodology: integrative review, abstracts were searched in the Virtual Health Library (VHL) and databases: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), National Library of Medicine (MEDLINE) and Database of Nursing (BDENF). The descriptors used were: patient safety, safety culture. Inclusion criteria were complete articles using HSOPSC and SAQ, available in full online, in Portuguese and were published from 2007 to 2017. Results: the articles analyzed were organized in Table 1, showing the following data: author and year, local, methodology / instrument, objective and category of analysis. The safety culture of the patient is configured as relevant in the objective of reducing adverse events in the hospital setting and to optimize patient safety with a set of values, attitudes, perceptions and competences, group and individual, that define a pattern of behavior and commitment with the security management of the institution.

Descriptors: Safety culture. Patient safety. Nursing.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	OBJETIVO/JUSTIFICATIVA.....	13
3	METODOLOGIA.....	14
4	RESULTADOS E	
	DISCUSSÃO.....	15
4.1	A percepção de cultura de segurança dos profissionais de enfermagem.....	20
4.2	A importância da comunicação na cultura de segurança.....	22
4.3	Cultura de segurança e promoção de saúde.....	24
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
	REFERÊNCIAS.....	26
	ANEXO A- Informações Gerais e Normas para publicação- Revista de Enfermagem UFPE On Line-REUOL.....	29

1 INTRODUÇÃO

Embora atualmente os avanços científicos na área da saúde promovam o tratamento de diversas doenças, evidências apontam que os pacientes estão sujeitos a riscos enquanto usuário dos serviços de saúde. Receber uma assistência à saúde de qualidade é um direito do indivíduo e os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente, segura, com a satisfação do paciente em todo o processo (ANVISA, 2013).

A consolidação da segurança do paciente se configura como subsídio para as propostas de melhoria da qualidade, pois os seus constructos permitem remodelar os processos de trabalho, fazendo com que estratégias seguras aprimorem a assistência em saúde. Nesse contexto, a cultura de segurança se apresenta como um componente crítico da qualidade nos serviços de saúde.

O termo “cultura de segurança” surgiu a partir de o acidente nuclear de Chernobyl em 1986, uma “cultura de segurança fraca” foi atribuída como principal causa do acidente, de acordo com a *International Atomic Energy Agency* (IAEA). A cultura de segurança foi então conceituada como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e grupais que determinam o estilo, a proficiência e o compromisso da gestão de uma organização saudável e segura.

O clima e a cultura organizacional oferecem perspectivas sobrepostas para a compreensão de experiências que as pessoas vivenciam em ambientes organizacionais. Avaliar a cultura de segurança é importante porque a cultura de uma organização e as atitudes das equipes podem influenciar os resultados da segurança do paciente e essas medidas podem ser usadas para monitorar a mudança ao longo do tempo.

A publicação do *Institute of Medicine To Err is Human: building a safer health care system*, considerado marco para a segurança do paciente, enfatizou a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança a nível organizacional, como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar.

Atualmente, questões relacionadas à segurança do paciente constituem um grave problema de saúde pública em todo mundo, devido ao cenário dos sistemas que oferecem serviços de cuidados à saúde com grande demanda e poucos recursos. Desta forma, entre 2007 e 2009, realizou-se o estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos na Atenção (IBEAS) em cinco países da América Latina. Este estudo mostrou que 10,5 % dos pacientes hospitalizados sofrem

algum tipo de EA, e destes, 58,9% poderiam ter sido evitados. Mello e Barbosa (2013) trazem no seu estudo, que nas últimas décadas tem havido crescente preocupação em proporcionar uma assistência em saúde segura aos pacientes. A qualidade surge como um fator crucial para o sucesso nos serviços de saúde.

Segundo a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, a qual institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), a cultura de segurança se configura a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização: a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, é dever do enfermeiro a prestação da assistência de forma segura e livre de danos tanto à pessoa, como também à família e coletividade. A partir disso, verifica-se a execução de protocolos de assistência, *checklists*, e outras estratégias implementadas pela equipe de enfermagem que configuram papel fundamental desses profissionais proporcionando uma assistência mais segura e com qualidade. Dentre os outros meios para garantir a segurança do paciente encontram-se a comunicação entre a equipe de enfermagem e outros profissionais de saúde, a qualidade da assistência, a identificação de riscos, notificação de eventos, e métodos educacionais. Certifica-se que a cultura de segurança é dever de toda equipe de saúde, sendo responsabilidade da enfermagem supervisionar e registrar eventos adversos como medida de segurança.

A resolução- RDC nº 36 de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências, define cultura de segurança como um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

A cultura de segurança é atualmente considerada um indicador estrutural básico para promover iniciativas que visam à redução dos riscos e da ocorrência de eventos adversos,

particularmente em hospitais.

Segundo a OMS, a cultura de uma organização de saúde é um fator que pode afetar todos os processos e defesas do sistema para melhor ou para pior. Caso se possa dizer que há uma cultura nas organizações prestadoras de cuidados de saúde, ela normalmente contém pelo menos dois obstáculos para fortalecer a cultura de segurança; o primeiro é a crença no perfeccionismo do treinado – após longa e árdua formação / treinamento, profissionais de saúde esperam “acertar”, “fazer correto”, e isso também é o que esperam dele; e em segundo, a tendência de estigmatizar e punir a falibilidade – o erro se equipara à incompetência. Juntos, essas influências difundidas tornam difícil para os prestadores de cuidados de saúde admitir seus erros ou aprender coletivamente a partir deles.

A cultura de segurança é constituída pelos seguintes componentes: uma cultura justa, onde há o consenso entre as pessoas no que concerne a comportamentos aceitáveis e inaceitáveis; uma cultura de notificação de incidentes, que privilegia a informação (incluindo coleta, análise e divulgação sobre informações referentes à notificação de eventos adversos e *near misses*) e encoraja as pessoas a falarem sobre os seus erros e a notificá-los; e, por fim, uma cultura de aprendizagem, uma vez que a organização constituiu uma memória de eventos passados, esta pode direcionar o aprendizado a partir dos mesmos.

A avaliação da cultura de segurança, já exigida por organismos internacionais de acreditação hospitalar, permite identificar e gerir prospectivamente as questões relevantes de segurança nas rotinas e nas condições de trabalho, a fim de monitorar mudanças e resultados relacionados à segurança.

De acordo com a ANVISA (2013), este estudo apoiou de maneira decisiva a cultura da melhoria da qualidade e a segurança do paciente, além de permitir conhecer a magnitude do problema em alguns países da região. Como consequência, se incrementou a massa crítica que trabalha em prol da segurança do paciente e a melhoria da atenção.

Diante do exposto, a questão norteadora deste estudo foi: o que tem sido produzido sobre a temática cultura de segurança do paciente em hospitais com foco na equipe de enfermagem? Para responder a esse questionamento foi necessário analisar produções relacionadas à cultura de segurança do paciente onde foram utilizados o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) e o Safety Attitudes Questionnaire (SAQ).

O HSOPSC possibilita avaliar a cultura de segurança a nível individual, por unidade/setor

hospitalar e do hospital como um todo. São elegíveis a responder o questionário os profissionais que têm contato direto ou indireto com os pacientes, e que despendem a maior parte de suas horas de trabalho no hospital (no mínimo 20 horas), não se restringindo exclusivamente aos profissionais de saúde. Ele oportuniza diversos usos: identificar áreas cuja cultura necessita melhorias; avaliar a efetividade de ações implementadas para melhoria da segurança ao longo do tempo; possibilitar benchmarking interno e externo, auxiliando a organização a identificar como sua cultura de segurança difere da cultura de outras organizações e priorizar esforços de fortalecimento da cultura, identificando suas fragilidades. Ele é considerado um instrumento válido, confiável, eficiente e um dos instrumentos mais utilizados mundialmente para mensurar cultura de segurança do paciente. Esse questionário, criado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos Estados Unidos em 2004, foi delineado com o objetivo de avaliar múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente e questiona a opinião de seus respondentes sobre pontos-chave relacionados à segurança – valores, crenças e normas da organização, notificação de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão.

O Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 foi criado em 2006 para avaliar as percepções de profissionais em relação a questões de segurança do paciente. O instrumento tem 41 questões que objetivam medir a percepção do clima de segurança, através de seis domínios: clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gestão da unidade e do hospital, condições de trabalho e reconhecimento de estresse. As respostas a cada uma das questões seguem uma escala Likert de cinco pontos: discordo totalmente (A), discordo um pouco (B), neutro (C), concordo um pouco (D), concordo totalmente e não se aplica (E). O instrumento é dividido em duas partes: a primeira parte é composta por 41 questões, englobando os seis domínios, e a segunda parte coleta dados dos profissionais (sexo, profissão e tempo de experiência na especialidade). A pontuação final do instrumento varia de 0 a 100, onde zero representa a pior percepção do clima de segurança e 100 representa a melhor percepção. Os valores são considerados positivos quando a pontuação total é maior ou igual a 75. A pontuação é ordenada da seguinte forma: discordo totalmente (A) é igual a 0 pontos; discordo um pouco (B) é igual a 25 pontos; neutro (C) é igual a 50 pontos; concordo totalmente (D) é igual a 75 pontos e concordo totalmente (E) é igual a 100 pontos. A contagem dos pontos é realizada como segue. Inicialmente, as questões são codificadas de forma reversa, por exemplo, a resposta “eu discordo totalmente” se torna “concordo totalmente” e assim por diante. Dessa forma, as questões são

agrupadas por domínios. Finalmente, calculam-se a soma das respostas para as questões em cada domínio e divide-se o resultado pelo número de questões em cada área.

2 OBJETIVO/JUSTIFICATIVA

O objetivo desse estudo foi realizar uma revisão integrativa através da análise de produções relacionadas à cultura de segurança do paciente onde foram utilizados o instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) e o Safety Attitudes Questionnaire (SAQ).

O estudo justifica-se pela importância de conhecer o que tem sido produzido sobre a temática cultura de segurança do paciente com foco na equipe de enfermagem.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, desenvolvidas em seis etapas, sendo elas: identificação do tema, busca de estudos com base nos critérios de inclusão e exclusão, definição de informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliar os estudos, discussão dos resultados e apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

Durante o período de estudo foram feitas pesquisas com a busca de resumos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), National Library of Medicine (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). O descritor utilizado foi: segurança do paciente, cultura de segurança e enfermagem. Os critérios de inclusão foram artigos completos que utilizaram o HSOPSC e o SAQ, disponíveis na íntegra online, em português e foram publicados de 2007 até 2017. Os critérios de exclusão foram publicações que não tinham relação com o objeto de estudo, artigos incompletos, revisões integrativas ou não disponíveis, e estudos realizados em ambientes não hospitalares e em hospitais da rede privada.

Ao realizar a busca nas plataformas foram encontrados 1023 estudos com texto completo, sendo 131 em português. Desses apenas 13 se enquadraram nos critérios de inclusão e foram lidos na íntegra. Essas publicações são do período de 2012 a 2017, com texto completo disponível online e em português.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a análise de artigos selecionados relacionada à cultura de segurança do paciente, com foco principal na enfermagem, pode ser observado que houve maior publicação no ano de 2016, produzidas no na região sul do país. Nesses artigos destacam-se as fraquezas (pontos negativos) e as fortalezas (pontos positivos) de cada local onde foram realizados os estudos. De modo geral temos como pontos satisfatórios: clima de trabalho em equipe, percepção de estresse, satisfação no trabalho, expectativa sobre o seu supervisor/chefe; e como resultados insatisfatórios têm o clima de segurança, condições de trabalho, apoio da gestão para segurança do paciente, gerência de unidade e hospital, quadro insuficiente de pessoal, resposta não punitiva aos erros, passagem de plantão. Esses pontos variam de acordo com a instituição e/ou setor onde foram realizados os estudos. De acordo com os resultados apresentados foram obtidas recomendações dos profissionais de enfermagem para os pontos frágeis ou insatisfatórios, essas recomendações foram apresentadas em três categorias: A percepção de cultura de segurança dos profissionais de enfermagem, A importância da comunicação na cultura de segurança e Cultura de segurança e promoção da saúde. Os artigos analisados foram organizados no quadro 1 evidenciando os seguintes dados: autor e ano, local, metodologia/instrumento, objetivo e categoria de análise.

QUADRO 1 – Resultados das Avaliações dos Artigos

AUTOR/ ANO	REVISTA/LOCAL	OBJETIVO	METODOLOGIA/INSTRUMENTO
Janeide Freitas de Mello, Sayonara de Fátima Faria Barbosa/2013	Texto Contexto Enferm, Florianópolis- SC	Sistematizar as recomendações dos profissionais de enfermagem acerca da segurança do paciente em duas Unidades de Terapia Intensiva adulto em Florianópolis, em SC, Brasil.	Estudo quantitativo, tipo Survey, transversal e comparativo, com abordagem quantitativa. A amostra do estudo foi formada por 97 profissionais, dentre os quais 91 responderam à questão qualitativa do instrumento, obtendo-se uma taxa de resposta de 93,8%, a coleta de dados consistiu na aplicação do

			instrumento HSOPSC.
Edenise Maria Santos da Silva-Batalha, Marta Maria Melleiro/2015	Texto Contexto Enferm, Florianópolis- SC	Avaliar a percepção de profissionais de enfermagem acerca da cultura de segurança do paciente e identificar diferentes de percepção nas unidades do hospital.	Estudo quantitativo descritivo-exploratório. Participaram 301 profissionais de enfermagem. A análise dos dados se deu por estatísticas descritivas e analíticas. O instrumento de coleta foi o HSOPSC.
Andréia Tomazoni, Patrícia Kuerten Rocha, Sabrina de Souza, Jane Cristina Anders, Hamilton Filipe Correia de Malfussi /2014	Rev. Latino-Am. Enfermagem, Florianópolis- SC	Verificar a avaliação da cultura de segurança do paciente, de acordo com o cargo e tempo de trabalho das equipes de enfermagem e médica de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.	Estudo quantitativo, tipo survey, realizado em quatro Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Florianópolis, Brasil. A amostra foi composta por 141 pessoas. A coleta de dados ocorreu com a aplicação do instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPPSC). Utilizou-se para análise os testes Kruskal-Wallis, qui-quadrado e alpha de Cronbach.
Fernanda Colares de Borba Neto e Fernanda Gadelha Severino/2016	Rev Brasileira Promoção Saúde, Fortaleza- CE.	Avaliar as dimensões da cultura de segurança do paciente de um hospital público de ensino, identificando suas áreas fortes e frágeis.	Estudo observacional, seccional, quantitativo, realizado entre dezembro de 2014 e janeiro de 2015, através do questionário HSOPSC, com funcionário de um hospital de referência em Fortaleza, Ceará, Brasil. A análise dos resultados ocorreu por meio do cálculo dos valores absolutos e relativos de positividade para cada

			uma das 12 dimensões de segurança do paciente avaliadas no instrumento.
Paloma Aparecida Carvalho, Leila Bernarda Donato Gottems, Maria Raquel Gomes Maia Pires, Maria Liz Cunha de Oliveira/2015	Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto- SP	Avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, de porte especial, segundo domínios do Questionário SAQ. O estudo foi realizado no Núcleo de Centro Cirúrgico (NCC) do Hospital de base do Distrito Federal (HBDF), com capacidade para 855 leitos, dos quais, 482 são leitos cirúrgicos, conforme Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.	Pesquisa descritiva, transversal, quantitativa, com aplicação do SAQ a 226 profissionais. Análise descritiva dos dados, consistência do instrumento e análise fatorial exploratória.
Greice Letícia Toso, Lidiane Golle, Tânia Solange Bosi Souza Magnano, Gerli Elenise Gehrke Herr, Marli Maria Loro, Fabiele Aozane,	Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre- RS	Avaliar o clima de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de enfermagem atuantes em hospitais no interior do Rio Grande do Sul.	Estudo transversal, com 637 profissionais de enfermagem em duas instituições hospitalares. Coleta de dados pelo questionário SAQ, no segundo semestre de 2014. Ponto de corte para avaliação positiva foi de ≤ 75 pontos.

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz/2016			
Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho, Lidyane Parente Arruda, Nyanne Karen Pinheiro do Nascimento, Renata Lopes Sampaio, Maria Lígia Silva Nunes Cavalcante, Ana Carolina Pinto Costa/2017	Rev. Latino-Am. Enfermagem, Fortaleza- CE	Avaliar a cultura de segurança em três hospitais públicos do Estado do Ceará, no Brasil.	Estudo transversal desenvolvido com profissionais de saúde aplicando-se o Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). Foram considerados positivos escores maiores que 75. Participaram do estudo 573 profissionais, incluindo técnicos e auxiliares de enfermagem 292 (51%), enfermeiros 105 (18,3%), médicos 59 (10,3%), e outros profissionais 117 (20,4%).
Jéssica David Dias, Karen Sayuri Mekaro, Chris Mayara dos Santos Tibes, Sílvia Helena Zem-Mascarenhas/2014	REME – Revista Mineira de Enfermagem, São Carlos - SP	Analisar o entendimento dos enfermeiros de unidades básicas e hospitalar sobre segurança do paciente e erros de medicação e apontar as condutas e estratégias utilizadas na ocorrência desses erros.	Estudo quantitativo, exploratório, descritivo, com envolvimento de 20 enfermeiros do Estado de São Paulo. Para análise dos dados coletados foi utilizado referencial teórico de análise temática.
Eliana Cristina da Silva Massoco, Marta Maria Melleiro/2015	REME – Revista Mineira de Enfermagem, São Carlos- SP	Conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem atuantes em hospital de ensino acerca da dimensão abertura para as	A coleta de dados foi feita por meio de um questionário baseado na Agency Health Research Quality, considerando a dimensão: abertura para as comunicações e resposta

		comunicações e respostas não punitivas aos erros e pôr em evidência a comunicação como fator expressivo.	não punitivas ao erro. O estudo foi desenvolvido em um hospital de ensino e a população foi constituída por 95 profissionais de enfermagem.
Gabriela Camargo Tobias, Ana Lúcia Queiroz Bezerra, Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá, Ana Elisa Bauer de Camargo Silva/2016	REUOL - Revista de Enfermagem UFPE On Line, Recife-PE	Analisar a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente.	Estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital de Goiânia, em Goiás, no Brasil, com 117 enfermeiros. A coleta de dados foi realizada com instrumento autoaplicável; em seguida, foi realizada análise descritiva a partir de tabelas.
Roberta Menezes de Oliveira, Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão, Lucilane, Maria Sales da Silva, Sarah Vieira Figueiredo, Renata Lopes Sampaio, Marcela Monteiro Gondim/ 2014	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Niterói- RJ	Identificar e analisar estratégias para promover a segurança do paciente na perspectiva de enfermeiros assistenciais.	Estudo descritivo, qualitativo, desenvolvido em hospital público, de Fortaleza, Ceará. A coleta de dados foi efetuada mediante entrevista semiestruturada com 37 enfermeiros, analisada segundo o referencial da análise de conteúdo.

Fonte: Autor (2019)

4.1 A percepção de cultura de segurança dos profissionais de enfermagem

Os processos e sistemas existentes nas unidades operacionais de um hospital para prevenção de erros e problemas percebidos influenciam a percepção de segurança do paciente pelos profissionais de enfermagem. A cultura de segurança do paciente é um elemento primordial no objetivo de reduzir eventos adversos no hospital e consequentemente melhorar a segurança do paciente com um conjunto de valores, atitudes, percepções e competências, grupais e individuais, que definem um padrão de comportamento e compromisso com o gerenciamento de segurança da instituição.

No estudo de Silva Batalha as dimensões compreendidas com a melhoria ininterruptas da segurança do paciente foram: pessoal, a resposta não punitiva a erros, apoio à gestão hospitalar na segurança do paciente, os problemas de segurança percebidos nas mudanças de turno e transições entre serviços/ou unidades, e abertura à comunicação. Quando o gerente ou supervisor aceita contribuições e observações da equipe ele é protagonista na melhoria da qualidade da assistência, ele não negligencia os problemas associados à segurança do paciente. O estabelecimento da cultura não punitiva, onde os enfermeiros podem discutir os erros e riscos potenciais de eventos adversos, beneficia a segurança do paciente. A notificação da ocorrência de incidentes adversos é incentivada pela cultura de segurança quando ela se compromete com a segurança do paciente, fazendo assim com que diminuam as subnotificações e contribuindo para o aumento de qualidade do atendimento nos hospitais.

Uma das exigências para a assistência de qualidade é que o sistema possua um canal de comunicação eficaz, permitindo às equipes transmitir e receber informações de forma clara e correta.

É de suma importância a inserção da cultura organizacional na atividade do profissional de enfermagem, visto que, permite ao profissional identificar e evidenciar as falhas cometidas possibilitando assim, a elaboração de estratégias para a prevenção de erros.

Dados da *National Coordinating Council for Medication Prevention Error Reporting na Prevention* (NCCMERP) (1998) enfatizam que se deve estimular a comunicação do erro como uma forma de acessar as causas reais dos eventos adversos e de suas possíveis formas de prevenção.

A percepção de segurança do paciente pelos profissionais de enfermagem é uma dimensão que sofre influência de processos e sistemas existentes nas unidades operacionais do

hospital para prevenir os erros e os problemas concebidos.

Em um estudo quantitativo com delineamento exploratório-descritivo sobre comunicação e segurança do paciente com ênfase na enfermagem, de Massoco et al 2015, dados identificaram o medo da punição e da evidência do profissional, como fator limitante na comunicação dos erros e da notificação de eventos adversos.

Para se adquirir uma cultura de segurança satisfatória, é preciso atentar com o ambiente de trabalho, percebendo e identificando os obstáculos e impedimentos que os enfermeiros se defrontam para conseguirem oferecer um cuidado seguro.

Alguns fatores dificultam o desenvolvimento de ações de segurança, dentre eles estão à insuficiência de recursos humanos, a enorme demanda de assistência, a extensa carga de trabalho, a falta de conhecimento de novas tecnologias por parte dos profissionais. Todos esses fatores contribuem para a falta de controle nas intervenções, por consequência ampliando as compleições no paciente e, finalmente diminuindo a qualidade de atendimento.

No estudo sobre cultura de segurança na percepção da enfermagem de Cavalcante et al, 2016, percebe-se que a avaliação da percepção do clima de segurança entre os profissionais da equipe de enfermagem constatou uma variação de respostas, de acordo com cada domínio, classe profissional, tempo de atuação e local/unidade.

Silva-Batalha et al, 2015, no seu estudo sobre cultura do paciente em um hospital de ensino, percebe que há diferenças significativas entre as unidades, com destaque para as unidades pediátricas onde os enfermeiros tiveram melhores percepções de segurança, e enfermeiros que tem mais anos de experiência e que trabalham em hospitais de ensino tem maior percepção de cultura de segurança do paciente.

A promoção de uma cultura de segurança não punitiva é importante para a melhoria de segurança do paciente, com isso os enfermeiros e outros profissionais de saúde podem discutir com liberdade os erros e saberem identificar os potenciais riscos, essas são as atitudes de fundamental importância para atingir a segurança do paciente, referente à comunicação e a notificação dos erros.

Nos últimos tempos as pesquisas na área de segurança do paciente têm crescido significativamente, com a finalidade de expandir e avaliar as soluções inovadoras e arrojadas implantadas, contribuindo assim para melhores resultados clínicos, econômicos e sociais. Grande parte do processo investigativo é desenvolvida no meio hospitalar, e fundamenta-se pela

complexidade organizacional, pela gravidade dos pacientes atendidos e pela quantidade de procedimentos de alto risco realizados. Inúmeros estudos se voltam para os aspectos objetivos e mensuráveis, mas evidenciamos que são muitas as questões subjetivas que necessitam ser investigadas nos estudos sobre comunicação e segurança do paciente.

A construção da cultura de segurança do paciente consiste em uma longa e trabalhosa trajetória. Os desafios são muitos, pois representa uma transformação da cultura organizacional, o que implica reorganização de processos, mudanças de comportamentos dos trabalhadores e dos gestores, num esforço coletivo. Enfim, requer o desenvolvimento de competências organizacionais que sustentem esse trabalho.

Existe uma estrutura organizacional que opera como um sistema aberto, com trocas frequentes entre profissionais e pacientes. Os participantes deste sistema compõem o arcabouço da organização com funções especializadas, cargos diversos, normas específicas para cada subdivisão, assim também como posições diferenciadas na estrutura hierárquica do hospital.

4.2 A importância da comunicação na cultura de segurança

Para Martino (2011), o ser humano é um ser da comunicação: ele se comunica consigo e com o mundo, ambos compreendidos como resultado da comunicação com o outro, considerando que as coisas não se evidenciam ao indivíduo de maneira direta, mas sim permeadas pela subjetividade, e construídas através da mediação do desejo, conhecimento e reconhecimento de outras pessoas. Nessa perspectiva, a comunicação está presente em todas as organizações, de qualquer natureza e/ou propósito (KUNSCH, 2010), sejam elas produtoras de bens ou de serviços.

As organizações de saúde, especialmente, dispõem características exclusivas, onde o processo de comunicação exhibe diferentes matizes. Para Araújo e Rocha (2007) a assistência à saúde no Brasil demanda estar ordenada na integralidade, a qual busca uma compreensão das necessidades de saúde individual e coletiva, incluindo os aspectos objetivos e subjetivos resultantes da interação dos atores em suas práticas no cotidiano das instituições (ARAÚJO e ROCHA, 2007). O resultado esperado do desempenho dessas organizações está voltado para a busca e/ou recuperação da saúde.

Na área da saúde, o trabalho demanda na rede heterogênea de relações interpessoais,

equipamentos e processos funcionais, inseridos em um intrincado sistema social e econômico. Nesse contexto, situa-se o hospital, considerado como o ambiente mais diferenciado do sistema de atendimento à saúde, o maior consumidor de recursos e o lugar onde se apresentam os novos avanços no atendimento. Para Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2003), o hospital é o ponto focal das promessas mais comprometedoras do sistema de saúde, porque é o local onde se encontram os problemas de maior complexidade e o meio de avaliar o funcionamento do sistema de seguridade social.

A comunicação é de fundamental importância para o desenvolvimento do trabalho dos enfermeiros junto à equipe, para transmitir uma informação universal, além de exercer influência direta sobre os indivíduos. A comunicação é uma habilidade humana que torna possível a manifestação e exteriorização do que se passa interiormente. A ausência de comunicação consegue comprometer de forma significativa a segurança do paciente e seu atendimento, consequentemente ajudando a contribuir com os erros. Um estudo de Massoco et al 2015, demonstra que os enfermeiros que trabalham em hospitais atestam que a falta de comunicação, formação inadequada, relações de trabalho falha e o receio da punição ao notificar eventos adversos são fatores relevantes na cultura de segurança do paciente. Estudo realizado em hospital de grande porte no Rio Grande do Sul concluiu que profissionais da enfermagem almejam por líderes com capacidade de livre comunicação com a equipe e com a implementação de uma administração mais participativa.

O desenvolvimento relevante de estudos na área da saúde vem trazendo uma evolução contínua referente aos meios de diagnóstico e tratamento. Com o intuito de acompanhar a velocidade dessas mudanças a formação dos profissionais igualmente vem se modificando, consequentemente produzindo novos estudos e conhecimentos e proporcionando formas inovadoras de trabalho. Dentro da organização hospitalar, as informações técnica e especializada ofertadas são infinitas. As informações, que correm dentro desse ambiente, servem como fomentos contínuos em uma rede neuronal, produzindo reações, as quais nem sempre representam comunicação, pois de acordo com Wolton (2010) a comunicação pressupõe relação, troca e negociação. Ainda para esse autor, a onipresença da informação converte a comunicação árdua, essa assertiva nos leva a uma reflexão sobre esse processo nos serviços de saúde, particularmente no hospital. A informação é a mensagem, nesse interim a comunicação é a relação, depreende tolerância, o que deixa complexo esse ambiente, considerando-se tais

diferenças.

A organização hospitalar é um ambiente de constante evolução tecnológica, em um complexo sistema de relações, e oscilações de poder entre os elementos que compõem a cultura organizacional.

4.3 Cultura de segurança e promoção de saúde

A enfermagem é atuante direta nos cuidados aos pacientes, gera ações que vão desde a prevenção de doenças, promoção de saúde e reabilitação, conseqüentemente a relevância dessa tarefa ser executada como a equipe de enfermagem. Uma assistência de qualidade engloba um atendimento de qualidade, com emprego de protocolos, equipes multiprofissionais, efetividade, eficiência, segurança, inovação e tecnologia. Além desses recursos envolve a utilização de uma gestão estratégica, com objetivos acertadamente definidos e com reconhecimento e valorização dos colaboradores pelos membros da equipe e gestão, conseqüentemente esta ação terá uma ligação direta com o aumento da qualidade da assistência e diminuição de eventos adversos.

De acordo com a política Nacional de Promoção da Saúde, em uma perspectiva interdisciplinar a promoção da saúde compreende o progresso de qualidade de vida da população, o direito à cidadania, e tem como fundamentos a concepção holística da saúde, a equidade a intersetorialidade e a participação social.

Para compreender as mudanças de paradigmas que orientam as práticas em saúde, é preciso ponderar sobre a evolução histórica da Promoção de Saúde na área hospitalar. Assim, estabelece-se uma ordem cronológica das principais recomendações da Organização Mundial de Saúde, de 1986; a Declaração de Budapeste sobre hospitais Promotores da Saúde, de 1991; e as Recomendações de Viena sobre Hospitais Promotores de Saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do crescente estímulo às pesquisas na área, no que se refere à segurança do paciente, ainda se configura como uma questão problemática e de saúde pública, visto que os recursos não apenas financeiros, mas também de pessoal são insuficientes em relação à demanda, o que interfere na oferta da assistência em saúde de qualidade e com segurança. Além disso, muitos erros são evitáveis, um fator que contribui para a persistência desse problema é a comunicação ineficaz da equipe de saúde e entre gestores, por esse motivo faz-se necessário à cultura organizacional e um canal de comunicação eficaz, para identificação de potenciais riscos, prevenção e aprendizado dos mesmos, dessa forma oferecendo uma assistência em saúde segura, de qualidade e livre de danos tanto para pacientes como para familiares e equipe dos profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Questionário sobre Segurança do Paciente em Hospitais** (HSOPSC); 2004. Disponível em: <https://proqualis.net/cartaz/question%C3%A1rio-sobre-seguran%C3%A7a-do-paciente-em-hospitais-hsopsc> . Acesso em: 03 jul. 2018.

ANDRIOLO, L.J. **Estrutura e desempenho da administração pública municipal**: um estudo comparativo em dois municípios gaúchos. UFRGS, Porto Alegre, 2000.

ARMELLINO, D.; GRIFFIN, M.T.Q.; FITZPATRICK, J.J. Structural empowerment and patient safety culture among registered nurses working in adult critical care units. **J Nurs Manag.** v. 18 n. 7: p. 796-803, oct 2010.

BARATTO, M.A.; et al. Cultura de segurança do paciente no cenário hospitalar: revisão integrativa. **Ver enferm UFPE on line**, Recife, v. 10 n. 11: p. 4126-36, nov. 2016.

BARBOSA, I.A.; SILVA, M.J.P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Ver Bras Enferm**; v. 60 n. 5: p. 546-51, 2007.

BATALHA, E.M.; MELLEIRO, M.M. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis; v. 24 n. 2: p. 432-41; abr-jun, 2015.

BLIGNAUT, A.J, COETZEE, S.K, KLOPPER, H.C. Nurse qualifications and perceptions of patient safety and quality of care in South Africa. **Nurs Health Sci.** v. 16 n. 2: p. 224-31; jun, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acessado em: 07 ago. 2016.

CALDAS, B.; SOUZA, P.; MENDES, W. Aspectos mais relevantes nas investigações/pesquisas em segurança do paciente. In: SOUZA, P; MENDES, W (Org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2014. p. 187-206

CARVALHO, R.E.F.L.; CASSINI, S.H.B. **Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil**. 2012

CAVALCANTE, A.K.C.B.; et al. Cultura de segurança na percepção da enfermagem: revisão integrativa. **Ver enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10 n. 10: p. 3890-7, out.,2016.

ESTUDIO IBEAS. **Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica**. Espanha. 2015.

HEALTH AND SAFETY COMMISSION. Third Report: **Organizing for Safety. ACSNI Study Group on Human Factors**. London: H.M.S.O,1993.

HIDALGO, H.; HERNANDEZ, R.G.; SALINAS, J.F.G.; ZUÑIGA, M.P.; PORRAS, G.A.; PEREZ, A.A. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. **Cienc enferm**. 2013, v. 2: p. 77-88 cited em 30 mar. 2016.

JOINT COMMISSION RESOURCES. **Temas e estratégias para liderança em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

KIM, J.; NA, K.; KIM, M.K.; YOON, S.H. Nurses' Perception of error reporting and patient safety culture in Korea. **West J Nurs Res**. v. 29 n. 7: p. 827-44; nov, 2007.

MALAGÓN-LONDOÑO, GUSTAVO; MORERA, RICARDO, G.; LAVERDE, GABRIEL, P. **Administração hospitalar**, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2003.

MASSOCO, E.C.; MELLEIRO, M.M. Comunicação e segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. **Rev Min Enferm.**; v. 19 n. 2: p. 187-191; abr/jun, 2015

MELLO, J.F.; BARBOSA, S.F.F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22 n. 4: p. 1124-33; Out-Dez, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Agência nacional de vigilância sanitária**, FIOCRUZ, Distrito Federal, 2014.

MIRANDA, A.P. de; CARVALHO, A.K.O.; LOPES, A.A.S.; OLIVEIRA, V.R.C.; CARVALHO, P.M.G. de; CARVALHO, H. de. Contribuição da enfermagem à segurança do paciente: Revisão Integrativa. **SANARE, Sobral** – v.16 n.01, p. 109-117, 2017.

NCCMERP, **National Coordinating Concil for Medication Prevention Error Reporting na Prevention**, 1998. Disponível em: <https://www.nccmerp.org/> . Acesso em 05 nov. 2018.

REIS, C.T. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. Ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2013.

Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº. 36 de 25 de julho de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acessado em: 07 ago. 2016.

RICHRS, R.S. **Cultura de segurança do paciente**: estudo exploratório em organização com sistema OHSAS de gestão da saúde e segurança do trabalho. São Paulo, 2009.

RIGOBELLO, M.C.G.; CARVALHO, R.E.F.L.; CASSIANI, S.H.B.; GALON, T.; CAPUCHO, H.C.; DEUS, N.N. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem.

Acta Paul Enferm. 2012; v. 25 n. 5: p.728-35, cited 30 Mar, 2016.

SCHILLING, M.C.L. **A comunicação e a construção da cultura de segurança do paciente: interfaces e possibilidades no cenário do hospital.** PUCRS, Porto Alegre. 2017. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/7542>. Acessado em: 08 abr. 2018.

SCHNEIDER, B.; EHRHART, M.G.; MACEY, W.H. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. **Rev Esc Enferm USP** – 2015; v.49, Esp: p. 123 – 130.

SILVA, A. T.; et al. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde debate** online. 2016, v.40, n.111, p.292-301.

SILVA, E.B.C.; CASSIANI, S.H.B.; MIASSO, A.I, Opitz SP. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta Paul Enferm.** v. 20 n. 3: p. 272-6; 2007.

SOUZA, F.M.; NETO, J.B.S.; FORTE, L.M.; SILVA, P.N.; MEDEIROS, E.M.B. **O modelo de gestão de pessoas por competências: análise comparativa dos aspectos críticos para a implementação em duas empresas.** 2013. Disponível em: <http://unp.br/wp-content/uploads/2014/04/O-MODELO-DE-ARTIGO.pdf>. Acessado em: 02 mai. 2017

WOLTON, D. É preciso repensar a comunicação. **Revista Comunicação Empresarial.** v. 25, n. 95, 2º trimestre de 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), **World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research.** Geneva: WHO; 2008.

Disponível em:

https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_en.pdf.
Acessado em: 07 abr. 2017.

ANEXO A- Informações Gerais e Normas para publicação- Revista de Enfermagem UFPE

On Line- REUOL



Informações Gerais e Normas para Publicação

A REUOL está indexada no Sumários de Revistas Brasileiras: <http://www.sumarios.org/listarRevista.php>, na Biblioteca Virtual de Enfermagem [BVE]: <http://www.bve.org.br/>, no Directory of Open Access Journals [DOAJ]: <http://www.doaj.org/doaj>, e no Sistema Latindex: <http://www.latindex.unam.mx/larga.php?opcion=1&folio=17211>

Está cadastrada no Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas [SEER] na *homepage* do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT): <http://seer.ibict.br/>, na Biblioteca da Universidade Católica de Brasília: http://marakatu.ucb.br/biblioteca/php/pub_online1.php?codBib=, &codObra=%2C&lista=E bem como no Conselho Regional de Santa Catarina: <http://www.coren-sc.org.br/>

A REUOL adota os << Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas >>, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – Estilo Vancouver – como normas para publicação de artigos, disponível nos sites: <http://www.icmje.org> ou <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida em português).

Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals> sendo que coloca-se um ponto após o título para separá-lo do ano. Para a 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.

A publicação da REUOL é trimestral, compondo-se de um volume com quatro números que constará obrigatoriamente das datas de recebimento, da versão final de reapresentação e de aprovação no final dos manuscritos. O número máximo para uma edição é de 15 manuscritos. Caso ultrapasse, os excedentes serão publicados na edição posterior. Os manuscritos originais terão prioridades diante dos demais, devendo ocupar 75% das páginas publicadas. Em seguida, os de revisão de literatura sistemática e relato de casos clínicos.

Os manuscritos serão aceitos para avaliação quando enviados exclusivamente via eletrônica: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem>.

Quando da submissão dos manuscritos, em **Metadados da Submissão** devem constar todos os autores que por ventura estejam mencionados como << autor >>. O encaminhamento do manuscrito, anexos e o preenchimento de todos os dados, são de inteira responsabilidade do autor que está submetendo o manuscrito e não do Editor.

Ressalta-se que os manuscritos são previamente apreciados pelo Editor no que se refere à adequação dos textos às normas de formatação e estrutura e, se considerados adequados, serão

encaminhados para dois/três consultores. Entretanto, os que deixarem de cumpri-las, por incompletude ou inadequação, serão devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação quanto ao mérito e à conveniência de publicação pelos avaliadores. O processo de avaliação utiliza o sistema de *blind review*, preservando a identidade dos autores e consultores. O prazo de devolução para os pareceres é, no máximo, 15 dias, quando é aceita a realização da avaliação.

De posse dos pareceres emitidos, o Editor os encaminha para os autores. Os manuscritos aceitos sob condição serão retornados aos autores para alterações necessárias. Quando couber, os autores deverão realizar as modificações sugeridas em prazo máximo de 15 dias.

Por sua vez, reserva-se a exclusividade dos manuscritos que forem aceitos para publicação na **REUOL**. A esse respeito, é tão somente a não permissão de sua apresentação simultânea total, em parte ou traduzida a outro periódico de natureza virtual ou impressa, com exceção de resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas.

A publicação de manuscritos que envolvam seres humanos estará condicionada ao cumprimento dos princípios éticos acordados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, descritos no último parágrafo da seção Métodos, com o nome e número do protocolo de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa [CEP], bem como o processo de obtenção do consentimento livre e esclarecido dos participantes.

Em se tratando de investigações que envolvam órgãos e/ou tecidos isoladamente, bem como prontuários clínicos ou resultados de exames clínicos, devem ter o consentimento por escrito do paciente ou responsável. No material ilustrativo o paciente não deve ser identificado, não devendo aparecer nomes ou iniciais.

Deve ser enviada cópia de aprovação do projeto de pesquisa no CEP e da autorização do paciente ou responsável para publicação. Caso contrário, uma justificativa deverá ser encaminhada ao Editor que o analisará e tomará a decisão pelo aceite ou não do manuscrito. Com isto feito isenta-se a **REUOL** de encargos judiciais ou de responsabilidade pelos mesmos, caso venha a ocorrer.

Investigações que envolvam animais deverão ser aprovadas na Comissão de Ética em Experimentação Animais [CEEAA], em conformidade com as normas éticas elaboradas pelo Colégio Brasileiro de Experimentação Animal [COBEA] e pela legislação em vigor [Lei de Crimes Ambientais No. 9605 de 12/02/1998, Art. 32; Regulamentação da Lei de Crimes Ambientais – Decreto 3.179 de 21/09/1999, Art. 17], visando à responsabilidade de proteger e promover o bem-estar dos animais usados. Enviar cópia da aprovação do CEEAA.

Categorias de manuscritos

- **Artigos originais** – são caracterizados como a finalização de várias etapas da pesquisa científica.
- **Artigos de revisão de literatura** – são conhecidos como “reviews” e dividem-se em dois tipos fundamentais:
 - a) **Revisão anual**, contendo a descrição ampla das contribuições da literatura em determinada área de estudo.
 - b) **Revisão sistemática** – avaliação crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto, de modo a conter uma análise comparativa dos trabalhos na área, que discuta os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa e devendo conter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados para a revisão, como as estratégias de busca, seleção e avaliação dos artigos, esclarecendo a delimitação e limites do tema.
- **Atualização** – são trabalhos descritivos e interpretativos com base na literatura recente sobre a situação global em que se encontre determinado assunto investigativo.
- **Resumos de teses e dissertações**, apresentadas e aprovadas.
- **Relato de casos clínicos** – é um importante meio de disseminação do conhecimento referente aos aspectos clínico-patológicos de um tema científico. Novas técnicas, terapias, diagnósticos, patologias,

materiais e soluções inovadoras para problemas especiais, fenômenos anatômicos e fisiológicos, são exemplos a serem relatados. As ilustrações são fundamentais nos artigos dessa natureza [radiografias, fotos, desenhos, dentre outras].

- **Notas prévias** – estruturas que têm a função de publicar rapidamente alguma informação sobre resultados importantes alcançados com a pesquisa e/ou apenas para garantir a propriedade intelectual por meio do registro da informação.

- **Artigos informativos** – são relatos de estudos avaliativos, originais, de pesquisa contendo dados inéditos e relevantes para a saúde, resultados de investigação, aplicação de técnica ou com base em teoria.

- **Temas livres** – formas livres de contribuição científica, devendo ter como característica básica uma abordagem crítica, criativa, desvelando o tema ou revelando nova perspectiva de visão sobre o tema, que leve o leitor, por sua vez, à reflexão e/ou análise crítica sobre o tema em análise.

- **Cartas ao editor** – são comentários, discussões ou críticas a artigos recentes, publicados na REUOL, relatos de pesquisa originais ou achados científicos significativos. Sua extensão limita-se a duas páginas e as referências são limitadas a cinco.

Quanto à redação

Os manuscritos devem ser redigidos em linguagem clara e objetiva, mantendo-a adequada ao estudo, bem como ressaltando a terminologia científica condizente.

Quanto à autoria

O conceito de autoria fundamenta-se na contribuição de cada pessoa listada como autor, no que se refere, sobretudo à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e discussão dos resultados, redação e revisão crítica. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, neste caso, figurar na seção << Agradecimentos >>.

Quanto ao processo de julgamento de manuscritos

Após receber o manuscrito o editor considerará o cumprimento das normas e da política editorial da REUOL. Não sendo aprovado nessa fase, o autor será comunicado para realizar as adequações necessárias. Aprovado nesta fase será encaminhado para dois/três membros da Equipe Editorial de reconhecida competência na temática abordada para emitirem o parecer: aceitando, aceitando, mas recomendando modificações, e, por fim, recusando a publicação. O anonimato é garantido durante o processo de julgamento.

Diante dos pareceres emitidos o editor os encaminha aos autores. Os manuscritos aceitos sob condição serão retornados aos autores para alterações necessárias. Quando couber, os autores deverão realizar as modificações sugeridas em prazo de 15 dias.

Os manuscritos recusados, mas com possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo manuscrito, iniciando outro processo de julgamento.

A versão final do manuscrito, contendo as alterações solicitadas pelos consultores, será avaliada pelo Editor, que tomará a decisão final acerca da publicação ou da solicitação de novas alterações.

Após apreciação do Editor, os autores serão comunicados sobre a decisão, indicando a data prevista, o volume e o número da Revista no qual o artigo será publicado.

No caso de aceitação para publicação, os Editores de Layout reservam-se no direito de introduzir alterações para efeito de padronização, conforme os parâmetros editoriais da Revista e dos Requisitos Uniformes Estilo Vancouver.

Revista de Enfermagem UFPE On Line [REUOL]

Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem
Av. Prof. Moraes Rego, 1235 – Cidade Universitária – Recife (PE), Brasil CEP: 50.670-901
Fone: +005581 2126-8543 / FAX: +005581 3453-5814/2126-3932
E-mail: reuol.ufpe@gmail.com Homepage: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/>

Elaboração dos manuscritos

• Da formatação

Os manuscritos devem ser produzidos em editor de texto word 7.0 (ou versão inferior) com:

- a) 20 páginas (máximo), excluindo-se: página de rosto, resumo, abstract, resumen (todos com descritores), agradecimentos e referências (Estilo Vancouver), digitadas em uma só face, em papel tamanho A4.
- b) fonte Trebuchet MS, justificado, tamanho 12, espaço 2,0 linha em todo o texto (há exceções para tabelas e citações).
- c) páginas numeradas no ângulo superior direito a partir da página de identificação.
- d) margens laterais, superiores e inferiores de 2,0 cm cada.
- e) Nos resumos, usar em destaque: **objetivo, métodos, resultados, conclusão, seguido do sinal de : e o texto em seguida. Não usar os termos: palavras-chave, keywords e palabras-llave. Usar: descritores, descriptors e descriptores, respectivamente.** Usar letra maiúscula apenas na primeira letra de cada palavra. Não deve exceder 250 palavras. Ressalta-se que os itens observados se adequarão à natureza do estudo qualitativo, quando for pertinente.
- f) Não deverá ser utilizada nenhuma forma de destaque no texto (sublinhado, negrito, marcas d'água, aspas), exceto para títulos e subtítulos.
- g) Utilizar apenas itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto.
- h) Os títulos e subtítulos devem ser identificados com negrito e letra maiúscula apenas na primeira letra de cada palavra. Nos subtítulos não usar numeração nem no final o sinal de : . O texto deve ser escrito abaixo.
- i) Não usar rodapé ou cabeçalhos.
- j) As referências devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o Estilo Vancouver. Não usar o termo << bibliográficas >>.
- l) Recomenda-se o uso de parágrafos de 1,25 cm ou um TAB.

• Da estrutura

Os manuscritos enviados devem ser redigidos de acordo com regras gramaticais de cada idioma, bem como obedecendo a seguinte estrutura:

- a) **Página de rosto** – Título do artigo que deve ser centralizado e somente a primeira letra em maiúscula; versão do título nos idiomas inglês e espanhol. Na versão em que o manuscrito seja em espanhol ou francês, deverá ser apresentado no idioma inglês, inclusive.

Abaixo do título, justificado:

- 1) Nome completo do(s) autor(es), titulação e instituição a que pertence(m) e e-mail.
- 2) Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor responsável de correspondência.
- 3) Tipo de auxílio e nome da agência financiadora, se convier.
- 4) Se baseado em tese, dissertação ou monografia: título, ano e instituição onde foi apresentada. Tanto os nomes do orientador e do co-orientador deverão constar como autor, também.

b) Resumos – devem ser apresentados em português, inglês e espanhol. O estilo deve ser o narrativo, no máximo com 250 palavras. Devem ser destacados os termos: **objetivo**, **métodos**, **resultados**, **conclusões**, seguido do sinal de : e o texto em seguida. Usar letra maiúscula apenas na primeira letra de cada palavra. Não deve exceder 250 palavras. Ressalta-se que os itens observados se adequarão à natureza do estudo qualitativo, quando for pertinente.

Na versão em que o manuscrito for escrito em Espanhol ou Francês, apresentar o abstract; na versão em que for em Inglês, o resumen. Em todos devem estar os descritores, descriptors e descriptores, respectivamente.

Descritores: Indicar de três a cinco termos que identifiquem o tema, limitando-se aos descritores recomendados nos Descritores em Ciências da Saúde – DeCS, traduzido do *Medical Subject of Health – MeSH*, e apresentado gratuitamente pela BIREME na forma trilingüe, na página URL: <http://decs.bvs.br>. Se não forem encontrados descritores disponíveis para a temática do assunto, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Tese e Dissertação – Enviar o resumo, o abstract e o resumen.

c) **Texto** – os textos de manuscritos originais e de revisão de literatura sistemática devem apresentar: 1) introdução; 2) objetivo/s; 3) métodos; 4) resultados; 5) discussão; 6) conclusão; 7) agradecimentos (opcional); 8) referências (Estilo Vancouver).

O texto de manuscritos de revisão de literatura anual não obedece a esquema rígido de seções. Sugere-se uma breve introdução, em que o(s) autor(es) explica(m) qual a importância da revisão para a prática, à luz da literatura, síntese dos dados, que deve apresentar todas as informações pertinentes, e conclusão, que deve relacionar as idéias principais da revisão com as possíveis aplicações.

As demais categorias terão estrutura textual livre, devendo, entretanto, serem observadas: 1) introdução; 2) objetivo/s; 3) métodos; 4) resultados; 5) discussão; 6) conclusão; 7) agradecimentos (opcional); 8) referências (Estilo Vancouver).

O texto deve conter as seguintes seções:

Introdução – deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento, fornecendo referências estritamente pertinentes.

Métodos – devem descrever o tipo de estudo, a população, a amostra, os critérios de seleção da amostra, o instrumento de coleta de dados, os procedimentos para a coleta e análise dos dados.

Em se tratando de investigações envolvendo seres humanos, necessariamente no deve está explícito o cumprimento dos princípios de pesquisa envolvendo seres humanos, com a obtenção do consentimento livre e esclarecido dos participantes, bem como o nome do Comitê de Ética em Pesquisa no qual o projeto de pesquisa foi aprovado com o respectivo número de protocolo.

Para os autores brasileiros, a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, deve ser considerada: Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa. Série CNS – Cadernos Técnicos, série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 133. Brasília; 2002. 83-91p.; para os estrangeiros, a Declaração de *Helsinki*, disponível na página UR: <http://www.wma.net>.

Resultados – devem descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações e o texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras.

Tabelas – devem ser elaboradas para reprodução direta, em preto e branco, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto, conteúdo em fonte 10 com a primeira letra em maiúscula, apresentadas em tamanho máximo de 14 x 21 cm (padrão da revista) e comprimento não deve exceder 55 linhas, incluindo título.

Se usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Não usar linhas horizontais ou verticais internas. Empregar em cada coluna um título curto ou abreviado. Colocar material explicativo em notas abaixo da tabela, não no título. Explicar em notas todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela.

Ilustrações – fotografias, desenhos, gráficos e quadros são considerados **Figuras**. Devem ser elaborados para reprodução direta, inseridos no texto, em preto e branco, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte inferior e sem grifo, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto.

Citações – No texto, utilizar o sistema numérico de citação, no qual somente os números-índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto.

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 11 e parágrafo simples (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.

Acho que não faz sentido avaliar este trabalho de modo que não comprometa a idoneidade dos autores assim como a identificação de cada um. (Davidson)

As citações serão identificadas no texto por suas respectivas numerações sobrescritas. Números sequenciais devem ser separados por hífen; números aleatórios devem ser separados por vírgula. Não citar os nomes dos autores e o ano de publicação. Somente são permitidos os nomes quando estritamente necessário, por motivos de ênfase.

Quando da citação no texto de mais de um autor, no caso de dois, citam-se ambos usando a conjunção << e >>; se forem três ou mais, cita-se o primeiro autor seguido da expressão << et al. >>; deve-se evitar citação da citação, mas quando ocorrer deve ser utilizada a expressão << apud >>. Não utilizar os termos op. cit, id. Ibidem.

Discussão – deve conter comparação dos resultados com a literatura, as limitações da pesquisa e a interpretação dos autores, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo.

Conclusão – relacionar as conclusões com os objetivos do trabalho, evitando assertivas não apoiadas pelos achados e incluindo recomendações, quando pertinentes.

Agradecimentos – devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria, desde que haja permissão expressa dos nomeados. Podem constar agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material, dentre outros.

Referências – as referências devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o Estilo Vancouver. Devem ser ordenadas alfabeticamente, com base no último sobrenome do autor principal.

Referencia-se o(s) autor(e)s pelo sobrenome, sendo que 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 >>.

Na lista de referências, as referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto.

Em inglês e alemão, abrevia-se os meses iniciando por maiúsculas; em português, espanhol, francês e italiano, em minúsculas. Ambos serão sem ponto como recomenda o *Vancouver*.

Revista de Enfermagem UFPE On Line [REUOL]

Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem
Av. Prof. Moraes Rego, 1235 – Cidade Universitária – Recife (PE), Brasil CEP: 50.670-901
Fone: +005581 2126-8543 / FAX: +005581 3453-5814/2126-3932
E-mail: reuol.ufpe@gmail.com Homepage: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/>

Para apresentação das referências, devem ser adotados os critérios do *International Committee of Medical Journal Editors* disponíveis no site http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html ou <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida em português).

Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals> sendo que coloca-se um ponto após o título para separá-lo do ano. Para a 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.

Erratas: os pedidos de correção deverão ser encaminhados num prazo máximo de 30 dias após a publicação do periódico.

• Exemplos de referências

Artigos de periódicos – orientações:

- Somente a 1ª letra do título do artigo do periódico ou do livro deve estar em maiúscula;
- Os títulos dos periódicos devem ser abreviados pela lista de abreviaturas de periódicos do *Index Medicus* (base de dados *Medline*), que pode ser consultado no endereço: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals> sendo que coloca-se um ponto após o título para separá-lo do ano.
Exemplos: N Engl J Med., Neurology.
- Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consulte o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.
Exemplos: Femina., Rev Bras Reumatol., Rev Bras Hipertens.
- Quando as páginas do artigo consultado apresentarem números coincidentes, eliminar os dígitos iguais.
Ex: p. 320-329; usar 320-9
- Denominamos número (fascículo) a identificação da seqüência do volume, sendo que o algarismo fica entre parênteses. Ex.: 347(4).
- Periódico com paginação contínua em um volume: mês e número podem ser omitidos (opcional). Ex.: Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002;347:284-7.

*Autor(es) (pessoa física) – de um até seis autores

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data de publicação; volume (número): página inicial-final do artigo.

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002 Jul 25;347(4):284-7.

*Autor(es) (pessoa física) – mais de seis autores

Seis primeiros autores do artigo, colocar a expressão “et al”. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data de publicação; volume (número): página inicial-final do artigo.

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. Brain Res. 2002;935(1-2):40-6.

***Organização(ões) como autora(es)**

Organização(ões). Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume(número): página inicial-final do artigo.

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

***Autor(es) (pessoa física) e organização(ões) como autores**

Autor(es) (pessoa física); Organização(ões). Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume(número): página inicial-final do artigo.

Vallancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJ; Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. J Urol. 2003;169(6):2257-61.

Livros e outras monografias – orientações:

- Na identificação da cidade da publicação, a sigla do estado ou província pode ser também acrescentada entre parênteses. Ex.: Berkeley (CA); e quando se tratar de país pode ser acrescentado por extenso. Ex.: Adelaide (Austrália);
- Quando for a primeira edição do livro, não há necessidade de identificá-la;
- A indicação do número da edição será de acordo com a abreviatura em língua portuguesa. Ex.: 4ª ed.
- “Editor” é um termo em inglês que se refere ao editor literário.

***Autor(es) pessoal(is)**

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (Editora). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

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

***Editor(es), compilador(es) como autor(es)**

Autor(es) do livro, indicação correspondente. Título do livro. Edição (Editora). Cidade: Editora; Ano de publicação.

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editores. Operative obstetrics. 2ª ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

***Autor(es) e editor(es)**

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (Editora). Nome(s) do(s) editor(es) com a indicação correspondente. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Breedlove GK, Schorfheide AM. Adolescent pregnancy. 2ª ed. Wiczorek RR, editor. White Plains (NY): March of Dimes Education Services; 2001.

Revista de Enfermagem UFPE On Line [REUOL]

Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem

Av. Prof. Moraes Rego, 1235 – Cidade Universitária – Recife (PE), Brasil CEP: 50.670-901

Fone: +005581 2126-8543 / FAX: +005581 3453-5814/2126-3932

E-mail: reuol.ufpe@gmail.com Homepage: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/>

***Organização(ões) como autora(es)**

Organização(ões). Título do livro. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Royal Adelaide Hospital; University of Adelaide, Department of Clinical Nursing. Compendium of nursing research and practice development, 1999-2000. Adelaide (Australia): Adelaide University; 2001.

***Capítulo de livro**

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. "In": nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (Editora). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo.

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editores. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

***Anais de congresso**

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho. Título do evento; data do evento; local do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editores. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

***Apresentação em congresso**

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. "In": editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: *Proceedings* ou Anais do ... título do evento; data do evento; local do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final do trabalho.

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editores. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

*** Tese, dissertação e trabalho de conclusão de curso**

Autor. Título do trabalho [tipo do documento]. Cidade de publicação: Editora; Ano de defesa do trabalho.

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertação]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

Tannouri AJR, Silveira PG. Campanha de prevenção do AVC: doença carotídea extracerebral na população da grande Florianópolis [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Medicina. Departamento de Clínica Médica, 2005.

***Artigo de jornal**

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12;Sect. A:2 (col. 4).

*** Material audiovisual**

Autor(es). Título do material [tipo do material]. Cidade de publicação: Editora; ano.

Chason KW, Sallustio S. Hospital preparedness for bioterrorism [vídeo cassete]. Secaucus (NJ): Network for Continuing Medical Education; 2002.

*** Artigo não publicado (no prelo)**

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Indicar no prelo e o ano provável de publicação após aceite.

Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci U S A. No prelo 2002.

*** Material eletrônico (cd-rom, dvd, disquete...)**

Autor(es). Título [tipo do material]. Cidade de publicação: Produtora; ano.

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

*** Artigo de periódico em formato eletrônico**

Autor do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado [periódico na Internet]. Data da publicação [data de acesso com a expressão "acesso em"]; volume(número): [número de páginas aproximado]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:".

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [periódico na Internet]. 2002 Jun [acesso em 2002 Aug 12];102(6):[aproximadamente 3 p.]. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

*** Monografia na internet**

Autor(es). Título [monografia na Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão "acesso em"]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:".

Foley KM, Gelband H, editores. Improving palliative care for cancer [monografia na Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

*** Homepage**

Autor(es) da homepage (se houver). Título da homepage [homepage na Internet]. Cidade: instituição; data(s) de registro* [data da última atualização com a expressão "atualizada em"; data de acesso com a expressão "acesso em"]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:".

* a data de registro pode vir acompanhada da data inicial-final ou com a data inicial seguida de um hífen (-) indicando continuidade.

Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [atualizada em 2002 May 16; acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>

*Parte de uma homepage

Autor(es) da *homepage* (se houver). Título [homepage na Internet]. Cidade: instituição; data(s) de registro [data da última atualização com a expressão “atualizada em”; data de acesso com a expressão “acesso em“]. Título da parte da *homepage*; [número aproximado de telas]. Endereço do *site* com a expressão “Disponível em:”.

American Medical Association [homepage na Internet]. Chicago: The Association; c1995-2002 [atualizada em 2001 Aug 23; acesso em 2002 Aug 12]. AMA Office of Group Practice Liaison; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>

*Base de dados na internet

Autor(es) da base de dados (se houver). Título [base de dados na Internet]. Cidade: Instituição. Data(s) de registro [data da última atualização com a expressão “atualizada em” (se houver); data de acesso com a expressão “acesso em“]. Endereço do *site* com a expressão “Disponível em:”.

Who's Certified [base de dados na Internet]. Evanston (IL): The American Board of Medical Specialists. c2000 - [acesso em 2001 Mar 8]. Disponível em: <http://www.abms.org/newsearch.asp>

Jablonski S. Online Multiple Congenital Anomaly/Mental Retardation (MCA/MR) Syndromes [base de dados na Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). c1999 [atualizada em 2001 Nov 20; acesso em 2002 Aug 12]. Disponível em: http://www.nlm.nih.gov/mesh/jablonski/syndrome_title.html

*Parte de uma base de dados na internet

Autor(es) da base de dados (se houver). Título [base de dados na Internet]. Cidade: Instituição. Data(s) de registro [data da última atualização com a expressão “atualizada em” (se houver); data de acesso com a expressão “acesso em“]. Título da parte da base de dados; [número aproximado de páginas]. Endereço do *site* com a expressão “Disponível em:”. Nota explicativa (se houver).

MeSH Browser [base de dados na Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2002- [acesso em 2003 Jun 10]. Meta-analysis; unique ID: D015201; [aproximadamente 3 p.]. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> .Arquivo atualizado semanalmente.

*Arquivo de computador

Título [programa de computador]. Versão. Local de publicação: Produtora; data de publicação.

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [programa de computador]. Versão 2.2. Orlando(FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Envio dos manuscritos

• Verificação de itens

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

2. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, 20 páginas (máximo), excluindo-se: página de rosto, resumo, abstract, resumen (todos com descritores), agradecimentos e referências Estilo Vancouver, digitadas em uma só face, em papel tamanho A4.

3. O manuscrito está formatado em espaço 2,0 de linha (exceções: tabelas e citações); fonte Trebuchet MS de 12-pontos; parágrafos de 1,25 cm; páginas numeradas no ângulo superior direito a partir da página de identificação. Está sendo encaminhada ou anexo ao manuscrito a Cópia de Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa [CEP].

4. Os títulos e subtítulos estão identificados por negrito e com a letra maiúscula apenas nas primeiras letras de cada palavra.

5. Na página de rosto, os TÍTULOS do manuscrito estão centralizados, as primeiras letras em maiúscula e com as traduções nos idiomas Inglês e Espanhol. Abaixo dos títulos, justificados: 1) Nome completo do(s) autor(es), titulação e instituição a que pertence(m) e e-mail. 2) Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor responsável de correspondência. 3) Tipo de auxílio e nome da agência financiadora, se convier. 4) Se o manuscrito foi elaborado a partir de tese, dissertação ou monografia: título, ano e instituição onde foi apresentada bem como com os nomes do orientador e do co-orientador como autores.

6. As tabelas estão elaboradas para reprodução direta, em preto e branco, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que estão citadas no texto, conteúdo em fonte 10 com a primeira letra em maiúscula, apresentadas em tamanho máximo de 14 x 21 cm (padrão da revista) e comprimento não se estendendo a 55 linhas, incluindo título.

7. As ilustrações: fotografias, desenhos, gráficos e quadros são considerados FIGURAS. Estão elaboradas para reprodução direta, em preto e branco, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula, descrita na parte inferior e sem grifo, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto.

8. Nos resumos, o estilo é o narrativo, no máximo com 250 palavras, estão destacados os termos: OBJETIVO, MÉTODO, RESULTADOS, CONCLUSÃO. São usados os termos: Descritores, Descriptors e Descriptores, respectivamente.

9. Os descritores indicados estão em número de três a cinco termos, limitam-se aos recomendados nos Descritores em Ciências da Saúde – DeCS, traduzido do *Medical Subject of Health – MeSH*, e apresentado gratuitamente pela BIREME na forma trilingüe, na página URL: <http://decs.bvs.br>.

10. Em se tratando de investigações envolvendo seres humanos, necessariamente nos MÉTODOS está explícito o cumprimento dos princípios de pesquisa envolvendo seres humanos, com a obtenção do consentimento livre e esclarecido dos participantes, bem como o nome do Comitê de Ética em Pesquisa no qual o projeto de pesquisa foi aprovado com o respectivo número de protocolo. Para os autores brasileiros, a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, deve ser considerada: Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa. Série CNS - Cadernos Técnicos, série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 133. Brasília; 2002. 83-91p.; para os estrangeiros, a Declaração de Helsinki, disponível na página UR: <http://www.wma.net>

11. Todos os endereços de páginas na Internet (URLs), incluídas no texto e nas referências no Estilo Vancouver (Ex.: <http://www.ibict.br>) estão ativos e prontos para clicar.

Revista de Enfermagem UFPE On Line [REUOL]

Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem
Av. Prof. Moraes Rego, 1235 – Cidade Universitária – Recife (PE), Brasil CEP: 50.670-901
Fone: +005581 2126-8543 / FAX: +005581 3453-5814/2126-3932
E-mail: reuol.ufpe@gmail.com Homepage: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/>

12. Quando da submissão do manuscrito, todos os autores devem ser registrados no Metadados de Submissão. O encaminhamento do manuscrito, anexos e o preenchimento de todos os dados, são de inteira responsabilidade do autor que está submetendo-o para o processo de avaliação e não do Editor.

13. Todos os manuscritos são previamente apreciados pelo Editor no que se refere à adequação às Normas da REUOL de FORMATAÇÃO e ESTRUTURA e, se considerados adequados, serão encaminhados para dois/três consultores. Os que deixarem de cumpri-las, por incompletude ou inadequação, serão devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação quanto ao mérito e à conveniência de publicação.

Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais

O autor responsável pelo envio do manuscrito deverá assinalar no local da *homepage* de submissão da REUOL a Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais e seguir com o processo de submissão.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Certifico que eu (fulano de tal), abaixo assinado, e demais autores participei(amos) suficientemente do trabalho para tornar pública minha(nossa) responsabilidade pelo seu conteúdo.

Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha(nossa) autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outro periódico, quer seja no formato impresso ou no eletrônico.

Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame de provas dos editores.

Assinatura do autor:

Data:

TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Declaro que, em caso de aceitação do artigo, concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da **Revista Enfermagem UFPE On Line**, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei/emos constar o competente agradecimento à REUOL.

Assinatura do autor:

Data:

Prof Dr Ednaldo Cavalcante de Araújo
Editor