

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS

**PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO DE UNIDADES DE REFERÊNCIA NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE À PANDEMIA DO COVID-19
NA CIDADE DO RECIFE – PE.**

Estudantes: Lorena Ribeiro de Carvalho
Maria Beatriz Falcão Pinto
Orientadora: Reneide Muniz da Silva

RECIFE – PE

2021

**PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO DE UNIDADES DE REFERÊNCIA NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE À PANDEMIA DO COVID-
19 NA CIDADE DO RECIFE – PE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado do ao curso de Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

RECIFE – PE

2021

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS

ESTUDANTES:

Lorena Ribeiro de Carvalho, acadêmica de Enfermagem do 10º período da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS. Telefone: (81) 98571-2079. E-mail: vylmarybeiro@gmail.com

Maria Beatriz Falcão Pinto, acadêmica de Enfermagem do 10º período da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS. Telefone: (81) 99129-1889. E-mail: beatrizfalcao@outlook.com

ORIENTADORA:

Reneide Muniz da Silva

Enfermeira. Doutora em Saúde Materno Infantil na linha de pesquisa de Avaliação de Intervenções em Saúde pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira-IMIP. Mestre em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães - CPqAM/FIOCRUZ, Docente-pesquisadora do Curso de graduação de Enfermagem e do Mestrado em Educação para o Ensino na Área de Saúde e Coordenadora do Centro de Atenção e Aprendizagem Interprofissional em Saúde da FPS.

Telefone: (81) 99499-3237

E-mails: reneide@fps.edu.br, reneide.muniz@gmail.com

RESUMO

Introdução: A atenção primária consiste na porta de entrada do Sistema Único de Saúde sendo assim, o contato direto com o paciente. No contexto atual, as unidades tem importante papel na detecção precoce dos casos oferecendo ações de contenção e resolutividade. **Objetivo:** analisar a percepção do Enfermeiro frente ao COVID-19 em unidades referência na Estratégia de Saúde da Família da cidade do Recife – PE. **Método:** Trata-se de um estudo de um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. Realizada em sete unidades de referência para sintomáticos respiratórios da COVID-19 por meio de uma entrevista semiestruturada. A análise dos dados foi por meio do conteúdo proposto por Bardin. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade Pernambucana de Saúde sob o parecer nº 4.665.289. **Resultados:** A pesquisa foi composta por um total de sete enfermeiros, desses cinco eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. A faixa etária variou entre 24 e 48 anos. O tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde alternou entre um mês a vinte e dois anos, com especialização em urgência e emergência, saúde pública, programa de saúde da família, obstetrícia, cardiologia, nefrologia, saúde do idoso, esterilização, gestão de sistema de saúde e Unidade de Terapia Intensiva. Da análise das falas emergiram os temas: Papel do profissional na unidade de saúde; Desafios encontrados pelos profissionais de enfermagem; Fraquezas e potencialidades para assistência durante a pandemia; Rede de referência de acolhimento para os pacientes/usuários; Aplicação dos protocolos estabelecidos pela esfera municipal e Visão da enfermagem pós-pandemia. **Conclusão:** A APS constitui a principal porta de entrada do SUS, por intermédio dela o usuário é encaminhado por toda rede de saúde, conforme sua necessidade. Em virtude da pandemia da COVID-19 tornou-se necessário seu fortalecimento no que diz respeito ao enfrentamento do vírus, bem como viabilizar a resolubilidade visando organizar de forma eficaz o fluxo de pacientes com objetivo de redução de internações hospitalares desnecessárias e superlotação dos serviços.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; COVID-19.

ABSTRACT

Introduction: Primary care is the gateway to the Unified Health System, thus, direct contact with the patient. In the current context, the units play an important role in the early detection of cases, offering containment and resolution actions. **Objective:** to analyze the perception of nurses regarding COVID-19 in reference units in the Family Health Strategy in the city of Recife – PE. **Method:** This is an exploratory, descriptive study with a qualitative approach. Carried out in seven referral units for respiratory symptomatic patients at COVID-19 through a semi-structured interview. Data analysis was performed using the content proposed by Bardin. The research was approved by the Ethics Committee of the Faculdade Pernambucana de Saúde under Opinion No. 4,665,289. **Results:** The research consisted of a total of seven nurses, of which five were female and two were male. The age range varied between 24 and 48 years. The time working in Primary Health Care ranged from one month to twenty-two years, with specialization in urgency and emergency, public health, family health program, obstetrics, cardiology, nephrology, elderly health, sterilization, system management and the Intensive Care Unit. The following themes emerged from the analysis of the speeches: Role of the professional in the health unit; Challenges faced by nursing professionals; Weaknesses and potential for assistance during the pandemic; Reception referral network for patients/users; Application of protocols established by the municipal sphere and Post-pandemic nursing vision. **Final considerations:** PHC is the main gateway to SUS, through which the user is referred by the entire health network, as needed. Due to the COVID-19 pandemic, it became necessary to strengthen it with regard to fighting the virus, as well as to enable resolvability in order to effectively organize the flow of patients with the objective of reducing unnecessary hospital admissions and overcrowding of services.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Strategy; Coronavirus infections.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

CoV - Coronavírus

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FPS – Faculdade Pernambucana de Saúde

MERS – Síndrome Respiratória do Oriente Médio

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

SARS – Síndrome Respiratória Aguda Grave

SARS-CoV – COVID-19

SUS - Sistema Único de Saúde

UBT- Unidades Básicas Tradicionais

USF – Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	8
II. OBJETIVO	13
2.1 Geral	13
2.2 Específico	13
III. MÉTODO	14
3.1 Desenho do Estudo	14
3.2 Local do Estudo	14
3.3 Período do Estudo.....	14
3.4 População/amostra.....	14
3.5 Critérios de Seleção dos Participantes.....	14
3.5.1 Critérios de Inclusão.....	14
3.5.2 Critérios de Exclusão.....	14
3.5.3 Fluxograma de Captação dos Profissionais.....	15
3.6 Coleta dos Dados.....	15
3.7 Análise dos Dados	16
3.8 Aspectos Éticos	16
3.9 Riscos e Benefícios.....	16
IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
VI. SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES	27
VII. REFERÊNCIAS	28
APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	30
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ..	32
ANEXO 1 – CARTA DE ANUÊNCIA	36
ANEXO 2 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	37
ANEXO 3 – REVISTA DE SAÚDE E CIÊNCIAS BIOLÓGICAS	42

I. INTRODUÇÃO

O mundo presenciou duas epidemias pelo coronavírus, sendo a primeira em 2002, conhecida como Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) que surgiu em Guangdong na China e a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) em 2012, detectada pela primeira vez na Arábia Saudita. Sendo a pandemia atual do COVID-19, a terceira pneumonia por coronavírus nos últimos 20 anos. A SARS-COV- 2 também conhecida como novo coronavírus e COVID-19, faz parte de uma grande família de vírus, os coronavírus (CoV) conhecidos desde 1960. Recebeu esse nome devido aos picos em sua superfície semelhante a uma coroa, que no italiano e espanhol significa “corona”^{1,2}.

A COVID-19, teve início em dezembro de 2019, através de um surto de pneumonia de etiologia idiopática, em Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Por meio dos primeiros casos de COVID-19, foi visto que a maioria dos pacientes infectados tinha histórico de contato com o Mercado de Frutos do Mar de Huanan, possivelmente devido a venda e comercialização de vários tipos de animais selvagens, além da baixa qualidade de saneamento básico, pouca ventilação e déficit de higienização¹.

Portanto, o mundo novamente encontrar-se diante de uma situação de surto para a qual atualmente não se dispõe terapias ou vacinas como forma de prevenção. Mais uma vez é imprescindível lembrar das medidas clássicas de saúde pública, com objetivo de impedir a propagação das doenças, separando as pessoas para interromper a transmissão. Neste momento, as ferramentas implementadas são o isolamento, a quarentena, distanciamento social e a contenção da comunidade³.

O isolamento é uma medida que visa separar pessoas doentes (sintomáticos respiratórios, casos suspeitos ou confirmados de infecção) das pessoas não doentes, com a finalidade de evitar a propagação do vírus. A quarentena por sua vez, trata-se de uma ferramenta antiga e eficaz para controlar surtos de doenças transmissíveis, podendo ser aplicada a nível individual ou de grupo, de forma voluntária ou obrigatória. Definida como a restrição de atividades ou separação de pessoas que foram presumivelmente expostas a uma doença contagiosa, mas que não estão doentes, porque não foram infectadas ou porque ainda estão no período de incubação. O distanciamento social, utilizado para diminuir a velocidade de transmissão do vírus, é definido como a diminuição de interação entre as pessoas em uma comunidade mais ampla, onde os indivíduos podem ser infecciosos, mas não foram identificados, e, portanto, não isolados.

Como as doenças transmitidas por gotículas respiratórias exigem certa proximidade das pessoas, o distanciamento social reduzirá a transmissão. No caso das medidas citadas anteriormente, serem consideradas insuficientes, talvez seja necessário implementar confinamento em toda a comunidade, projetada para reduzir as interações pessoais, exceto a interação mínima para garantir suprimentos vitais³.

Devido à dimensão e magnitude da COVID-19, em 31 de dezembro de 2019 a Organização Mundial da Saúde (OMS) emitiu o alerta sobre o crescente número de casos. No dia 01 de janeiro de 2020 foi fechado o Mercado de Frutos do Mar para coleta de amostras ambientais para auxiliar na identificação dos possíveis hospedeiros do vírus. Segundo a OMS, as amostras ambientais coletadas foram positivas para SARS-CoV -2, mas, ainda não identificados os animais específicos associados ao vírus. No dia 09 de janeiro de 2020 foi confirmado que a pneumonia era causada por uma nova cepa da família *Coronaviridae*, um vírus comum, que está por toda parte, tornando-se a segunda principal causa de resfriado comum e raramente causavam doenças mais graves até a última década, além de sofrer constantes mutações^{1,4}.

Também em janeiro de 2020, foi comprovado a transmissão comunitária do COVID-19 e recomendado o estabelecimento de diagnóstico sindrômico, independente do fator etiológico da doença. Essa transmissão ocorre através de gotículas respiratórias, contato e fômites oriundos de pacientes sintomáticos, principalmente através da não higienização das mãos. Assim, a OMS declarou Emergência de Saúde Pública de importância internacional, devido probabilidade de riscos relacionados a viagens que poderia ocasionar a propagação da doença. E, com o crescente número de casos em diversos países, em 11 de março de 2020 a OMS declarou pandemia pelo novo coronavírus. A SARS-COV-2 destaca-se pela sua severidade, velocidade de disseminação, dificuldade de contenção e transmissão assintomática^{2,4}.

Pelo desconhecimento acerca do vírus, a vigilância epidemiológica de infecção humana foi construída conforme o que a OMS consolida das informações recebidas dos países previamente infectados. Desta forma, documentos e protocolos foram estruturados com base nas ações de medidas preventivas, em analogia ao conhecimento sobre o SARS-CoV, MERS-CoV, Protocolo de tratamento de influenza do ano de 2017 do Ministério da Saúde e recomendações pautadas no Consenso de Especialistas para o Manejo Clínico da Covid-19⁴.

No Brasil, até o presente momento, consta um total de 22.167.781 casos confirmados de COVID-19 sendo 637.995 em Pernambuco e 160.347 em Recife. Até

agosto de 2021 houveram 21.399.316 casos recuperados por COVID-19 e 10.055 novos casos. Foram confirmados 616.251 óbitos, com taxa de 2,8% de letalidade. A região do país que lidera o número de casos é a região Sudeste com 8.632.824 dos casos, em seguida a região Nordeste com 4.925.335 dos casos, logo após a região Sul com 4.318.895 dos casos, a seguir a região Centro-Oeste com 2.390.347 dos casos e por último a região Norte com 1.900.380 dos casos⁵.

Com objetivo de reduzir o contato com o vírus, aglomeração de pessoas, superlotação em serviços de saúde e conseqüentemente a disseminação do coronavírus, foi necessário separar locais de atendimento de usuários com síndrome respiratória aguda, dos indivíduos com outras condições (patológicas ou crônicas). Foram estabelecidas unidades de referência para atendimento de sintomáticos respiratórios na rede de atenção primária do Recife, escolhidas através do perfil epidemiológico e demográfico dos oito distritos sanitários⁶.

Essas unidades de referência têm como objetivo a classificação dos sintomáticos respiratórios minimizando o tempo de permanência do usuário na unidade, além de garantir as normas de biossegurança e orientar o fluxo correto do usuário pela rede de saúde a depender do estado clínico. As unidades tem funcionamento das 07:00 às 19:00, divididos em dois turnos de 6 horas, em escala de rodízio. O trabalho está sendo realizado por profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas Tradicionais (UBT), dividindo seu trabalho de rotina nas suas unidades de origem e turnos de 6 horas nas unidades centralizadas⁶.

Em Recife (PE), foi instituído o lockdown, que o Governo do Estado de Pernambuco publicou no Decreto nº49.017, de 11 de maio de 2020, onde dispõe sobre a intensificação de medidas restritivas, de modo excepcional e temporário, voltadas à contenção da Covid-19. Foi mencionado sobre as atividades e serviços considerados essenciais, o rodízio de veículos, restrição de entrada, saída e circulação de veículos e pessoas, atendimento de necessidades essenciais de aquisição de gêneros alimentícios, medicamentos, produtos de higiene, dentre outros⁷.

Outra medida de intervenção adotada em Recife foi o teleatendimento, uma estratégia de serviços on-line, publicada na Portaria nº467 de 20 de março de 2020⁸, em que por meio dessa portaria ficam organizadas, em caráter excepcional e temporário ações de telemedicina de interação a distância. Tal estratégia tem o objetivo de orientar, encaminhar, esclarecer dúvidas e monitorar casos suspeitos e positivos de coronavírus, além de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento de emergência de

saúde pública. Consiste em uma forma de evitar a utilização em massa de serviços de saúde e a propagação do vírus em um pequeno e fechado ambiente. Também permite de forma remota o aconselhamento especializado e a garantia de continuidade de atendimentos aos usuários que necessitam. O Ministério da Saúde criou o TeleSUS, serviço de atendimento pré-clínico de saúde que visa o esclarecimento da população sobre a doença e quando procurar atendimento presencial^{9,10,11}.

As estratégias que estão sendo criadas têm o propósito de retardar ou até impedir a superlotação do sistema de saúde. Para isso, tem-se como um divisor de águas, a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) que são as unidades básicas de saúde. Nelas o enfermeiro como gerenciador, trabalha com o acompanhamento de casos leves tratando de perto o paciente para que a doença não venha evoluir¹¹.

A Atenção Primária à Saúde (APS)/ Estratégia de Saúde da Família (ESF) possui um grande potencial na identificação precoce de casos que necessitam de uma atenção precoce e oportuna, além de oferecer atendimento resolutivo. Em suma, deve oferecer uma atenção integral, contínua e de qualidade. Deste modo, a APS apresenta um importante potencial de atuação na promoção da saúde, prevenção, tratamento oportuno e reabilitação de casos leves da COVID-19, conforme é estabelecido nos protocolos clínicos do Coronavírus na atenção primária¹¹.

Por outro lado, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é definida como prioritária para a organização e fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS), por meio dela, a atenção em saúde é realizada por uma equipe multiprofissional trabalhando de forma articulada¹².

O enfermeiro, como componente essencial da equipe multiprofissional, desempenha seu papel no contexto da Atenção Primária em todas as fases do desenvolvimento humano, realização de consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, execução de atividades programadas, organização de rotinas de trabalho, planejamento e gerenciamento das ações desenvolvidas pelos ACS, dentre outros¹².

Como citado anteriormente, o isolamento é a medida mais aplicada para a diminuição da propagação e para tratamento do paciente com a COVID-19. O enfermeiro e toda a equipe de saúde se comprometem desde o mapeamento de sua área, notificações dos casos, acolhimento até a recuperação do indivíduo. Tem ainda, um papel fundamental na triagem, momento em que realiza o primeiro contato e o acesso as informações do estado clínico do usuário, onde permite avaliação e classificação de risco¹³.

Em resumo, utilizando-se do protocolo de manejo clínico do coronavírus na atenção primária à saúde e de acordo com as manifestações clínicas, o profissional deverá classificar os casos em leves e graves. Em usuários com sintomas leve, deverá incluir medidas de suporte e conforto, promover o isolamento domiciliar e monitorá-lo até o momento da alta. Em casos mais graves, o profissional deverá utilizar o manejo clínico para pacientes com sintomas graves, que consiste na estabilização clínica, encaminhamento e transporte a centros de referência/serviços de urgência e emergência/hospitalares⁶.

Nesse contexto e considerando que tanto no cenário nacional quanto estadual, os resultados sobre implementação do protocolo de manejo clínico do coronavírus na atenção primária à saúde são ainda incipientes e pouco conhecidos, busca-se compreender a percepção do Enfermeiro frente ao COVID-19 em unidades de referência na Estratégia de Saúde da Família.

II. OBJETIVO

2.1 Geral

Analisar a percepção do Enfermeiro frente ao COVID-19 em unidades de referência na Estratégia de Saúde da Família da cidade do Recife – PE.

2.2 Específico

- Descrever o perfil sócio acadêmico dos enfermeiros.
- Analisar a adesão dos enfermeiros ao protocolo de manejo clínico do COVID-19 na atenção primária.
- Identificar dificuldades e/ou potencialidades no atendimento ao paciente portador do COVID-19, na percepção dos enfermeiros.
- Descrever a percepção dos enfermeiros quanto ao fluxo assistencial ideal na APS/ESF frente ao COVID-19.

III. MÉTODO

3.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa.

3.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada em sete unidades de referência para atendimento aos sintomáticos respiratórios da COVID-19. As unidades escolhidas foram: USF São José do Coque, localizado no Distrito Sanitário I; UBT Mário Ramos, localizado no Distrito Sanitário III; UBT José Dustan, localizado no Distrito Sanitário IV; UBT Fernandes Figueira, localizado no Distrito Sanitário V; UBT Romildo Gomes, localizado no Distrito Sanitário VI; UBT Iná Rosa Borges, localizado no Distrito Sanitário VII e UBT Ivo Rabelo localizado no Distrito Sanitário VIII, todas situadas no município de Recife (PE).

3.3 Período do Estudo

O presente estudo foi realizado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e a coleta de dados foi realizada no mês de julho e agosto de 2021.

3.4 População/amostra

A população foi composta por sete Enfermeiros atuantes nas sete unidades de referência para atendimentos aos sintomáticos respiratórios no município de Recife – PE. Composta por sete unidades com total de 14 enfermeiros em 2 equipes. A princípio foram escolhidas oito unidades para realização da coleta de dados, contudo devido a recusa de uma unidade por parte dos distritos sanitários em função da indisponibilidade de profissionais para coleta de dados a amostra foi constituída por sete enfermeiros sendo um de cada unidade de referência.

3.5 Critérios de Seleção dos Participantes

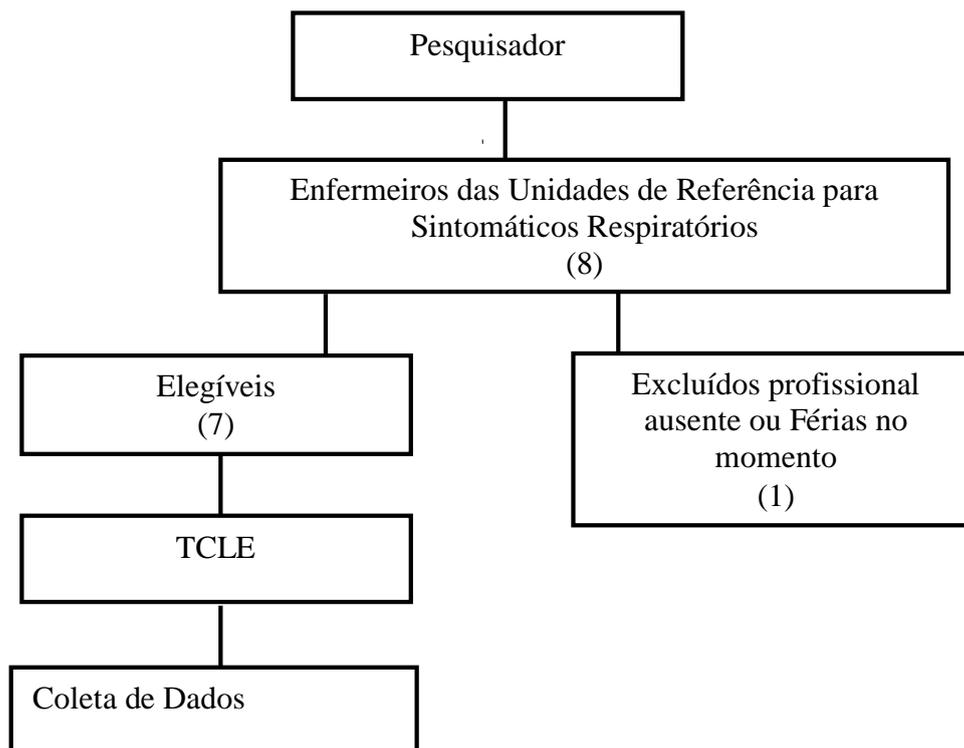
3.5.1 Critérios de Inclusão

Enfermeiro(a) das Unidades de Referências para sintomáticos respiratórios em Recife em exercício nos Distritos Sanitários estabelecidos de Recife – PE.

3.5.2 Critérios de Exclusão

Enfermeiro(a) de licença, férias, ausente ou indisponibilidade no período de coleta dos dados.

3.5.3 Fluxograma de Captação dos Profissionais



Fonte: Elaboração das autoras.

3.6 Coleta dos Dados

O instrumento utilizado para a coleta de dados do presente estudo foi por meio de uma entrevista semiestruturada (Apêndice 1), que consiste em um conjunto de questões pré-estabelecidas. No entanto, caso fosse necessário o entrevistador teve total liberdade para colocar outros temas visando melhor esclarecimento.

No roteiro da entrevista foram abordadas questões referentes ao papel do profissional na unidade de saúde, os desafios encontrados pelos profissionais de enfermagem, assim como as fraquezas e potencialidades para assistência durante a pandemia, rede de referência de acolhimento para os pacientes/usuários, aplicação dos protocolos estabelecidos pela esfera municipal e visão da enfermagem pós-pandemia. Antes da realização das entrevistas foi solicitado a relação dos enfermeiros das unidades de referência aos distritos sanitários correspondentes a cada unidade, onde os mesmos foram contatados, esclarecidos e informados sobre os objetivos da pesquisa, e os que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2). Em virtude da pandemia do COVID-19 e isolamento social as entrevistas aconteceriam de forma virtual, remota e previamente agendada com os profissionais. Contudo, devido a indisponibilidade de tempo por parte dos participantes, os mesmos preferiram fazer presencialmente no momento da

visita. Foi utilizado aparelhos celulares para garantia do conteúdo gravado e análise posteriormente. Com tempo médio de quinze minutos para cada entrevista.

3.7 Análise dos Dados

As entrevistas foram transcritas e analisadas através da análise de conteúdo proposto por Bardin¹⁴, que consiste em três fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados e interpretação. A primeira, fase organizacional, utiliza-se procedimentos para apropriação do tema, com leitura, hipóteses e objetivos. Na segunda, iniciará uma codificação, ou seja, haverá uma transformação de dados brutos em uma representação do conteúdo, que visa alcançar o núcleo de compressão do texto; E a última etapa, os resultados adquirirão significados, tornando-se válidos e organizados.

Realizou-se escuta, transcrição e leitura do material. A identidade de cada participante foi codificada aleatoriamente com a letra 'E' sendo seguida de um número cardinal, garantindo o sigilo e anonimato. Sendo assim, as falas foram reagrupadas em seis temas principais: Papel do profissional na unidade de saúde; Desafios encontrados pelos profissionais de enfermagem; Fraquezas e potencialidades para assistência durante a pandemia; Rede de referência de acolhimento para os pacientes/usuários; Aplicação dos protocolos estabelecidos pela esfera municipal e Visão da enfermagem pós-pandemia.

3.8 Aspectos Éticos

O presente estudo atendeu aos requisitos da resolução 510/16, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos e sugere observância aos princípios bioéticos de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. A coleta de dados ocorreu após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Faculdade Pernambucana de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade Pernambucana de Saúde sob o parecer nº 4.665.289 e CAAE 45290020.8.0000.5569 (ANEXO 2).

Antes da realização da coleta de dados, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, que após a leitura com todas as informações quanto aos seus direitos referentes ao anonimato, riscos e benefícios da pesquisa e todas as dúvidas esclarecidas foi solicitado a assinatura TCLE, em duas vias, onde uma deverá ficar com o pesquisador responsável e a outra, com o participante desta pesquisa.

3.9 Riscos e Benefícios

A pesquisa ofereceu riscos mínimos, considerando que as entrevistas serão relacionadas à percepção, opinião e conhecimento dos profissionais sobre o objeto de estudo, o que poderá ocorrer constrangimento durante a entrevista, como também o tempo despendido

sendo que em tais situações o participante poderá recusar-se a continuar a qualquer momento, sem nenhum prejuízo, penalidade ou perda de benefícios.

Os benefícios estão condicionados à divulgação do estudo através de artigos científicos que poderão contribuir para exploração do quadro atual, além do conhecimento, sentimento e percepção de como os profissionais enfermeiros estão lidando frente a pandemia do COVID-19, e de acordo com os resultados encontrados serão repassados para gestão, visando a melhoria no atendimento, garantindo a importância do enfermeiro na atuação da assistência prestada.

IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi composta por um total de sete enfermeiros, desses cinco eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. A faixa etária variou entre 24 e 48 anos. O tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde alternou entre um mês a vinte e dois anos, com especialização em urgência e emergência, saúde pública, programa de saúde da família, obstetrícia, cardiologia, nefrologia, saúde do idoso, esterilização, gestão de sistema de saúde e Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Todos negaram ter realizado cursos de qualificação para classificação e manejo dos sintomáticos respiratórios da cidade do Recife.

Da análise das falas emergiram os temas: Papel do profissional na unidade de saúde; Desafios encontrados pelos profissionais de enfermagem; Fraquezas e potencialidades para assistência durante a pandemia; Rede de referência de acolhimento para os pacientes/usuários; Aplicação dos protocolos estabelecidos pela esfera municipal e Visão da enfermagem pós-pandemia.

Papel do profissional na unidade saúde

As unidades de referência para COVID-19 foram implementadas com intuito de classificar pacientes sintomáticos respiratórios visando o fluxo adequado na rede de saúde. Em virtude da pandemia da COVID-19, surgiu a necessidade de distinção entre locais com usuários com sintomas gripais, dos usuários portadores de doenças crônicas e outras patologias associadas.

Eu achei excelente a iniciativa da prefeitura. Inclusive, eu apoio que esses centros de testagens continuem mesmo com a diminuição dos casos. Porque o corona vírus vai sempre existir, a gente não vai erradicar. [...] Então, super concordo com esses cuidados da prefeitura. [...] Acho super necessários e acredito que devem permanecer para sempre. Apoio que cada distrito tenha, por conta dos problemas de deslocamento para outro lugar até o distrito. Vale a pena o investimento (E-5)

A APS é vista como protagonista na diminuição de casos da COVID-19, possui papel na identificação e gerenciamento dos casos suspeitos e confirmados da doença, monitorização e encaminhamento dos casos graves. De acordo com o Protocolo de Manejo Clínico do COVID-19 na APS, identificou-se a necessidade de redirecionamento do fluxo, com intuito de evitar a circulação dos usuários na rede de saúde instituindo um fluxograma necessário para o atendimento de casos suspeitos, tendo como base a triagem e agilidade no atendimento. Atua também na prevenção da transmissão do vírus, estabelece informações

sobre as medidas preventivas além de manter os serviços essenciais que engloba toda a comunidade¹⁵.

Observou-se nas unidades de referência, que o enfermeiro possui diversas atribuições no que tange ao acolhimento, triagem e classificação de risco do paciente, identificação dos fatores de risco e sinais de gravidade. Assim como, encaminhamento oportuno aos hospitais de campanha. Além de desenvolver papel essencial na verificação dos critérios para coleta de exames laboratoriais, sempre respeitando o tempo e a quantidade dos sintomas. Atua também na realização coletas de exames (PCR), assim como supervisão do cadastro no sistema gerencial do laboratório e notificação no sistema do Ministério da Saúde. Como também, possui papel na supervisão e gerenciamento da equipe técnica e orientações gerais sobre a doença e medidas de prevenção aos serviços de saúde e população em geral. Enfatizadas nas falas a seguir.

No meu caso, eu fico na gerência de coleta, então assim, eu fico onde realizam coletas de PCR, fico na supervisão. Se as coletas estão tudo certinho, de estão cadastrando no GAL que é o gerenciador laboratorial, se está tudo certinho, notificado no sistema do Ministério da Saúde que é o e-sus notifica, se estão todas as informações corretas, se os pacientes estão dentro dos critérios para coleta do swab, respeitando o tempo, a quantidade de sintomas e os dias. Também fico na gestão de pessoas, gerenciando a equipe técnica. (E-1)

Meu papel como enfermeira é atuar na classificação de risco e também na supervisão dos técnicos de enfermagem na triagem e na coleta dos exames. (E-6)

Segundo Reis¹⁶, em seu estudo descritivo exploratório do tipo relato de experiência realizado em agosto de 2020 em um Hospital Universitário Federal da cidade de Belo Horizonte, observou-se que após a criação de fluxos operacionais de modo a direcionar o trabalho remoto e orientação do Ministério da Saúde sobre os profissionais pertencentes ao grupo de risco sendo eles: idosos, gestantes, pessoas com doenças crônicas e imunossuprimidos houve uma diminuição no número de profissionais de saúde ocasionando o estresse e a sobrecarga de trabalho.

Corroborando com o estudo de Backes¹⁷ publicado em 2021, os profissionais de enfermagem estão entre as profissionais que lideram o controle de doenças altamente contagiosa. Não é a primeira vez que a enfermagem enfrenta um agente patológico, na história mundial é notório ver o empenho dos profissionais durante as epidemias progressas como a atuação de Florence Nightingale durante a Guerra da Crimeia. Contudo, o cenário da precarização das condições e sobrecarga de trabalho, carga horária extremamente elevada, baixos salários e a falta de valorização dos profissionais de enfermagem que já era conhecido antes da pandemia foi associado a rápida propagação da Covid-19 ocasionando ainda mais a

sobrecarga nos serviços de saúde. Em consequência, os profissionais na linha de frente tiveram que lidar com inúmeros fatores estressores, entre eles o esgotamento emocional e profissional, frente a prestação da assistência em uma situação emergencial que por sua vez a fisiopatologia e prevenção não era completamente explicada.

Desafios encontrados pelos profissionais de enfermagem

Constatou-se durante a pesquisa que os enfermeiros enfatizam a falta de conhecimento da população e até mesmo dos profissionais como um ponto importante nas dificuldades encontradas.

Na ausência de informações, os usuários procuravam os serviços de saúde buscando meios de precaução inviáveis e as unidades não tinham como oferecer o aporte necessário por não ter suporte para o volume da demanda. A falta de recursos estruturais, materiais e da quantidade de profissionais, também se acentuou com o cenário pandêmico.

Assim, a nossa maior dificuldade aqui foi a falta de informação da população e dos profissionais por uma parte e da população no começo, né? Foi bem complicado. As pessoas queriam testar de toda forma, sem estar com sintoma, a gente não tinha recursos nem materiais nem recursos humanos para isso, então assim, na época que a gente estava na onda mais forte da covid foi bem mais complicado, agora não está sendo tanto[...]. (E-1)

Falta de material, falta de pessoal, aqui nós somos cinco equipes, nós temos três enfermeiros, e duas equipes sem enfermeiras, então tem duas áreas descobertas. Ou seja, a gente ainda tem que resolver problemas dessa área descoberta. Então acho que uns dos maiores problemas assim no meu ver do ano passado para cá tá sendo isso. (E-3)

Segundo Sarti¹¹, em sua revisão sistemática sobre organização da atenção primária à saúde em pandemias com base nas pesquisas digitais MEDLINE (via PubMed), EMBASE e LILACS (via BVS) publicado em julho de 2021, observa-se que no contexto de um cenário pandêmico, o papel das unidades básicas se torna ainda mais forte com relação a população. Sendo a COVID-19 uma doença desconhecida até então, os profissionais tinham a necessidade de além do atendimento, oferecer também informações para diminuir a angústia e pânico encontrados nos usuários. Foi preciso estar sempre buscando mais conhecimento, traçar planos para que com a integração efetiva da comunidade com o serviço de saúde alcançar resultados positivos.

Fraquezas e potencialidades para a assistência durante a pandemia

Percebeu-se no estudo como pontos fracos de maior prevalência a falta de qualificação dos profissionais, seguido de ausência de materiais básico e avançado, materiais de péssima qualidade, assim como a falta de equipamentos de proteção individual (EPI). A presença de profissionais dobrando plantão, a negligência a outras doenças pois todos estavam dedicados somente a COVID-19. A precarização da estrutura, a quantidade insuficiente de respiradores e vagas de UTI, dificultando a remoção imediata do paciente.

A gente tinha dificuldade realmente nessa questão quando vinha pacientes graves por que como a gente era uma unidade pra atendimento de sintomáticos respiratórios, a gente pegava de tudo! Então assim, quando a gente pegava paciente grave como a gente era unidade básica aí complicava porque a gente não tinha o aporte necessário. (E-4)

Os pontos fracos acho justamente essa falta de qualificação porquê se não fosse por nós mesmo não teríamos nenhuma qualificação e em alguns momentos a questão dos EPI 's, de organização, não da unidade em si mas do distrito em cooperar com a organização da assistência aqui (E-6)

Corroborando com o estudo de Cirino¹⁵, no seu relato de experiência sobre os desafios enfrentados para reorganização da APS no contexto da pandemia da COVID-19 em Diadema (São Paulo) pode-se observar que um dos maiores desafios para a APS foi a garantia de acesso aos cuidados primários e em tempo oportuno. O momento pandêmico exigiu uma rede organizada, resolutiva e acessibilidade ao sistema de saúde. Assim como, o pouco tempo para adaptações e mudanças na organização do trabalho, alterações dos novos fluxos para o enfrentamento da COVID-19, suspensão de algumas rotinas da APS, que significou perda de seguimentos de alguns pacientes crônicos. Tornando-se perceptível a dedicação dos profissionais em amenizar sentimentos como ansiedade e o temor entre os membros da equipe e usuários sobre o processo de adoecimento e forma de transmissão do vírus.

Uma maior atenção para os profissionais sujeitos a ter a saúde mental afetada, cuidado entre os profissionais, propiciando empatia e controle emocional diante das dificuldades e medo de desconhecido, são ressaltados em estudo realizado por Rios¹⁸, em 9 de março de 2020 realizado na Estratégia Saúde de Atenção Primária à Saúde de um município da Bahia.

Segundo Cirino e Rios^{15,18} a reorganização dos locais e ambiências torna-se necessária devido inadequação das estruturas físicas, como ausência de espaços para permanência e circulação mínima do usuário, entrada e saída. A organização do fluxo impediu aglomerações e aumento do tempo de espera do usuário para o atendimento.

Importante ressaltar que, a escassez de EPI no mercado fornecedor, no início da pandemia com um aumento significativo na compra, contribuiu para o desabastecimento do

mercado. Tal situação evidenciou a falta de atitude humanitária e ética por parte dos fornecedores com reajustes absurdos de preços e descontinuidade de contratos¹⁹.

Por outro lado, como potencialidades, foram citados nas falas dos entrevistados a implementação dos centros de triagem e testagem. Em razão da falta de qualificação dos profissionais foi perceptível a busca pelo conhecimento e aperfeiçoamento diário dos mesmos, assim como a dedicação, interação, união e fortalecimento das amizades entre a equipe. Bem como a necessidade de uma unidade de referência dentro área de abrangência da unidade e um quantitativo adequado de profissionais para assistência durante a pandemia, ou seja, não faltou profissionais para assistência.

A dedicação dos profissionais para atender dentro do panorama de pandemia, acho que isso é um legado que fica da atuação dos profissionais, do auxiliar de serviços gerais ao gerente do distrito, a equipe médica, enfim acho que um dos pontos fortes é essa interação das equipes nesse bem comum, contra um inimigo comum, essa união que se gerou assim a gente fortalece muitas amizades durante esse período. (E-2)

Os pontos fortes foi justamente a criação desses serviços. Porque muitas pessoas que estavam sentindo sintomas leves, que o medo e a ansiedade batiam à porta, estavam ocupando as vagas nas UPA's, nos hospitais, que estavam superlotados. Então, foi extremamente necessário fazer esses centros de triagem e testagem. (E-5)

Segundo Silva²⁰, o engajamento e protagonismo dos enfermeiros são perceptíveis durante a pandemia, considerado um dos profissionais na linha de frente, tornando-se essenciais nos esforços de prevenção e resposta da pandemia. A situação pandêmica exigiu do profissional a participação ativa da força de trabalho no atendimento clínico, educação e compartilhamento de informações.

Rede de referência de acolhimento para os pacientes/usuários

Enfatizou-se a valorização da ideia da gestão em selecionar unidades locais para atender os usuários acometidos pela COVID-19, sem grandes deslocamentos, encontrando na atenção primária do Distrito o suporte necessário para ser direcionado ao melhor manejo do quadro clínico.

O problema ressaltado pelos profissionais nessa situação, foi unicamente a alta demanda desses serviços, que levou a superlotação no atendimento corroborando com a locomoção mais demorada por falta de leitos em unidades de maior complexidade, na própria atenção primária também como contra referência e a falta de recursos físicos na assistência para a estabilização do paciente.

[...] Então assim, o que dificultou muito realmente foi a falta de vagas em hospitais de referência para o internamento. Aqui, assim, a gente recebeu a demanda e dava conta mesmo sendo uma demanda alta, né? Mas muitas vezes para conseguir transferir o paciente era um processo que demorava porque a gente não conseguia vaga para internar esse paciente. A superlotação do serviço dificultou bastante. (E-1)

O problema durante a pandemia foi a quantidade de volume de pacientes que lá tinha, a rede de referência daqui ficou sobrecarregada. (E-2)

De acordo com o Protocolo, no atendimento de pacientes classificados como vermelho ou amarelo (pacientes moderados e graves) que se encontra em unidade onde a fila de internamento ou de espera constatar restrição, deve-se entrar em contato com o responsável do DS juntamente com o serviço de pronto atendimento municipal mais próximo para se articularem como retaguarda para unidade provisória centralizada de APS⁶.

Aplicação dos protocolos estabelecidos pela esfera municipal

Foram mencionados como potencialidade a boa aplicabilidade dos protocolos criados para a assistência, a facilidade de atender o paciente, de realizar o manejo dentro do âmbito da saúde de forma digital e computadorizada, o manuseio simples dos recursos de classificação, acolhimento e atendimento com diminuição do tempo de espera para atendimento. O negativo dessa situação foi o fato de que não houveram capacitações para os profissionais desenvolverem a assistência. O profissional precisou aprender na prática as diversas sintomatologias, lidar com a falta de suporte para estabilização, a estrutura que não era adequada para o momento e a superlotação do serviço.

[...] Em relação aos protocolos de organização foram muito bem aplicados porque a gente tem um sistema que é o atende APS que faz toda classificação do paciente, tudo digitalizado, a gente não precisa ficar botando pulseirinha. Faz a classificação e o médico já recebe as informações, sinais vitais, todas as informações do paciente já vão diretamente para o médico juntamente com a classificação. Então assim, são protocolos bem tecnológicos que ajudam a gente. (E-1)

A gente não teve tempo de treinamento muito legal, é, no início a gente sentiu um pouco de dificuldade é, a gente foi aprendendo na prática mesmo né, aí foi se aprimorando [...] (E-4)

Como eu disse, não temos nenhum tipo de qualificação e eles lançaram os protocolos e a gente que se virasse para ler, entender e aplicar, então dependeu muito da gente. Algo mais individual mesmo. (E-6)

O principal objetivo dos protocolos enviados pela esfera municipal à atenção primária foi classificar os pacientes com sintomas respiratórios no intuito de diminuir o fluxo de atendimento e a permanência dos usuários nas unidades, destinando para o serviço correto de acordo com o quadro clínico apresentado e garantindo também a segurança do profissional e do paciente⁶.

Confirmando o relato de experiência de Oliveira²¹ sobre a atuação dos profissionais de atendimento integrado no enfrentamento ao Coronavírus realizado em abril de 2020 no município de Salvador, foi elaborado e traçado um fluxo de atendimento de casos suspeitos de contaminação pela Covid-19, com intuito de promover estratégias de controle e direcionamento adequado do usuário com finalidade de evitar a sobrecarga na rede de urgência e emergência contribuindo assim para a diminuição da superlotação das UPAS e hospitais de referência de modo a promover a disponibilidade de leitos para os casos mais graves da COVID-19.

Corroborando com Cirilo¹⁵, o processo de constantes mudanças das recomendações por parte do Ministério da Saúde foi outro desafio, pois diversas vezes não houve tempo entre a disseminação e assimilação de uma certa definição e sua imediata alteração. Logo no início da pandemia foram observadas fragilidades na execução das mudanças, fluxos e propostas discutidos, pois tudo ainda era muito recente abrindo espaços para lacunas de assistência.

Visão da enfermagem pós pandemia

Nas falas dos entrevistados foi citada que a classe da enfermagem sempre foi continuamente desvalorizada, principalmente com relação a desigualdade salarial e sobrecarga de trabalho. Com o advento da pandemia percebeu-se a importância e força destes profissionais, além de propiciar a população conhecer melhor a atividade do enfermeiro e identificar os papéis dos demais profissionais da equipe multidisciplinar.

A pandemia poderá também contribuir para a valorização da população e dos profissionais de equipes multidisciplinares, além de permitir uma melhor visibilidade para enfermagem, principalmente no que diz respeito a assistência, as vacinas e estudos a longo prazo.

No entanto, apesar de toda a visibilidade da enfermagem durante a pandemia, existem profissionais que assentem que a visão não irá mudar muito em relação a valorização do profissional pós-pandemia.

A visão do profissional enfermeiro é muito importante porque a gente já se autoavalia como profissional de extrema importância na saúde mas, essa pandemia veio para que a população em geral saiba a importância do profissional de enfermagem na saúde, porque a gente

sempre foi uma classe muito desvalorizada, [...] Então se a enfermagem parar, a unidade para. [...] tanto que a vacinação está aí para mostrar isso que é de responsabilidade da enfermagem. (E-1)

Propiciou a população em geral conhecer mais sobre a atividade do enfermeiro, mas eu acredito que em termo de valorização não vá mudar não [...]. Acho que a enfermagem se uniu mais, se fortaleceu diante daquela carreatá que a gente teve aqui, duas carreatas bem importantes que a gente teve, apareceu na mídia e tudo, mas a gente não vê a valorização da enfermagem nem dentro da prefeitura, nem dentro do estado, nem nacionalmente. (E-7)

Em concordância com estudo realizado por Rios¹⁸, evidenciou que a enfermagem assumiu papel essencial no protagonismo da APS, tornando-se essencial para o desenvolvimento do conjunto de ações em saúde, habilidade científica e técnica, bem como a sensibilidade de proporcionar o cuidado, habilidade de gerenciamento e incentivar a equipe multiprofissional contribuindo para as relações interpessoais.

No cenário mundial da pandemia, a Enfermagem encontrava-se em precárias condições de trabalho e emprego, defasagem salarial, sobrecarga de trabalho, desenvolvimento de transtornos, escassez e falta de EPI, risco de adoecimento, morte pela COVID-19 e risco de transmitir para os familiares²⁰.

Os enfermeiros estão na linha de frente da COVID-19, efetivando um cuidado complexo em casos que necessitem de intervenção hospitalar. O engajamento dos enfermeiros frente à pandemia propiciou o desenvolvimento do cuidado e ações de controle da disseminação, demonstrando o compromisso, responsabilidade e dedicação em meio a toda crise, fazendo o possível para garantir o cuidado e atenção imprescindível em situações de grave crise sanitária, como a vivenciada atualmente²⁰.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A APS constitui a principal porta de entrada do SUS, por intermédio dela o usuário é encaminhado por toda rede de saúde, conforme sua necessidade. Em virtude da pandemia da COVID-19 tornou-se necessário seu fortalecimento no que diz respeito ao enfrentamento do vírus, bem como viabilizar a resolubilidade visando organizar de forma eficaz o fluxo de pacientes com objetivo de redução de internações hospitalares desnecessárias e superlotação dos serviços.

Identifica-se uma limitação no que tange a adesão ao protocolo estabelecido pela esfera municipal. Foi destacado a importância da promoção da educação em saúde nas unidades visando a disseminação do conhecimento, além de uso de materiais visuais como: cartazes, panfletos, folder. Com intuito de reduzir o anseio da população, atingir o maior número de pessoas possível e contenção da propagação da COVID-19, além de falsas informações a respeito do mesmo. Constatou-se que por meio da disseminação correta das informações, esclarecimento de dúvidas e compreensão dos usuários sobre a necessidade de quando procurar o serviço de saúde ocasionou a diminuição de fluxo de pessoas, propiciou a melhoria dos atendimentos e encaminhamento oportuno aos outros níveis de atenção.

Observa-se que, frente as dificuldades no atendimento ao paciente portador da COVID-19, como a precarização da estrutura e remoção do paciente, os profissionais de saúde procuraram sempre manter seu padrão de atendimento promovendo ao paciente o necessário para uma avaliação holística e integral, no sentido da assistência aos sintomas respiratórios, seguindo um adequado fluxo de atendimento.

Percebe-se por meio do discurso dos profissionais referente ao fluxo assistencial ideal na APS/ESF frente ao COVID-19, a imprescindibilidade da atenção voltada a estrutura do atendimento. Pontua-se que essa atenção deve ser colocada em prática em todos os períodos, sejam eles pandêmicos ou não, visto que a APS precisa de uma estrutura de acolhimento eficaz, completa e com fluxo de atendimento organizado.

Além da promoção de ações de distanciamento social e agora cada vez mais presente e na linha de frente nas campanhas de vacinação. Salienta-se a necessidade da importância de maior planejamento e investimento voltado para APS, assim como uma atenção mental aos profissionais e propagação da importância de fomentar mudanças na política e nas práticas de saúde.

VI. SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

O enfermeiro por sua vez, desempenhou com excelência seu papel neste momento único de forma a buscar aperfeiçoamento diário de modo a assistir devidamente os usuários, garantindo uma assistência qualificada e integral para atuar rapidamente na detecção de indivíduos com quadro da COVID-19.

Diante dos resultados obtidos por meio da pesquisa recomenda-se a realização do fortalecimento das capacitações com intuito de propiciar um momento de troca de experiências entre os profissionais de saúde com o propósito de assegurar uma abordagem integrada da equipe melhorando assim o prognóstico do usuário.

Os resultados da pesquisa serão apresentados para a gestão municipal e equipes de saúde com finalidade de melhorar a assistência em saúde, com observância das orientações do Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde.

Ressalta-se a importância e relevância da temática proposta para o meio acadêmico buscando incentivar a realização de novas pesquisas, como também para o aprendizado dos estudantes de graduação relativo a iniciação científica. Assim, o presente estudo será submetido a Revista de Saúde e Ciências Biológicas da Unichristus, Qualis B1(Anexo3).

VII. REFERÊNCIAS

1. Ge, H., Wang, X., Yuan, X., Xiao, G., Wang, C., Deng, T., Yuan, Q., & Xiao, X. The epidemiology and clinical information about COVID-19. *European journal of clinical microbiology & infectious diseases: official publication of the European Society of Clinical Microbiology*. 2020; 39(6), 1011–1019. <https://doi.org/10.1007/s10096-020-03874-z>
2. Pimentel, RMM., Daboin, BEG., Oliveira, AG., Junior, HM. The dissemination of covid-19: an expectant and preventive role in global health. *J. Hum. Growth Dev.*, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 135-140, abr. 2020. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.v30.9976>
3. Wilder-Smith A; Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med*. 2020;27(2):taaa020. Doi:10.1093/jtm/taaa020
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
5. Ministério da Saúde. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 09 jun. 2020.
6. Secretaria de Saúde do Recife. Atualização do Protocolo de Assistência e Manejo Clínico da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde do Município de Recife. Versão 4. Recife, 04 de maio de 2020 – Recife, Pernambuco, 2020.
7. Associação Nacional de Farmacêuticos Magistrais. Recife e região (PE): orientações sobre lockdown. 2020. Disponível em: [https://anfarmag.org.br/ler-comunicado/recife-e-regiao-pe\)-orientacoes-sobre-lockdown](https://anfarmag.org.br/ler-comunicado/recife-e-regiao-pe)-orientacoes-sobre-lockdown)
8. Brasil. Portaria Nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe sobre as ações da Telemedicina. *Diário Oficial da União* 23/032020. Edição: 56-B. Seção 1 – Extra.
9. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Versão 8. 2020.
10. Bartz CC. Les soins infirmiers en télémédecine et télésanté dans le monde [Nursing care in telemedicine and telehealth across the world]. *Soins*. 2016;61(810):57-59. doi: 10.1016/j.soin.2016.09.013
11. Sarti, TD., Lazarini, WS., Fontenelle, LF., Almeida, APSC. What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic?. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília v. 29, n. 2, e2020166. Epub Apr 27, 2020. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024>.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
13. Secretaria de Saúde do Recife. Plano Municipal de Contingência COVID-19. Versão 1.4. Recife, 10 de março de 2020. 1º edição – Recife, Pernambuco, 2020. Disponível em: http://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_de_contingancia_de_recife_coronava_rus_covid-19_10.03.20.pdf acesso em 25/05/2020 às 02:35h
14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.
15. Cirino, FMSB., Aragão, JB., Meyer, G., Campos, DS., Gryscek, ALFPL., Nichiata LYI. Desafios Da Atenção Primária No Contexto Da Covid-19: A Experiência De Diadema, SP. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2021;16(43):2665. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2665](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2665)

16. Reis, LM., Lago, PN., Carvalho, AHS., Nobre, VN., Guimarães, A.P.; Atuação da enfermagem no cenário da pandemia COVID-19. *Revista Nursing*, 2020; 23 (269): 4765-4768
17. Backes, MTS., Higashi, GDC., Damiani, PR., Mendes, JS., Sampaio, LS., Soares, GL. Condições de trabalho dos profissionais de enfermagem no enfrentamento da pandemia da covid-19 *Rev Gaúcha Enferm.* 2021;42(esp):e20200339doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200339>
18. Rios, AFM., Lira, LSSP., Reis, IM., Silva, GA. Atenção primária a saúde frente à covid-19 em um centro de saúde. *Enferm. Foco* 2020; 11 (1) Especial: 246-251. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3666/836>
19. Meneses, AS. Gerenciamento Emergencial de Recursos da Atenção Primária a Saúde no Enfrentamento à Pandemia da COVID-19. *SciELO Preprints*, 2020. DOI:<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.557>
20. Silva MCN, Neto FRGX, Lourenção LG, Cunha CLF, Santos JLG, Freire NP, Cunha ICKO. Enfermagem e a pandemia da covid-19: uma conjugação entre liderança e vulnerabilidade profissional. *Enferm. Foco* 2020; 11 (Esp. 2): 4-5
21. Oliveira,LMS., Gomes, NP., Oliveira, ES., Santos, AA., Pedreira LC. Estratégia de enfrentamento para covid-19na atenção primária à saúde: relato de experiência em Salvador-BA *Rev Gaúcha Enferm.* 2021;42(esp):e20200138doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200138>

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Dados Socio Acadêmicos:

Sexo:

Feminino () Masculino ()

Idade:

___ anos.

Tempo de atuação na Atenção Primária:

Especialização:

Não ()

Sim () Se sim, qual? _____

Possui Pós-Graduação:

Não ()

Sim () Se sim, qual? _____

Qual área:

Passou por curso de qualificação para atendimento dos sintomáticos respiratórios:

Não ()

Sim () Se sim, qual? _____

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Fale um pouco sobre seu papel na sua unidade de saúde.

2. Quais as dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem em sua unidade de trabalho?
3. De um modo geral, o que você considera como pontos fortes e pontos fracos para a assistência durante a pandemia?
4. Qual a sua opinião quanto a rede de referência que acolhe os pacientes da sua unidade frente a pandemia?
5. Fale sobre como está sendo a aplicabilidade e eficácia dos protocolos estabelecidos pela esfera municipal.
6. Em sua opinião, como será a visão sobre a classe da enfermagem pós pandemia?

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO DE UNIDADES DE REFERÊNCIA NA ESTRATÉGIA DDE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE À PANDEMIA DO COVID-19 NA CIDADE DO RECIFE – PE porque trabalha nesta instituição. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências da sua participação.

Este é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores explicações. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, deve entrar em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações e todas as dúvidas forem esclarecidas, e aceitar participar você poderá fornecer seu consentimento, rubricando e/ou assinando em todas as páginas deste Termo, nas duas vias (uma ficará com o pesquisador responsável e a outra, ficará com você, participante desta pesquisa).

PROPÓSITO DA PESQUISA

Analisar a percepção do Enfermeiro frente ao COVID-19 em unidades de referência na estratégia de saúde da família na cidade do Recife – PE.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

A coleta de dados será da seguinte forma: terá duração de dois meses, visando respostas por meio de uma entrevista semiestruturada. No entanto, caso seja necessário o entrevistador tem total liberdade para colocar outros questionamentos que visa o melhor esclarecimento. As entrevistas serão realizadas de forma virtual e remota, por Webex Meetings pertencente ao grupo Cisco. Será utilizado a ferramenta do próprio aplicativo para gravação da reunião com objetivo de garantia do conteúdo gravado para análise e transcrição das respostas onde será atribuída uma identificação

fictícia representada por nome de flores, garantido o sigilo e confidencialidade das informações.

RISCOS

A pesquisa oferece riscos mínimos, considerando que as entrevistas serão relacionadas a percepção, opinião e conhecimento dos profissionais sobre o objeto de estudo, poderá ocorrer constrangimento durante a entrevista, sendo que em tal situação o participante poderá recusar-se a continuar a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

BENEFÍCIOS

Os benefícios estão condicionados a divulgação do estudo através de artigos científicos que poderão contribuir para exploração do quadro atual, além do conhecimento, sentimento e percepção de como os profissionais enfermeiros estão lidando frente a pandemia do COVID-19.

CUSTOS

A participação no estudo não acarretará custos para você nem você receberá retorno financeiro pela participação.

CONFIDENCIALIDADE

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, apenas as pesquisadores autorizadas terão acesso aos dados individuais. Quando os dados forem utilizados para publicação científica e propósitos de divulgação você não será identificado(a). Uma via deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios e a coleta de dados relativos à pesquisa será imediatamente interrompida e todas as informações de seus dados excluídos da pesquisa.

ACESSO AOS RESULTADOS DA PESQUISA

Você poderá ter acesso a qualquer resultado relacionado à pesquisa e caso interesse poderá receber uma cópia destes resultados, considerando uma forma de retorno aos participantes da pesquisa como aconselhamento e/ou orientações e que tragam benefícios diretos a eles sem prejuízo do retorno à sociedade em geral.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Você terá garantia de acesso à informação em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para a Reneide Muniz da Silva residente da Rua Dr. Emílio Ribas, 108, Imbiribeira, Recife-PE, através do telefone (81) 99499-3237 ou e-mail: reneide.muniz@gmail.com, e pelas pesquisadoras Lorena Ribeiro de Carvalho através do telefone (81) 98571-2079 ou e-mail: vylmarybeiro@gmail.com e Maria Beatriz Falcão Pinto através do telefone (81) 99129-1889 ou e-mail: beatrizfalcao@outlook.com, de segunda a sexta no horário de 08:30 às 16:00.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP-FPS). Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa, entre em contato com o CEP-FPS. O CEP-FPS tem o objetivo de defender os interesses dos participantes da pesquisa, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP da FPS está situado na Av Mascarenhas de Moraes, nº4861, Imbiribeira, Recife, PE. Tel: (81) 3035-7777/ (81)33127777 ou (81) 33127755 – E-mail: comite.etica@fps.edu.br. O CEP da FPS funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 08:30 às 11:30 e 14:00 às 16:30. Este Termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com o participante e a outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito do estudo. Ficaram claros para mim quais são os procedimentos a serem realizados, os riscos, os benefícios e a garantia de esclarecimentos permanentes. Entendi também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e que minhas dúvidas serão explicadas a qualquer tempo.

Entendo que meu nome não será publicado e será assegurado o meu anonimato. Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e sei que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o andamento da pesquisa, sem prejuízo ou penalização alguma.

Eu, por intermédio deste,

CONCORDO, dou livremente meu consentimento para participar desta pesquisa.

NÃO CONCORDO.

Nome e Assinatura do Participante da Pesquisa

Data

Nome e Assinatura da Testemunha Imparcial

____/____/____
Data

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao participante de pesquisa acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo.

Nome e Assinatura do Responsável pela Obtenção do Termo

____/____/____
Data

Rubrica do Participante da Pesquisa

Rubrica do Pesquisador

ANEXO 1 – CARTA DE ANUÊNCIA



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Lorena Ribeiro de Carvalho e Maria Beatriz Falcão Pinto**, estudantes do curso de Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS, a desenvolverem pesquisa na UCIS Guilherme Abath, CS Dr Jose Dustan Carvalho Soares, CS Fernandes Figueira, CS Ina Rosa Borges, CS Professor Mario Ramos, CS Sebastião Ivo Rabelo, CS Vereador Romildo Gomes e Policlínica Professor Waldemar de Oliveira, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **"Percepção do enfermeiro de unidades de referência na Estratégia de Saúde da Família frente à pandemia do Covid-19 na cidade do Recife – PE"**, sendo orientadas por Reneide Muniz da Silva.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa;
- Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta instituição o parecer consubstanciado devidamente aprovado, emitido por comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado ao sistema CEP/CONEP.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 11 de dezembro de 2020.

Atenciosamente,


Tulio Romério Lopes Quirino
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Valderez Ribeiro de Andrade
Gestor de Unidade de Gestão de
Educação na Saúde (DEGYES/SESAB)
Matrícula 1037552

Rua Alfredo de Medeiros, 71, Espinheiro – CEP 52.021-030 – Recife – Pernambuco
fone: (81) 3355-1707 – CNPJ: 10.565.000/0001-92

ANEXO 2 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO DE UNIDADES DE REFERÊNCIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE À PANDEMIA DO COVID-19 NA CIDADE DO RECIFE-PE.

Pesquisador: Reneide Muniz da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45290020.8.0000.5569

Instituição Proponente: ASS. EDUCACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - AECISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.766.876

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivos da pesquisa" e "Avaliação de Riscos e Benefícios" foram retiradas do Arquivo:

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1618454.pdf 2a versão postada no dia 09/06/2021

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. Será realizada em oito unidades de referência para atendimento aos sintomáticos respiratórios da COVID-19.

A população será composta por oito Enfermeiros atuantes nas oito unidades de referência para atendimentos aos sintomáticos respiratórios no município de Recife – PE. Composta por 8 unidades com total de 16 enfermeiros em 2 equipes. A amostra será constituída por oito enfermeiros sendo um de cada unidade de referência.

Trabalho de conclusão de curso da FPS

ESTUDANTES: Lorena Ribeiro de Carvalho e Maria Beatriz Falcão Pinto

ORIENTADORA: Reneide Muniz da Silva

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861

Bairro: IMBIRIBEIRA

CEP: 51.150-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3312-7755

E-mail: comite.etica@fps.edu.br

Continuação do Parecer: 4.766.876

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a percepção do Enfermeiro frente ao COVID-19 em unidades de referência na Estratégia de Saúde da Família da cidade do Recife – PE.

Objetivo Secundário:

Analisar a adesão dos enfermeiros ao protocolo de manejo clínico do covid-19 na atenção primária.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa oferece riscos mínimos, considerando que as entrevistas serão relacionadas à percepção, opinião e conhecimento dos profissionais sobre o objeto de estudo, o que poderá ocorrer constrangimento durante a entrevista, como também o tempo despendido de aproximadamente 30 minutos duração da entrevista, sendo que em tais situações o participante poderá recusar-se a continuar a qualquer momento, sem nenhum prejuízo, penalidade ou perda de benefícios.

Benefícios:

Os benefícios estão condicionados à divulgação do estudo através de artigos científicos que poderão contribuir para exploração do quadro atual, além do conhecimento, sentimento e percepção de como os profissionais enfermeiros estão lidando frente a pandemia do COVID-19, e de acordo com os resultados encontrados serão repassados para gestão, visando a melhoria no atendimento, garantindo a importância do enfermeiro na atuação da assistência prestada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Em virtude da pandemia do COVID-19 e isolamento social, as entrevistas serão realizadas de forma virtual e remota, e previamente agendada com os profissionais de cada unidade. A ferramenta utilizada será Webex Meetings pertencente ao grupo Cisco, o qual fornece auxílio para reuniões online e aplicações de vídeo conferência. Instrumento de Coleta dos Dados O instrumento utilizado para a coleta de dados do presente estudo será uma entrevista semiestruturada, que consiste em um conjunto de questões pré-estabelecidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE - incluído e adequado

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861

Bairro: IMBIRIBEIRA

CEP: 51.150-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3312-7755

E-mail: comite.etica@fps.edu.br

Continuação do Parecer: 4.766.876

carta de anuência - incluída e adequada
Folha de rosto - incluída e adequada
Instrumentos de coleta - incluídos e adequados
cronograma e orçamentos - incluídos e adequados
currículos- incluídos

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PENDÊNCIA 1. O TCLE deve explicitar o tempo para participar da entrevista.

RESPOSTA: As alterações foram realizadas no TCLE e estão em vermelho na página 1(um) do documento; no projeto Detalhado na página 16; e, nas informações básicas do projeto na versão atual.

PENDÊNCIA SANADA

PENDÊNCIA 2. Esclarecer como os participantes irão receber o TCLE e como irão devolver seu consentimento para os pesquisadores.

RESPOSTA: As alterações foram realizadas no TCLE e estão em vermelho na página 1(um) do documento; na página 15 do projeto Detalhado; e, nas informações básicas do projeto na versão atual.

PENDÊNCIA SANADA

PENDÊNCIA 3. Acrescentar como risco da pesquisa o tempo despendido na participação da pesquisa.

RESPOSTA: As alterações foram realizadas no TCLE e estão em vermelho na página 1(um) e 2(dois) do documento; no projeto Detalhado na página 16. e nas informações básicas do projeto na versão atual.

PENDÊNCIA SANADA

PENDÊNCIA 4. Considerar a possibilidade de os encontros serem por meio eletrônico (Webex, Skype, vídeo -chamada etc), salvaguardando-se o respeito às orientações contidas no OFÍCIO

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861

Bairro: IMBIRIBEIRA

CEP: 51.150-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3312-7755

E-mail: comite.etica@fps.edu.br

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



Continuação do Parecer: 4.766.876

C I R C U L A R
Nº2/2021/CONEP/SECNS/MShttp://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf

RESPOSTA: As alterações foram realizadas no TCLE e estão em vermelho na página 1(um) e 2(dois) do documento; no projeto Detalhado na página 16. e nas informações básicas do projeto na versão atual.
PENDÊNCIA SANADA

Considerações Finais a critério do CEP:

"De acordo com o Art. 28. da Resolução 510/16, a responsabilidade do pesquisador:

III- Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela Conep a qualquer momento;

V - Apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção.

De acordo com a Resolução 466/12 do CNS, das competências do CEP:

b) acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa;

XI.2 - Cabe ao pesquisador:

c) desenvolver o projeto conforme delineado;

d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final."

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1618454.pdf	09/06/2021 12:53:00		Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	09/06/2021 12:52:41	Reneide Muniz da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle.docx	09/06/2021 12:49:00	Reneide Muniz da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto.docx	09/06/2021 12:48:02	Reneide Muniz da Silva	Aceito

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861

Bairro: IMBIRIBEIRA

CEP: 51.150-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3312-7755

E-mail: comite.etica@fps.edu.br

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



Continuação do Parecer: 4.766.876

Investigador	Projeto.docx	09/06/2021 12:48:02	Reneide Muniz da Silva	Aceito
Outros	cartaresposta.docx	09/06/2021 12:46:48	Reneide Muniz da Silva	Aceito
Outros	Carta.PDF	31/03/2021 11:00:56	Reneide Muniz da Silva	Aceito
Outros	LattesL.pdf	25/01/2021 16:00:06	Reneide Muniz da Silva	Aceito
Outros	LattesB.pdf	25/01/2021 15:59:47	Reneide Muniz da Silva	Aceito
Outros	LattesR.pdf	25/01/2021 15:58:43	Reneide Muniz da Silva	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	27/08/2020 20:37:51	Reneide Muniz da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 10 de Junho de 2021

Assinado por:
Ariani Impieri de Souza
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861

Bairro: IMBIRIBEIRA

CEP: 51.150-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3312-7755

E-mail: comite.etica@fps.edu.br

ANEXO 3 – REVISTA DE SAÚDE E CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

Diretrizes para Autores

POLÍTICA CONTRA PLÁGIO E MÁ-CONDUTAS EM PESQUISA

Informamos os artigos publicados por esta revista estar em conformidade com as diretrizes do COPE (*Committee on Publication Ethics*), que visam incentivar a identificação de plágio, más práticas, fraudes, possíveis violações de ética e abertura de processos, indicamos:

1. Os autores devem visitar o website do COPE <http://publicationethics.org>, que contém informações para autores e editores sobre a ética em pesquisa;

2. Antes da submissão, os autores devem seguir os seguintes critérios:

- artigos que contenham aquisição de dados ou análise e interpretação de dados de outras publicações devem referenciá-las de maneira explícita;

- na redação de artigos que contenham uma revisão crítica do conteúdo intelectual de outros autores, estes deverão ser devidamente citados;

- todos os autores devem atender os critérios de autoria inédita do artigo e nenhum dos pesquisadores envolvidos na pesquisa poderá ser omitido da lista de autores;

- a aprovação final do artigo será feita pelos editores e conselho editorial.

3. Para responder aos critérios, serão realizados os seguintes procedimentos:

a) Os editores avaliarão os manuscritos pelo site Plagiarism detect ou Plagium logo após a submissão;

b) Com os resultados, os editores e conselho editorial decidirão se o manuscrito será enviado para revisão por pares que também realizarão avaliações;

c) Após o aceite e antes da publicação, os artigos poderão ser avaliados novamente.

ORIENTAÇÕES GERAIS

Todos os manuscritos a serem considerados para publicação no **Journal of Health & Biological Sciences - JHBS** devem ser submetidos por via eletrônica.

Para submeter artigos é necessário prévio cadastro através do link:<http://201.20.109.36:2627/index.php/medicina/user/register>

Para os que já possuem cadastro, somente serão aceitas submissões eletrônicas dos artigos,

no

seguinte

endereço:<http://201.20.109.36:2627/index.php/medicina/author/submit/1>

Por meio desse serviço os autores podem submeter o artigo e acompanhar o status do mesmo durante todo o processo editorial. Essa forma de submissão garante maior rapidez e segurança na submissão do seu manuscrito, agilizando o processo de avaliação.

O autor deve escolher uma categoria para o manuscrito (Artigos Originais, Artigos de Revisão, Comunicações Breves, Relatos de Casos, Imagens ou Obituários). A responsabilidade pelo conteúdo do manuscrito é inteiramente do autor e seus co-autores.

Durante o processo de submissão do artigo os autores devem anexar os seguintes documentos:

a) Declaração de responsabilidade pelo manuscrito a ser enviado, assegurando que o material não foi publicado ou está sob consideração por outro periódico científico.

b) A declaração de transferência de Direitos Autorais deve ser enviada para a Secretaria Editorial somente após a aceitação do manuscrito para publicação na revista.

c) Declaração de conflito de interesses que possam interferir no resultado da pesquisa.

d) Parecer de comitê de ética reconhecido pelo Comitê Nacional de Saúde (CNS) - para estudos de experimentação humana e animal.

Com relação a reenvio e revisões, a revista diferencia entre:

- a) Manuscritos que foram rejeitados;
- b) Manuscritos que serão reavaliados após a realização das correções que forem solicitadas aos autores.

No caso de reenvio, o autor é informado que seu trabalho foi rejeitado e se desejar que os editores reconsiderem tal decisão, o autor poderá fazer as alterações que julgar necessárias e reenviá-las. Contudo, será uma nova submissão, portanto, será gerado um novo número para o manuscrito no sistema.

Em caso de revisão, o autor deve refazer e/ou alterar seu manuscrito com base nas recomendações e sugestões dos revisores. Em seguida, o autor deve devolver o arquivo para uma segunda análise, não se esquecendo de informar o mesmo número atribuído para o manuscrito, para que assim possamos informar o parecer final (aceitação ou rejeição).

Serão enviadas provas ao autor correspondente para que o texto seja cuidadosamente conferido. Mudanças ou edições ao manuscrito editado não serão permitidas nesta etapa do processo de edição. Os autores deverão devolver as provas corrigidas dentro do prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis após serem recebidas.

Os artigos aceitos comporão os números da revista obedecendo ao cronograma em que foram submetidos, revisados e aceitos ou ainda a critério do corpo editorial.

Custos de Publicação

Não haverá custos de publicação.

Idiomas

Os artigos podem ser redigidos em Português, Inglês ou Espanhol. A revista, a depender do campo do artigo, pode oferecer o serviço de tradução para língua inglesa, sem custos para os autores. Quando traduzidos para a língua inglesa sugerimos que o texto seja revisado por alguém que tenha o inglês como primeira língua e que, preferencialmente, seja um cientista da área.

Tipos de manuscrito e formatação

- 1. Artigos Originais:** devem relatar pesquisas originais que não tenham sido publicadas ou submetidas para publicação em quaisquer outros periódicos científicos. Devem ser resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual. No caso de Ensaio Clínico, o manuscrito deve ser acompanhado pelo número e órgão de registro do ensaio clínico. Estes requisitos estão de acordo com BIREME/OPAS/OMS e o Comitê Internacional dos Editores de Revistas Médicas (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR. O limite de palavras é de 3.500 (excluindo resumo e referências); resumo com até 250 palavras, estruturado com os tópicos Introdução, Métodos, Resultados e Conclusões. Serão permitidos até cinco ilustrações (tabelas e figuras). No mínimo três palavras-chaves devem ser fornecidas e no máximo cinco. Deverá ter no máximo 30 referências.
- 2. Artigos de Revisão:** devem ser uma análise crítica de avanços recentes e não apenas revisão da literatura. Serão considerados apenas os artigos de revisão que forem convidados pelo editor. Devem ter resumo estruturado com até 250 palavras, máximo de 3.500 palavras, cinco ilustrações (tabelas e figuras), com a mesma formatação do artigo original. No mínimo três palavras-chaves devem ser fornecidas e no máximo cinco. Deverá ter no máximo 40 referências.
- 3. Comunicações Breves:** devem ser relatos sobre novos resultados interessantes dentro da área de abrangência da revista. Devem ter no máximo 2.000 palavras, mesma formatação do artigo original, incluindo o resumo e abstract estruturados com os subitens introdução, métodos, resultados e conclusões, e com até 15

referências. Um máximo de duas ilustrações (tabelas e figuras) é permitido. Devem ter resumo com no máximo 100 palavras. No mínimo três palavras-chaves devem ser fornecidas e no máximo cinco. Não colocar no corpo do manuscrito os tópicos introdução, métodos, resultados, discussão e conclusões.

4. **Relato de Casos:** devem ser relatos breves com extensão máxima de 1.500 palavras, com máximo de três ilustrações (tabelas e figuras), até 15 referências, resumo e abstract não estruturados e com no máximo 100 palavras. No mínimo três palavras-chaves devem ser fornecidas e no máximo cinco. Colocar no corpo do manuscrito os tópicos Introdução, Relato do Caso, Discussão e Referências.
5. **Imagens:** até cinco figuras com a melhor qualidade possível. Apenas quatro autores e até cinco referências (não citadas no texto) são permitidas. O tamanho máximo é de 300 palavras com ênfase na descrição da figura. Os temas devem envolver alguma lição clínica, contendo título e a descrição das figuras. Podem ser preferencialmente em doenças infecciosas, biologia molecular e genética. Deverá ter até 15 referências.
6. **Obituário:** devem ser escritos preferencialmente por um colega de profissão e destacar o perfil científico e a contribuição do profissional falecido.

Preparo dos manuscritos

Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, com espaçamento duplo em todo o documento (incluindo resumo, agradecimentos, referências e tabelas), com margens de 2,5 cm. Todas as páginas devem ser numeradas no canto superior direito. Evitar ao máximo as abreviações e siglas. Em determinados casos, sugere-se que na primeira aparição no texto, deve-se colocar por extenso e a abreviatura e/ou sigla entre parênteses. Exemplo: Febre Hemorrágica do Dengue (FHD). Comunicações pessoais e dados não publicados não devem ser incluídos na lista de referências, mas apenas mencionados no texto e em nota de rodapé na página em que é mencionado. Se essenciais, podem ser incorporados em local apropriado no texto, entre parênteses da seguinte forma: (DB Rolim: Comunicação Pessoal, 2011) ou (Oliveira-Lima JW: dados não publicados).

Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Para tanto, os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição onde a pesquisa foi realizada, com seu respectivo número de aprovação.

Ao final do artigo, declarar se há ou não conflito de interesses.

O manuscrito deve conter:

Título: deve ser conciso, claro e o mais informativo possível. Não deve conter abreviações e não deve exceder a 200 caracteres, incluindo espaços. Deve ser apresentada a versão do título em **inglês**.

Título Resumido: no máximo 70 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

Autores: deve incluir o nome dos autores na ordem direta e sem abreviações, graduações mais elevadas possuídas, afiliações, assim como registros em Bases como ORCID e ResearchID, caso tenham (o registro ORCID e ResearchID podem ser obtidos, gratuitamente, através do site <http://orcid.org> e <http://www.researcherid.com/>, respectivamente); acompanhadas do respectivo endereço com informação de contato (telefone, endereço e e-mail para o autor correspondente) e todos os coautores. Os autores devem garantir que o manuscrito não foi previamente publicado ou não está sendo considerado para publicação em outro periódico. Os autores podem ser convidados a fornecer os nomes e contatos de três potenciais revisores imparciais.

Resumo Estruturado: deve condensar os resultados obtidos e as principais conclusões de tal forma que um leitor, não familiarizado com o assunto tratado no texto, consiga entender as principais implicações do artigo. O resumo não deve exceder 250 palavras (100 palavras no caso de comunicações breves) e abreviações devem ser evitadas. Deve ser subdividido em: Introdução, Métodos, Resultados e Conclusões. Para os textos em Língua portuguesa, deve ser apresentada também a versão em inglês (**Abstract**) ou em espanhol (**Resumen**).

Palavras-chave: imediatamente abaixo do resumo estruturado, de acordo com o tipo de artigo submetido, devem ser incluídos de três a cinco descritores (palavras-chave), assim como a respectiva tradução para os **Keywords** (descriptors). Devem ser separados por ponto. Os descritores devem ser extraídos dos “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS): <http://decs.bvs.br/>, que contém termos em português, espanhol e inglês, e do “Medical Subject Headings” (MeSH): www.nlm.nih.gov/mesh, para termos somente em inglês.

Introdução: deve ser sucinta e destacar os propósitos da investigação, além da relação com outros trabalhos na área. Uma extensa revisão de literatura não é recomendada, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos.

Métodos: devem ser suficientemente detalhados para que os leitores e revisores possam compreender precisamente o que foi feito e permitir que seja repetido por outros. Técnicas-padrões precisam apenas ser citadas.

Aspectos Éticos: em caso de experimentos envolvendo seres humanos, indicar se os procedimentos realizados estão em acordo com os padrões éticos do comitê de experimentação humana responsável (institucional, regional ou nacional) e com a Declaração de Helsinki de 1964, revisada em 2000. Quando do relato de experimentos em animais, indicar se seguiu um guia do conselho nacional de pesquisa, ou qualquer lei sobre o cuidado e uso de animais em laboratório foram seguidas. Deve também citar aprovação de Comitê de Ética.

Resultados: devem ser um relato conciso da nova informação. Evitar repetir no texto os dados apresentados em tabelas e ilustrações.

Discussão: deve relacionar-se diretamente com o estudo que está sendo relatado. Não incluir uma revisão geral sobre o assunto, evitando que se torne excessivamente longa.

Agradecimentos: devem ser curtos, concisos e restritos a aqueles realmente necessários, e, no caso de órgãos de fomento não usar siglas. Deve haver permissão expressa dos nomeados. Aqui devem ser informados todos os tipos de fomento recebidos de agências de fomento ou demais órgãos ou instituições financiadoras da pesquisa. Informar também a existência de bolsas de Iniciação Científica, Mestrado ou Doutorado.

Conflitos de Interesse: todos os autores devem revelar qualquer tipo de conflito de interesse existente durante o desenvolvimento do estudo.

Nomenclatura: O uso da nomenclatura padronizada em todos os campos da ciência e da medicina é um passo essencial para a integração e ligação de informação científica na literatura publicada. Recomendamos o uso de nomenclatura correta e estabelecida sempre que possível:

- Nós incentivamos o uso do Sistema Internacional de Unidades (**SI**). Quando não for utilizado exclusivamente este, por favor fornecer o valor SI entre parênteses após cada valor.
- Os nomes das espécies deve estar em itálico (por exemplo, *Homo sapiens*) e devem ser escritos na íntegra o nome completo do gênero e das espécies, tanto no título do manuscrito como também na primeira menção de um organismo no texto.

Depois disso, a primeira letra do nome do gênero, seguindo-se do nome completo das espécies podem ser utilizados.

- Genes, mutações, genótipos e alelos devem ser indicados em itálico. Use o nome recomendado pela consulta ao banco de dados de nomenclatura genética apropriada. Para genes humanos sugerimos a base de dados HUGO. Por vezes é conveniente indicar os sinônimos para o gene da primeira vez que aparece no texto. Prefixos de genes, tais como aqueles usados para oncogenes ou localização celular deve ser mostrada em romano: v-fes, c-MYC, etc.
- Para facilitar a identificação de substâncias ou ingredientes farmacêuticos ativos recomenda-se a o uso da International Nonproprietary Names - INN (também conhecida como rINN). Cada INN é um nome único que é reconhecido mundialmente, além disso, é de propriedade pública. Para saber mais, acesse: <http://www.who.int/medicines/services/inn/en/>.

Referências: As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (<http://www.icmje.org>). Consulte também: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>.

Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www2.bg.am.poznan.pl/czasopisma/medicus.php?lang=eng> ou <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>).

Exemplos:

Artigo (Revista impressa)

Zamboni CB, Suzuki MF, Metairon S, Carvalho MDF, Sant'Anna OA. Investigation of whole blood of SJL/J mice using neutron activation analysis. J Radio analytical Nucl Chem. 2009; 281(6):97-99.

Artigo na internet

Alves WF, Aguiar EE, Guimarães SB, da Silva Filho AR, Pinheiro PM, Soares GSD, et al. I-Alanyl – Glutamine preoperative infusion in patients with critical limb ischemis subjected to distal revascularization reduces tissue damage and protects from oxidative stress. Ann Vasc Surg [internet]. 2010 Abr 5 [acesso em 3 Fev 2011]; 24(4):461-7. Disponível em: <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0890-5096/PIIS089050961000018X.pdf>.

Artigo na internet com DOI:

Correia LL, Silveira DMI, Silva AC, Campos JS, Machado MMT, Rocha HAL, et al . Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2011 Jan [acesso em 3 Fev 2012]; 16(1):133-145. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100017&lng=en. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100017>.

Artigo com indicação na PubMed:

Cavalcanti LP, de Paula FJ, Pontes RJ, Heukelbach J, Lima JW. Survival of larvivorous fish used for biological control of *Aedes aegypti* larvae in domestic containers with different chlorine concentrations. J Med Entomol. 2009 Jul; 46(4):841-4. PubMed PMID: 19645286.

Livros

Autor pessoal

Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22. ed. Petrópolis: Vozes; 2003.

Autor(es) editor(es), coordenador(es), entre outros

Silva AC, Carvalho HMB, Campos JS, Sampaio TC, coordenadores. Livro do médico de família. Fortaleza: Faculdade Christus; 2008. 558 p.

Livro com informação de edição

Silva Filho AR, Leitão AMF, Bruno JA, Sena JIN. Atlas-texto de anatomia humana. 2. ed. Fortaleza: Faculdade Christus; 2011. 251 p.

Capítulo de livro

Silva Filho AR, Leitão AMR, Barreto JA, Freire TL. Anatomia aplicada ao exame ginecológico. In: Magalhães MLC, Medeiros FC, Pinheiro LS, Valente PV, coordenadores. Ginecologia baseada em problemas. Fortaleza: Faculdade Christus; 2011. p. 23-34.

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

Anais de Congressos

Carvalho MDF, Moura TB, Oliveira RGS, Ribeiro E, Arruda AP, Carvalho KM. Estudo molecular das mutações DF508, G542X, G551D, R553X, N1303K, R1162X e 2183AAG em pacientes com fibrose cística do Estado do Ceará. In: Anais do 50º Congresso Brasileiro de Genética; 2004; Florianópolis. Santa Catarina: Sociedade Brasileira de Genética; 2004. p. 627-629.

Teodora R, Franco FB, Aguiar YP. Não sei o que e como fazer... A vítima de *bullying* nas representações de alunos da escola básica. In: Anais do 9º Congresso Nacional de Educação – EDUCRERE, 3. Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia; 2009; Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2009. p. 9582-9598.

Trabalhos acadêmicos

Rocha JLC. Efeitos da Mitomicina-C tópica em queimadura de camundongos [dissertação de mestrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2010.

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.

Citações no texto: Devem ser acompanhadas do número correspondente, em expoente ou sobrescrito, seguindo a sequência numérica da citação no texto que aparece pela primeira vez. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e".

Citar todos os autores da obra se forem até seis. Se houver mais de 6 (seis) autores, citar os seis primeiros seguidos da expressão *et al.* As abreviações das revistas devem estar em conformidade com o Index Medicus/Medline (Consulte:<http://www2.bg.am.poznan.pl/czasopisma/medicus.php?lang=eng> ou <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>). Só serão aceitas citações de revistas indexadas, ou, em caso de livros, que possuam registro ISBN (International Standard Book Number).

Os editores estimulam a citação de artigos publicados no Journal of Health & Biological Sciences.

São de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito a exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto.

Exemplos de citação:

According to Pamplona et al (2010), Dengue hemorrhagic fever has been bringing great public health challenges for Brazil. The impact of a health problem can be measured by

its severity and by the social value that it represents for society, i.e., by its actual or potential impact and its repercussion on socioeconomic development⁹.

The hospital lethality rate due to DHF in Recife was 6.8%, with progression to death in around 11 days after the first symptoms³. This was close to the data found in the present study. In the studies conducted in Recife and Cuba^{3,11}...

Para mais exemplos de modelos de citação, consulte também: <http://www.library.uq.edu.au/training/citation/vancouv.pdf>

Figuras: as ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.), devem ser citadas como figuras. Devem preferencialmente ser submetidas em alta resolução em formato TIFF, ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos (Ex: Figura 1), na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho. As legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras, com resolução mínima de 300 dpi. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. Dá-se preferência a figuras originais, produzidas pelos próprios autores.

Os gráficos devem ser salvos com a extensão .xls ou .doc. Não devem ser copiados ou colados de um programa para o outro. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido.

Os mapas devem ser vetorizados (desenhados) profissionalmente utilizando o Corel Draw ou Illustrator, em alta resolução e suas dimensões não devem ultrapassar 21,5 x 28,0 cm. As fotografias e algumas imagens mais complexas devem ser enviadas com boa resolução (mínimo de 300dpi) no formato TIFF, preferencialmente, preparadas utilizando o Adobe Photoshop. Devem ser enviadas sob forma de documento suplementar e não podem exceder 2 MB.

As legendas das figuras enviadas como anexo devem ser colocadas, com a respectiva numeração, no final do texto principal do artigo, após as referências, e também nos metadados do documento suplementar, conforme as instruções que serão fornecidas no momento da submissão. As legendas devem ser sucintas, porém auto-explicativas, com informações claras, de forma a dispensar consulta ao texto.

Tabelas: as tabelas com suas legendas devem ser digitadas com espaçamento duplo, com um título curto e descritivo e submetido online em um arquivo separado como um documento suplementar. Todas as tabelas devem ser numeradas na ordem de aparecimento no texto. A legenda deve aparecer em sua parte superior, precedida pela palavra "Tabela", seguida do número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos (ex: Tabela 1, Tabela 2 etc). Devem constar, de preferência, informações do tratamento estatístico. Os títulos das tabelas devem ser auto-explicativos, de forma que as tabelas sejam compreendidas dispensando consulta ao texto. Explicações mais detalhadas ou específicas devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas por símbolos na seguinte sequência: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas e não usar espaços para separar colunas. Não usar espaço em qualquer lado do símbolo±.

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.

7. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista. Caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
8. O arquivo da submissão está em extensão .doc, .txt ou .rtf. O texto está em espaço duplo em todo o documento (incluindo resumo, agradecimentos, referências e tabelas), com margens de 2,5 cm; fonte Times New Roman, tamanho 12. As figuras e tabelas estão inseridas no final do documento na forma de anexos, preferencialmente submetidas em alta resolução em formato TIFF, devem estar numeradas consecutivamente com algarismos arábicos (Ex: Figura 1), na ordem em que foram citadas no texto; por número e título abreviado do trabalho. Todas as páginas devem ser numeradas no canto superior direito.
9. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.
10. Em Métodos, está explicitada a aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (para estudos originais com seres humanos ou animais, incluindo relatos de casos).
11. Todos os autores do artigo estão informados sobre as políticas editoriais da Revista, leram o manuscrito que está sendo submetido e estão de acordo com o mesmo.

Declaração de Direito Autoral

Declaração

Transferência de Direitos Autorais

O(s) autor(es) vem por meio desta declarar que o artigo intitulado "TÍTULO DO ARTIGO" aprovado para publicação no **Journal of Health & Biological Sciences** é um trabalho original, que não foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, que seja no formato impresso ou no eletrônico.

O(s) autor(es) do manuscrito, acima citado, também declaram que:

12. Participaram suficientemente do trabalho para tornar pública sua responsabilidade pelo conteúdo.
13. O uso de qualquer marca registrada ou direito autoral dentro do manuscrito foi creditado a seu proprietário ou a permissão para usar o nome foi concedida, caso seja necessário.
14. A submissão do original enviada para o **Journal of Health & Biological Sciences - JHBS** implica na transferência dos direitos de publicação impressa e digital.

A declaração original deve ser assinada, datada e encaminhada por e-mail: (secretaria.jhbs@unichristus.edu.br).

Nota: Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar esta declaração. Não serão aceitas declarações assinadas por terceiros.