



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO ADULTO E
DO IDOSO

HIDYANARA LUIZA DE PAULA

**VIVÊNCIA DE UMA ENFERMEIRA RESIDENTE NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA COVID-19**

MACEIÓ
2022

HIDYANARA LUIZA DE PAULA

**VIVÊNCIA DE UMA ENFERMEIRA RESIDENTE NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA COVID-19**

Projeto de pesquisa para Trabalho de Conclusão
de Residência em Saúde do Adulto e do Idoso da
Universidade Federal de Alagoas.

Orientadora: Ma. Christefany Régia Braz Costa.

MACEIÓ

2022

Catálogo na Fonte
Biblioteca Virtual da Unidade de E-Saúde/Gerência de Ensino e Pesquisa
Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
Universidade Federal de Alagoas – Empresa de Serviços Hospitalares – EBSEH

Bibliotecária Responsável: Maria Isabel Fernandes Calheiros CRB4 – 1530

P324v Paula, Hidyana Luiza de.
 Vivência de uma enfermeira residente na Unidade de Terapia Intensiva
Covid-19 / Hidyana Luiza de Paula. 2022.
 26 f.

Orientadora: Christefany Régia Braz Costa .
Trabalho de Conclusão de Residência (Residência Multiprofissional em Saúde)
– Universidade Federal de Alagoas, Programa em Residência Multiprofissional em
Saúde do Adulto e do Idoso, Hospital Universitário Professor Alberto Antunes,
Maceió, 2022.

Bibliografia: f.15.

1. Unidade de Terapia Intensiva (UTI) – Covid 19 . 2. Residência
Multiprofissional. 3. Enfermagem. I. Título.

CDU 616-083-055

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NA ÁREA DO ADULTO E
DO IDOSO

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE APRESENTAÇÃO DO TCR

Aos 24 dias do mês de fevereiro de 2022, às 18:00h, realizou-se na Sala meet.google.com/iqc-nwss-sou, a sessão pública da apresentação do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) intitulado VIVÊNCIA DE UMA ENFERMEIRA RESIDENTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COVID-19, apresentado por Hidyana Luiza de Paula. A comissão examinadora foi constituída pelos/as seguintes membros:

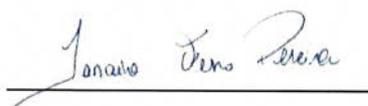
Christefany Régia Braz Costa (EENF/UFAL)-Orientadora

Janaina Ferro Pereira (EENF/UFAL)

Alessandra Cansação Siqueira (HUPAA/UFAL)

Em razão do exposto, a comissão conferiu à candidato, nota 10,0 (dez) .

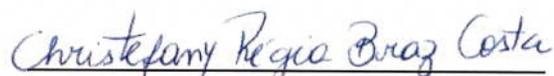
Maceió, AL, 24 de fevereiro de 2022



1º Examinador/a



2º Examinador/a



Presidente/a da banca - orientador/a

AGRADECIMENTOS

À Deus por ser minha força e guia durante todos os momentos da minha vida e, mesmo diante das incertezas e desânimo, Ele me amparou e para meu consolou dizia: Não duvides, eu estou contigo!

À Nossa Senhora por todo seu amparo nos momentos de ansiedade e aflição.

À mainha, Joseane Alexandre da Silva, por sempre acreditar que sou capaz e alcançarei meus objetivos. Obrigada por seu cuidado, amor, compreensão e incentivo!

Ao painho, Aldemir José Batista de Paula, por seus conselhos e palavras de apoio.

A minha irmã e melhor amiga, Thaynara Kyvia de Paula, por sua cumplicidade.

À voinha, Luzinete Joventina da Silva (*in memoriam*), por vivenciar junto comigo a felicidade de saber que faria a residência.

Aos meus colegas de residência, pelas experiências compartilhadas, troca de conhecimentos, desabafos, risos e alegrias. Tenho certeza que tudo que vivenciamos tornou-me uma pessoa e profissional melhor.

A todos os professores, tutores, preceptores e coordenação, por seus ensinamentos que muito contribuíram na minha caminhada como residente.

Agradeço em especial à minha orientadora, Christefanny Régia Braz Costa, por todo o seu apoio e disponibilidade, compartilhando seus conhecimentos e dedicando-se durante toda a elaboração deste trabalho.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	06
METODOLOGIA	07
Tipo de Estudo	07
Cenário do Estudo	07
Período da realização da experiência	08
Sujeitos envolvidos na experiência	08
Aspectos Éticos	08
DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA	08
DISCUSSÃO	12
PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS	13
LIMITAÇÃO DO ESTUDO	13
CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA	14
CONCLUSÃO	14
REFERÊNCIAS	15
ANEXO – NORMAS PARA SUBMISSÃO	16

Vivência de uma enfermeira residente na unidade de terapia intensiva COVID-19

Experience of a resident nurse in the COVID-19 intensive care unit

Experiencia de una enfermera residente en la unidad de cuidados intensivos COVID-19

RESUMO

Objetivo: relatar a vivência de uma enfermeira residente na unidade de terapia intensiva COVID-19. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência realizado na unidade de terapia intensiva COVID-19 de um hospital público de uma capital do Nordeste do Brasil durante os meses de março a maio de 2021. **Descrição da Experiência:** Foram explanadas as experiências vivenciadas, que representam o impacto da inserção ao novo cenário: adaptação hospitalar frente à pandemia; expectativas e preocupação na UTI COVID-19; percepção uniprofissional; trabalho multiprofissional; ações e projetos de humanização. **Resultados:** Aperfeiçoamento prático para atuação com os pacientes internados em UTI; humanização e melhora da assistência dos pacientes hospitalizados em UTI COVID-19; fortalecimento e reconhecimento da atuação da residência multiprofissional junto à equipe do cenário da UTI COVID-19; legado de atividades, ações, recursos e projetos para serem aprimorados e continuados pelas equipes de residentes multiprofissionais seguintes; diálogo, expressão das emoções diante do trabalho e fortalecimento do vínculo das residentes multiprofissionais. **Conclusão:** A experiência obtida nesta vivência permitiu refletir sobre os avanços alcançados pela equipe dos profissionais do setor e da residência multiprofissional. Espera-se que as adaptações e ações desenvolvidas na UTI COVID-19 estimulem novas ideias para uma assistência mais resolutiva, acolhedora e humanizada.

Descritores: Equipe Multiprofissional; Unidade de Terapia Intensiva; COVID-19.

ABSTRACT

Objective: to report the experience of a resident nurse in the COVID-19 intensive care unit. **Methodology:** This is an experience report carried out in the COVID-19 intensive care unit of a public hospital in a capital city in Northeast Brazil during the months of March to May 2021. **Description of the Experience:** The lived experiences were explained, which represent the impact of insertion into the new scenario: hospital adaptation in the face of the pandemic; expectations and concern in the COVID-19 ICU; uniprofessional perception; multi-professional work; humanization actions and projects. **Results:** Practical improvement for working with ICU patients; humanization and improvement of care for patients hospitalized in the COVID-19 ICU; strengthening and recognition of the performance of the multiprofessional residency with the team of the COVID-19 ICU scenario; legacy of activities, actions, resources and projects to be improved and continued by the next multi-professional resident teams; dialogue, expression of emotions in the face of work and strengthening the bond of multiprofessional residents. **Conclusion:** The experience obtained in this experience allowed us to reflect on the advances achieved by the team of professionals in the sector and the multiprofessional residency. It is expected that the adaptations and actions developed in the COVID-19 ICU will stimulate new ideas for a more resolute, welcoming and humanized care.

Descriptors: Multiprofessional Team; Intensive care unit; COVID-19.

RESUMEN

Objetivo: relatar la experiencia de una enfermera residente en la unidad de cuidados intensivos COVID-19. **Metodología:** Se trata de un relato de experiencia realizado en la

unidade de cuidados intensivos COVID-19 de un hospital público de una ciudad capital del Nordeste de Brasil durante los meses de marzo a mayo de 2021. **Descripción de la Experiencia:** Se explicaron las experiencias vividas, que representan el impacto de la inserción en el nuevo escenario: adaptación hospitalaria frente a la pandemia; expectativas y preocupación en la UCI COVID-19; percepción uniprofesional; trabajo multiprofesional; acciones y proyectos de humanización. Resultados: Mejora práctica para trabajar con pacientes de UCI; humanización y mejora de la atención a los pacientes hospitalizados en la UCI COVID-19; fortalecimiento y reconocimiento al desempeño de la residencia multiprofesional con el equipo del escenario UCI COVID-19; legado de actividades, acciones, recursos y proyectos a ser mejorados y continuados por los próximos equipos multiprofesionales de residentes; diálogo, expresión de emociones frente al trabajo y fortalecimiento del vínculo de los residentes multiprofesionales. **Conclusión:** La experiencia obtenida en esta experiencia permitió reflexionar sobre los avances logrados por el equipo de profesionales del sector y la residencia multiprofesional. Se espera que las adaptaciones y acciones desarrolladas en la UTI COVID-19 estimulen nuevas ideas para un cuidado más resolutivo, acogedor y humanizado.

Descriptor: Equipo Multiprofesional; Unidad de terapia intensiva; COVID-19.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em dezembro de 2019, foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. Esta pneumonia até então desconhecida, tratava-se do novo coronavírus, Síndrome da Angústia respiratória do coronavírus 2 (SARS-CoV-2), cuja doença denominada coronavirus disease 19 (COVID-19) se distribuiu geograficamente por vários países e regiões do mundo. Em março de 2020 foi caracterizada como uma pandemia pela OMS.¹

As pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2, em sua maioria, apresentam uma infecção viral aguda autolimitada e leve, pois se recuperam sem precisar de tratamento hospitalar (cerca de 80% dos casos). Entretanto, uma em cada seis pessoas com a COVID-19 podem evoluir com sintomas graves e quadro de insuficiência respiratória, necessitando de atendimento hospitalar, inclusive na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).¹

A COVID-19 apresenta um elevado grau de infectividade e transmissibilidade na população em geral. Devido ao crescente número de vítimas, houve uma rápida ocupação hospitalar, com esgotamento principalmente de leitos de UTI, gerando um colapso dos sistemas de saúde.²

Concomitante a isso, os profissionais de enfermagem que já vivenciavam diariamente o ambiente de trabalho dinâmico e complexo da UTI, passaram a trabalhar com uma alta demanda de atendimento de pacientes com uma doença até então desconhecida. Monitoramento contínuo, intervenções rápidas, ruído constante, equipes de trabalho

reduzidas, sobrecarga de trabalho, falta de insumos, pacientes em risco iminente de morte, volume de óbitos elevado, ou seja, um ambiente potencialmente propício para a ocorrência de maior estresse emocional e psíquico nesses profissionais de saúde.²

A magnitude da pandemia e o grau de vulnerabilidade dos indivíduos implicam diretamente no processo de trabalho desses profissionais de saúde que atuam na linha de frente no combate à COVID-19. Nesse contexto, além de vivenciarem a pandemia na sociedade, suas restrições e cuidados, os residentes multiprofissionais foram inseridos no cenário de atendimento ao paciente com a COVID-19 e estiveram também na linha de frente no combate à pandemia.

Os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde em questão – uniprofissional e multiprofissional – foram instituídos pela Lei n.º 11.129/2005. Trata-se de uma modalidade de pós-graduação brasileira do tipo *lato sensu* com duração mínima de dois anos, equivalente a uma carga horária de 60h semanais e 5760 horas totais, em regime de dedicação exclusiva³, sob orientação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a fim de atender às necessidades da população a partir da integração dos saberes e conhecimentos dos profissionais de diferentes áreas.⁴

A Residência Multiprofissional destaca-se pelo ensino e formação dos jovens profissionais de diversas áreas da saúde mediante a educação em serviço, supervisionada por profissionais capacitados com suporte pedagógico-assistencial de tutores, preceptores e servidores que atuam nos serviços de saúde, promovendo a qualificação profissional para o cuidado da pessoa, família e coletividade por meio da troca de conhecimentos entre os membros da equipe utilizando estratégias como clínica ampliada, projeto terapêutico singular e, essencialmente, assistência multiprofissional.⁴

Desse modo, o presente estudo tem por objetivo relatar a vivência de uma enfermeira residente na unidade de terapia intensiva COVID-19.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um relato de experiência.

Cenário do estudo

A vivência relatada no estudo deu-se em um hospital público de uma capital do nordeste brasileiro, cujo lócus foi uma UTI para atendimento dos pacientes com a COVID-19,

integralmente pelo SUS, inserida como cenário de prática da residência multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso.

Período da realização da experiência

O presente relato de experiência foi vivenciado no segundo ano da residência, nos meses de março a maio de 2021.

Sujeitos envolvidos na experiência

Este relato apresenta a visão de uma enfermeira residente pertencente a uma equipe multiprofissional com nutricionista, psicóloga, assistente social e farmacêutica do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso (PRMSAI).

Aspectos Éticos

Não foi necessária a submissão deste estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa, entretanto, todos os aspectos ético-legais foram contemplados durante a vivência do presente relato de experiência.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O respectivo PRMSAI tem duração de dois anos, com inserção anual de 20 residentes das seguintes profissões: enfermagem, psicologia, nutrição, serviço social e farmácia, distribuídos em quatro grupos, cada grupo representado por uma categoria profissional durante o primeiro ano na clínica médica e clínica cirúrgica e no segundo ano no hospital-dia, centro de alta complexidade em oncologia, unidade docente assistencial e, incorporado devido à pandemia, a unidade de terapia intensiva para pacientes com a COVID-19.

A partir da visão de uma enfermeira residente sobre a residência multiprofissional na UTI COVID-19 foram eleitos alguns tópicos que representam o impacto da inserção ao novo cenário: adaptação hospitalar frente à pandemia; expectativas e preocupação na UTI COVID-19; percepção uniprofissional; trabalho multiprofissional; ações e projetos de humanização.

Com a pandemia, o hospital precisou adaptar-se para que fosse garantida uma concentração de profissionais e segregação dos equipamentos para atuar na assistência aos pacientes com a COVID-19. Assim, em 2020 foi inaugurada de forma emergencial a unidade COVID-19, setor que contemplava 14 leitos de UTI e oito leitos de unidade semi-intensiva, sendo esse um dos cenários de atuação dos residentes multiprofissionais do PRMSAI.

No correspondente à estrutura física, a improvisação dos leitos dificultou o processo de trabalho do(a) enfermeiro(a), pois diferente do habitual em uma UTI, com posto de enfermagem centralizado para a visualização rápida dos pacientes, a UTI COVID-19 foi adaptada de salas de atendimento ambulatorial, organizando-se em pequenas enfermarias com leitos isolados ou enfermarias de até quatro leitos com pouco distanciamento entre eles, exigindo do(a) enfermeiro(a) ainda mais atenção e gerenciamento da equipe de enfermagem, dividindo-a de forma estratégica para observação rápida e monitoramento constante das alterações hemodinâmicas repentinas dos pacientes.

A comunicação de que a UTI COVID-19 seria cenário de prática no segundo ano da residência multiprofissional foi motivo de expectativa, como também preocupação. A expectativa do trabalho uniprofissional como enfermeira foi atendida, pois ter a experiência no cenário da UTI ainda durante a formação na residência trouxe imensa satisfação em aprender sobre uma condição clínica diferente associada a procedimentos invasivos, agregando habilidades técnicas para o manejo do paciente crítico de forma segura e eficaz neste cenário e em uma futura oportunidade laboral.

Ademais, pela primeira vez, os residentes puderam atuar com todos os integrantes da equipe multiprofissional de forma completa e presencial no setor, pois as equipes anteriores, com exceção da enfermagem, realizaram um trabalho remoto. Destarte, a presente equipe gerou expectativas sobre como seriam organizadas as visitas e atividades multiprofissionais possíveis de serem desenvolvidas no cenário.

O momento de inserção da equipe na UTI COVID-19 foi durante a segunda onda de casos crescentes do vírus, em partes foi tranquilizadora porque todas as residentes já estavam imunizadas. Entretanto, esse cenário mórbido vivido enquanto sociedade associado à entrada em um espaço contaminado como a UTI foi motivo de preocupação devido ao processo de trabalho da enfermagem ter uma exposição sobremaneira aos riscos biológicos. Uma desparamentação incorreta já seria um fator potencial para a sua contaminação e possível transmissão do vírus para os familiares, que ainda não estavam vacinados nem com a primeira dose.

Durante a passagem na UTI COVID-19 foi estimulado pela coordenação de enfermagem do hospital realizar visitas multiprofissionais dos profissionais do serviço beira a leito diariamente para discussão do estado de saúde do paciente, articulação das demandas de cada área profissional, planejamento de metas de cuidado e programação de alta a fim de reduzir o agravamento clínico dos pacientes e a internação prolongada. Embora inicialmente houvesse uma boa adesão dos profissionais do serviço, essas visitas foram reduzindo

gradativamente pelo desinteresse dos profissionais e da residência multiprofissional à medida que se observava a sua condução e as decisões centradas na figura do médico.

Durante essas visitas diárias os(as) enfermeiros(as) e a residente de enfermagem utilizavam um instrumento padronizado e impresso produzido pela equipe de enfermagem do hospital composto por identificação do paciente, anamnese, exame físico e acompanhamento de resultados e exames com o intuito de desenvolver o Processo de Enfermagem (PE), que assegura uma assistência adequada e individualizada. Entretanto observou-se o preenchimento incompleto do instrumento, por vezes pela demanda frenética de procedimentos, como também pela desvalorização do impresso por alguns/algumas enfermeiros(as). Além disso, havia o desinteresse dos(as) técnicos(as) de enfermagem em conferir e aplicar as intervenções de enfermagem prescritas com a justificativa de que já sabiam o que precisava ser feito.

No tocante ao acompanhamento pela preceptoria das atividades desenvolvidas pelos residentes, houve a falta de supervisão qualificada dos preceptores tanto da enfermagem como das outras áreas profissionais. Devido à contratação emergencial de profissionais de todas as áreas e a inserção com celeridade dos residentes neste cenário, percebeu-se que os profissionais recém-ingressos no serviço tinham pouca ou nenhuma experiência profissional sobre o ser preceptor e no manejo de um paciente crítico, como também houve pouco cuidado da organização da residência em realizar treinamentos uniprofissionais e em equipe para atuar na UTI COVID-19 com segurança.

A equipe de residentes precisou comprometer-se sobremaneira no seu processo de formação, atualizando-se e em vários momentos apresentou como demanda a necessidade de discussão prática e teórica de conteúdos específicos sobre UTI, que só foi atendida pela coordenação da residência ao final do período da primeira equipe na UTI COVID-19 com sete seminários semanais, com duração de quatro horas, conduzidos por profissionais das áreas de: enfermagem, farmácia, nutrição, serviço social e medicina, com o objetivo de qualificar a prática assistencial das equipes seguintes.

Quanto ao trabalho do(a) profissional enfermeiro(a), era preciso ter um olhar cuidadoso para as necessidades básicas e vitais do paciente, mas priorizar também os fatores psicológicos que comprometiam a sua saúde, do paciente e dos familiares. Enquanto enfermeira residente, apreensão e medo foram os sentimentos iniciais ao ser escalada em um ambiente que foi preparado e estava contaminado pelo vírus SARS-COV-2. Quanto aos pacientes e familiares, a ansiedade foi fator de agravamento da situação de saúde dos pacientes em virtude de distanciar-se dos seus e saber que precisariam de cuidados mais intensivos na UTI.

A equipe multiprofissional foi extremamente necessária nesse momento, pois buscou aproximar pacientes e familiares virtualmente com as televisitas, que eram videoconferências por aplicativos de mensagem instantânea e chamada de voz dos smartphones do hospital feitas pela equipe multiprofissional, principalmente pela psicóloga e assistente social, a partir das demandas psicológicas e emocionais identificadas por elas ou pela enfermeira durante a realização de procedimentos e observações clínicas. Essas televisitas conduzidas pelas residentes aconteciam em dois dias da semana, assim, a psicóloga e a assistente social agendavam previamente com a família um dia e horário, na ocasião eram seguidos os requisitos do paciente estar orientado, com capacidade para expressar-se verbalmente e disposto a conversar com o familiar. Para pacientes inconscientes, articulava-se com a família um momento de escuta e sugeria-se ao final a gravação de um áudio, mensagem ou música, para a escuta do paciente conduzido pelo mínimo de duas residentes.

A fim de aplicar os conhecimentos teóricos aprendidos na disciplina de seminário integrador I, a equipe de residentes multiprofissionais, em conjunto com tutoras e a preceptora geral da residência na UTI COVID-19, implementou a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), estratégia de humanização individualizada com prioridade dos pacientes com situações mais complexas, com o intuito de acompanhar todas as intervenções desenvolvidas, avaliar os resultados e traçar novas metas até que o paciente tivesse algum desfecho: transferência, alta ou infelizmente, óbito. Os momentos de discussão dos PTS foram enriquecedores no campo profissional para toda a equipe, em especial as residentes, pois aprenderam fazendo e receberam contribuições valiosas dos profissionais estudiosos da área.

O ambiente de UTI muitas vezes impossibilita a expressão das vontades e anseios do paciente reduzindo sua identidade a um número de leito e/ou condição clínica, o que favorece à despersonalização do paciente. Assim, com o objetivo de valorizar a singularidade de cada paciente as residentes desenvolveram o prontuário afetivo, impresso colocado beira-leito com as principais características de gostos musicais, time de futebol, dentre outras. Isso tornou o cuidado humanizado, aproximando e sensibilizando a equipe de saúde.

Outra estratégia de interação com intuito de mitigar aflições e estresse dos profissionais de saúde e promover estímulo aos pacientes, conscientes ou não, foi a musicoterapia. Durante uma hora, as residentes devidamente paramentadas com os equipamentos de proteção individual, mantendo o distanciamento social e em um uso de uma caixa de som portátil envolta por material para facilitar a higienização, promoveram momentos com músicas gospel, como também outros estilos musicais sugeridos pelos

profissionais e pacientes comunicativos, tanto em dias comuns, quanto em datas comemorativas, como dia da mulher, dia das mães e páscoa.

Além dos cuidados com os pacientes, houve a necessidade de trabalhar o autocuidado nas residentes multiprofissionais, uma vez que diante do cenário da UTI COVID-19 já no início do segundo ano da residência, carga horária de 60h semanais, atividades das disciplinas, plantões com sobrecarga emocional e de trabalho pelo afastamento de profissionais doentes potencializaram o surgimento de angústias e incertezas sobre esse ambiente. Então, a equipe de residentes planejou e submeteu um projeto intitulado “Cuidando de nós” para apreciação da coordenação da residência multiprofissional, cuja aprovação proporcionou quinzenalmente e de forma intercalada, entre uma psicóloga e educadora física voluntárias, momentos de suporte emocional e escuta dos sentimentos e emoções, como também atividades de Terapia Alternativa Complementar (TAC), com meditação guiada e relaxamento psicomuscular.

Diante do exposto, a percepção da enfermeira residente perante as ações desenvolvidas é que elas foram exitosas: com a atenção da equipe de residentes multiprofissionais ao atendimento clínico e emocional dos pacientes e suas famílias; fortalecimento dos vínculos e apoio mútuo entre a equipe, além da superação dos limites em meio às incertezas, adaptando-se e formando em curto período profissionais competentes capazes de desenvolver o cuidado técnico e humanizado também ao paciente crítico.

DISCUSSÃO

Em consequência da crise de saúde mundial ocasionada pela COVID-19, as UTIs têm sido um dos setores de grande importância para o tratamento de pacientes graves ou gravíssimos com necessidade de cuidado contínuo.^{5,13} Esse fato resgata a importância histórica da enfermagem para o enfrentamento de doenças e epidemias há 200 anos a partir das contribuições de Florence Nightingale, que dentre tantas outras, comprovou que a classificação dos pacientes e sua distribuição em setores organiza o cuidado e prioriza suas necessidades.⁶

A visão popular de que ser encaminhado à UTI é estar entre a vida e a morte muitas vezes compromete a adaptação do paciente nesse ambiente. Isso recupera a importância de orientações para o paciente e sua família sobre esse setor ser um ambiente essencial para superação da doença, alertando sobre a responsabilização do paciente no seu processo de cura.⁹

Nesse contexto, o uso de ferramentas tecnológicas foi grande facilitador da comunicação entre a equipe de saúde, os familiares e os pacientes internados, uma vez que os protocolos disponibilizados pela OMS e Ministério da Saúde decretaram a suspensão de visitas presenciais para conter a disseminação do vírus.¹⁰ Assim, os serviços de saúde precisaram se adequar às recomendações e prestar o cuidado em saúde por teleatendimento.¹¹

Ainda há muito a ser transformado nos ambientes de saúde, entre eles, o modelo biomédico, com foco da atenção na doença e a subordinação dos profissionais não-médicos ao médico para a decisão do tratamento dos pacientes.¹⁴

Contra essa lógica biomédica, os diversos recursos citados e a musicoterapia foram algumas das ferramentas de humanização nesse processo da assistência proporcionando ambiência, fortalecimento de vínculos, bem-estar psicoemocional e espiritual para pacientes e profissionais da saúde.¹²

E por fim, com toda a conjuntura de exposição aos fatores estressores e o enfrentamento de um ambiente com uma doença com alta velocidade de propagação de infecção, foi exigido dos profissionais muito esforço físico e emocional.⁸ Assim, houve e ainda há necessidade de acompanhamento contínuo entre os profissionais atuantes em UTI.¹²

PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS

A partir das atividades desenvolvidas, os seguintes resultados foram atingidos:

- Aperfeiçoamento prático para atuação com os pacientes críticos internados em UTI;
- Humanização e melhora da assistência dos pacientes hospitalizados na UTI COVID-19;
- Fortalecimento e reconhecimento da atuação da residência multiprofissional junto à equipe da UTI COVID-19;
- Legado de atividades, ações, recursos e projetos para serem aprimorados e continuados pelas equipes de residentes multiprofissionais seguintes;
- Diálogo, expressão das emoções diante do trabalho e fortalecimento do vínculo das residentes multiprofissionais.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A limitação do presente estudo é descrever as reflexões a partir de apenas um ponto de vista. Porém, esse ponto de vista pode representar, em parte ou em sua totalidade, as visões de

outras categorias profissionais e outras vivências em residências multiprofissionais no contexto da pandemia.

CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

Uma das grandes singularidades para o profissional que faz uma residência é a possibilidade de trabalhar especializando-se; especializar-se pesquisando e valer-se dos conhecimentos adquiridos para desenvolver ações concretas na prática laboral.

Nesse ínterim, no que concerne às práticas do serviço, uma nova doença como a COVID-19 mostrou que por vezes poderão ser necessárias mudanças na prática assistencial e, apesar do medo do novo, essas mudanças instigam a pensar para além do que está posto. Dessa forma, como enfermeira residente foi possível observar a busca do serviço por melhorias na assistência aos pacientes com a tentativa de visita multiprofissional dos profissionais do setor, da aplicação do instrumento para desenvolver o PE e a readequação na gestão de trabalho.

Ainda que no contexto desafiador e em um novo cenário, a residência multiprofissional trouxe um novo olhar para a humanização não só do paciente, mas também entre os profissionais com a construção de um PTS, a ampliação da oferta da teleconsulta, a musicoterapia para pacientes e profissionais, o projeto de cuidado para os residentes multiprofissionais, o prontuário afetivo, e tudo isso contribuiu para estimular a criatividade e sensibilizar as equipes seguintes de que é possível fazer mais.

CONCLUSÃO

Relatar a vivência de uma enfermeira residente na unidade de terapia intensiva COVID-19 permitiu refletir sobre os avanços alcançados pela equipe dos profissionais do setor e da residência multiprofissional. Espera-se que as adaptações e ações desenvolvidas na UTI COVID-19 estimulem novas ideias para uma assistência mais resolutiva, acolhedora e humanizada.

REFERÊNCIAS

- 1 Organização Pan-americana da Saúde (Opas) [Internet]. 2021 [Acesso em 25 de jul 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>.
- 2 Miranda ARO, Afonso MLM. Estresse ocupacional de enfermeiros: uma visão crítica em tempos de pandemia. *Brazilian Journal of Development*. 2021;7(4):34979-35000.
- 3 Brasil. PORTARIA nº 11.129, de 30 de junho 2005. Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde CNRMS [Internet]. 2005 [Acesso em 25 de jul 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm.
- 4 Bernardo MS. A formação e o processo de trabalho na Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia inovadora. *Rev. Bras. Enferm*. 2020.
- 5 Brasil. Resolução Nº 287 de 08 de outubro de 1998. [Acesso em 25 de jul 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html.
- 6 Oliveira AAA. Assistência de Enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva em pacientes com a COVID - 19. *Revista FATEC de tecnologia e ciências*. 2021;6(1).
- 7 Busanello J, Galetto, SGS, Harter J, Garcia RP. Otimização dos cuidados intensivos na assistência ao paciente com COVID-19. *Enferm. Foco*. 2020;11(Esp. 2):32-36.
- 8 Gurtler, CAS, Corrêa BC, Gurtler MRB, Menezes MSB, Salvetti MCP. Gestão de estoques no enfrentamento à pandemia de COVID-19. *Revista Qualidade HC*. 2021.
- 9 Ribeiro JF, Andrade JMF, Melo KAS, Bandeira FLF, Silva OS, Pinho MAB. Profissionais de Enfermagem na UTI e seu protagonismo na pandemia: Legados da Covid-19. *Rev. Enferm. Contemp*. 2021;10(2).
- 10 Nascimento VS, Amorim PB. Percepção de pacientes pós-covid-19 atendidos na uti de nanuque mg a respeito do tratamento fisioterapêutico: um estudo de caso. *Revista científica multidisciplinar*. 2021;2(9).
- 11 Woitezak DS, Santos TFF, Tallamini ECZ. Residência em serviço social na unidade de terapia neonatal diante da covid-19: relato de experiência. *Revista Ciência & Humanização*. 2021; 1(1):62-73.
- 12 Valle MCD, Marques MAS, Santana MC, Esmeraldo JSA, Fortes RC. Contribuições da Farmácia, Fisioterapia e Psicologia a pacientes com COVID-19 em Unidades de Terapia Intensiva. *Health Residencies Journal - HRJ*. 2020;1(5):75-91.
- 13 Ferreira PHC, Ribeiro LCC, Gomes GF, Gonçalves RPF. Estratégias adotadas no enfrentamento da covid-19: relato de experiência profissional. *Enferm. Foco* 2020;11(Esp. 2): 199-204.
- 14 Cutolo LRA. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. *Arquivos Catarinenses de Medicina* 2006;35(4):16-24.

ANEXO – NORMAS PARA SUBMISSÃO

PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

O processo de submissão é feito somente pela página da revista, no endereço: <http://revista.cofen.gov.br>. Leia o conteúdo desta página e siga o guia de submissão.

O periódico utiliza o sistema de avaliação por pares, preservando o sigilo, com omissão dos nomes de avaliadores e autores.

Os artigos submetidos, adequados às normas de publicação, após a pré-análise do Editor Chefe, são enviados aos Editores Associados para seleção de consultores.

Finalizada a avaliação dos consultores, o Editor Associado encaminha uma recomendação ao Editor Chefe que decidirá pela aprovação, reformulação ou recusa do artigo.

CUSTOS PARA SUBMISSÃO E PUBLICAÇÃO

A Revista Enfermagem em Foco não aplica taxas ou eventuais cobranças para a submissão ou publicação, uma vez que todos os custos são suportados pelo COFEN. Todavia exige que ao menos **UM** dos autores seja **ENFERMEIRO**, devidamente identificado nos metadados, não aceitando artigos somente de alunos, nem somente de outros profissionais.

TIPOS DE ARTIGOS CONSIDERADOS PARA PUBLICAÇÃO

Editorial

Texto de responsabilidade do Conselho Editorial da Revista, que poderá convidar especialistas para redigi-lo. Deverá obedecer ao limite de 1.000 palavras, incluindo título, descritores e referências.

Artigos Originais

São manuscritos que apresentam resultados de pesquisa inédita, de natureza qualitativa ou quantitativa. Deverão conter no máximo 3.500 palavras, excluindo títulos, resumos, descritores e referências até o limite de 35 (trinta e cinco) e até 8 (oito) autores.

Devem conter: **Introdução com objetivos ao final; Método** com tipo do estudo, população e amostra, local do estudo, coleta de dados com data, análise dos dados, procedimentos éticos; **Resultados; Discussão**, com as **Limitações do estudo** e **Contribuição para a prática** ao final em item específico; **Considerações Finais ou Conclusão**.

Artigos de Revisão

Estudos de revisão narrativa, integrativa, sistemática, de escopo (scope review), com ou sem metanálise. Deverão conter no máximo 3.500 palavras, excluindo títulos, resumos, descritores e referências. Não há limite de referências e, no máximo, oito autores. Os Resultados deverão contém os quadros com o fluxograma das etapas da revisão e quadro sintético dos achados (nome do periódico, ano de publicação, autores, título do artigo, local de publicação, nível de evidência, principais resultados e todos devem estar referendados). Devem conter: **Introdução com objetivo ao final; Método; Resultados; Discussão**, encerrando com **limitações do estudo** e **contribuições para a prática** em sub-item separado; **Considerações Finais; Referências**.

Artigos de Opinião

São manuscritos nos quais o(s) autor(es) apresenta(m) e discute(m) sua posição a respeito de determinada temática, de uma legislação ou de uma ocorrência. Deverão conter no máximo 1.500 palavras, excluindo títulos, resumos, descritores e referências. Com limite de cinco referências e dois autores. Devem conter: **Introdução com objetivo ao final; Método** se pertinente; **Desenvolvimento** com ou sem subtítulos, encerrando com **limitações do estudo** e **contribuições para a prática** em sub-item separado; **Considerações Finais; Referências**.

Artigos de Reflexão

São manuscritos que apresentam uma discussão aprofundada sobre uma temática específica, um conceito ou uma teoria, ponderando e analisando diferentes pontos de vista teóricos e/ou práticos. Deverão conter no máximo 3.000 palavras, excluindo títulos, resumos, descritores e referências. Com limite de 15 referências e quatro autores. Devem conter: **Introdução com objetivo ao final; Método** se pertinente; **Desenvolvimento** com ou sem subtítulos, encerrando com **limitações do estudo** e **contribuições para a prática** em sub-item separado; **Considerações Finais; Referências**.

Relato de Experiência

São manuscritos que apresentam um relato de caso, situação da prática profissional ou inovação tecnológica, relacionados ao ensino, à assistência, extensão universitária, pesquisa, participação política e/ou gestão/gerenciamento, de interesse para a atuação profissional, discutindo estratégias de intervenção e avaliação da eficácia. Deverão conter no máximo 3.000 palavras, excluindo títulos, resumos, descritores e referências. Com limite de 15 referências e oito autores.

Devem conter: **Introdução**, com o objetivo ao final; **Metodologia** com os seguintes tópicos: tipo de estudo, cenário do estudo, período de realização da experiência, sujeitos envolvidos na experiência e os aspectos éticos; **Objetivos da Experiência**; **Descrição da Experiência**: momentos, ações e práticas desenvolvidas, decisões, tecnologias ou estratégias utilizadas; **Principais resultados alcançados**; **Limitações da experiência**; **Contribuições para a prática**; **Considerações Finais ou Conclusão**; **Referências**: no máximo 15.

Relato de Experiência de Inovação Tecnológica

São manuscritos que apresentam uma inovação tecnológica, relacionados ao ensino, à assistência, extensão universitária, pesquisa, participação política e/ou gestão/gerenciamento, de interesse para a atuação profissional, discutindo estratégias de intervenção e avaliação da eficácia. Deverão conter no máximo 3.000 palavras, excluindo títulos, resumos, descritores e referências. Com limite de 15 referências e oito autores.

Devem conter: - **Introdução**, com o objetivo ao final; - **Metodologia** com os seguintes tópicos: tipo de estudo, cenário do estudo, período de realização da experiência, sujeitos envolvidos na experiência e os aspectos éticos; - **Objetivos da Inovação**; - **Descrição da Inovação**: momentos, ações e práticas desenvolvidas, decisões, tecnologias ou estratégias utilizadas; - **Principais resultados alcançados** com as **limitações da inovação** e **contribuições para a prática ao final** em sub item separado; - **Considerações Finais ou Conclusões**; - **Referências**: no máximo de 15.

Seção Cofen/Conselhos Regionais em Foco

Para apresentação de artigos os autores deverão seguir as normas da revista à semelhança dos demais tipos de manuscritos.

Deverão conter no máximo 2.500 palavras, excluindo títulos, resumos, descritores e referências.

Resenhas de Livros

São manuscritos em que o(s) autor(es) apresenta(m) uma análise crítica de livros relacionados a áreas de interesse da Enfermagem, publicados nos últimos três anos. Devem conter um máximo de 1.000 palavras e até dois autores. A referência completa do livro deverá ser incluída no início do texto. No momento da submissão da resenha deverá ser anexado no sistema um arquivo com a imagem da capa do livro, em formato JPEG, em alta definição (de 150 a 300 dpi).

Carta ao Editor

Deve conter no máximo de 300 palavras, incluindo cabeçalho e assinatura do correspondente, sem referências.

Resposta do autor

Deve conter no máximo de 500 palavras, incluindo cabeçalho e assinatura do correspondente, sem referências.

FORMATO E ESTRUTURA DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem ser apresentados em arquivo do *Microsoft Office Word®*, formato A4, margens de 2,5 cm, letra Times News Roman fonte 12 e espaçamento entre linhas 1,5 em todo o texto, incluindo tabelas e quadros. Não mandar em arquivo pdf.

Serão aceitos textos nos idiomas português, espanhol e inglês. O inglês e o espanhol deverão vir com certificação de tradutor.

Pelo menos um autor deve ser enfermeiro, devidamente identificado nos metadados.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SUBMISSÃO

1 - FOLHA DE ROSTO

Modelo disponível em: [Modelo de Folha de Rosto](#)

Deve ser enviada separadamente do artigo EM ARQUIVO NO FORMATO MICROSOFT WORD (não usar formato PDF)

E deverá conter:

- Identificação do **Tipo de Artigo** a ser submetido;
- **Título** do manuscrito, conciso e informativo, em caixa alta, com no máximo 15 palavras. Não devem ser utilizadas abreviaturas, siglas ou localização geográfica da pesquisa;

- **Nome completo dos autores**, sem abreviações, numerados em algarismos arábicos sobrescritos. Os autores deverão seguir a forma como seus nomes são indexados nas bases de dados e inserir o número de registro ORCID ao lado do nome de cada autor. O cadastro no ORCID pode ser feito no www.orcid.org;
- **Identificação e Afiliação dos autores**, profissão e ocupação atual considerando até três hierarquias institucionais, deverá vir como nota de rodapé, seguindo a ordem da numeração arábica dos nomes dos autores;
- Indicação do **autor correspondente** (nome, e-mail);
- **Contribuições dos autores**, segundo critérios do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) que recomenda as seguintes contribuições: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada;
- **Fontes de financiamento** se houver;
- **Agradecimentos** se houver;
- Informação se existe **conflitos de interesse** por parte dos autores; e
- Indicação de **manuscrito extraído de dissertação ou tese**, informando título, ano de defesa, programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada, quando pertinente.

2 - DOCUMENTO PRINCIPAL – com o material a ser submetido

Não deverá ter nenhuma identificação dos autores e o arquivo deve ser em word

- **Tipo de artigo** conforme o padronizado pela Revista;
- **Título em negrito, apenas com a primeira letra em caixa alta** com no máximo 15 palavras, sem siglas, sem local e sem tipo de estudo (como revisão integrativa ou relato de experiência), e com no máximo 15 palavras;
- **Título, Resumo e Descritores** devem ser estruturados, nos três idiomas (português, inglês e espanhol), na sequência.
- **Resumo** contendo: Resumo, título, objetivos, metodologia, resultados e conclusões, com no máximo 200 palavras. Não deve conter siglas e citações de autores. Ensaio clínico deverá apresentar o número do registro no final do resumo.
- **Descritores** devem ser de três a cinco nos três idiomas (português, inglês e espanhol), após cada resumo, separados por ponto e vírgula, com a primeira letra maiúscula e de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS (<http://decs.bvs.br>) ou o Medical Subject Heading – MeSH (www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh).

- **Corpo do manuscrito:** Deve ser estruturado com Introdução, Método, Resultados, Discussão, Limitações do estudo, Contribuições para a prática, Conclusão ou Considerações Finais e Referências. Os artigos de opinião, reflexão e relato de experiência poderão assumir outros formatos.

- A **Introdução** deverá abordar brevemente o problema estudado, justificando sua importância e as lacunas do conhecimento, com base na literatura nacional e internacional atualizada. O **Objetivo**, apresentado no final da introdução, deverá estabelecer a questão principal do estudo e ser igual ao apresentado no resumo.

- O **Método** deverá ser apresentado em tópicos: Tipo de estudo (especificando a abordagem e desenho); Local do estudo (descrever cenário, se pertinente); Participantes do estudo (população e amostra), com definição dos critérios de seleção (inclusão e exclusão); Coleta de dados – instrumento(s) e procedimentos de coleta (período de coleta e descrição das etapas); Procedimentos de análise e tratamento dos dados quanti e/ou qualitativos; Aspectos éticos (descrição dos aspectos éticos e **incluir número do CAAE da Plataforma Brasil**).

*Não há necessidade de referenciar no texto as Resoluções 466/2012 ou 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. No entanto, deve-se mencionar o seu cumprimento.

- Os **Resultados** deverão apresentar e descrever somente os dados encontrados, sem interpretações ou comentários. Poderão ser acompanhados por tabelas, quadros e figuras, destacando o que é mais importante, sem repetição de dados. Em caso de depoimentos (frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa qualitativa), utilizar itálico e apresentá-los em novo parágrafo, com recuo à Direita, parágrafo 1,5 linha e letra 10. A identificação dos sujeitos deve ser codificada e estar entre parênteses, sem itálico, de forma a preservar a identidade dos mesmos.

- A **Discussão** deverá ser restrita aos resultados apresentados, enfatizando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo as concordâncias e as divergências com a literatura nacional e internacional.

- As **Limitações do Estudo** devem ser apresentadas de maneira sucinta em tópico específico.

- As **Contribuições para a Prática** devem ser apresentadas após as limitações do estudo, em um novo tópico, também de forma sucinta.

- A **Conclusão ou Considerações Finais** deverão ser claras e objetivas, respondendo diretamente aos objetivos e/ou hipóteses do estudo, com base nos resultados e na discussão. Não deverão conter referências.

- **Referências** – utilizando modelo Vancouver. Veja abaixo mais instruções.

3 - DOCUMENTO CONJUNTO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS E DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE - assinado por todos os autores e em pdf

Disponível em: Modelo de Documento Conjunto de Transferência de Direitos Autorais e Declaração de Responsabilidade

4 – DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Anexar a autorização completa emitida CEP/Plataforma Brasil, onde consta o número do CAAE.

ILUSTRAÇÕES

- **As Ilustrações** (tabelas, quadros e figuras), **limitadas a no máximo cinco**, devem estar inseridas no corpo do texto, na ordem de apresentação, numeradas consecutivamente, com algarismos arábicos. A numeração sequencial é separada por tabelas, quadros e figuras. O título das ilustrações deve ser breve, inserido na parte superior e as notas, quando necessárias, estarem após a identificação da fonte.

Em caso do uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados sem apresentar permissão, por escrito (Termo de Autorização de Uso de Imagem), para fins de divulgação científica. As ilustrações precisam ser claras para permitir sua reprodução em 8 cm (largura da coluna do texto) ou 17 cm (largura da página), em alta definição (de 150 a 300 dpi).

Para ilustrações extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas, encaminhando-a na submissão dos manuscritos, como documento suplementar.

Não há necessidade de inserir a fonte, quando as tabelas, quadros e figuras tiverem resultados do próprio estudo.

DESENHOS DE PESQUISA:

A Revista Enfermagem em Foco adota como estratégias de qualificação para a publicação de estudos de pesquisa, tais como as da *Organização Mundial da Saúde (OMS)*, *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)* e *Enhancing the Quality and Transparency of Health Research (EQUATOR network)*. Tais estratégias favorecem o potencial de publicação e sua utilização em referências em pesquisas.

A seguir, apresentam-se alguns protocolos internacionais validados a **serem utilizados**, conforme o desenho da pesquisa:

Ensaio clínico: CONSORT <http://www.consort-statement.org/downloads> e identificação de Registros de Ensaio Clínico validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (www.icmje.org). O número de identificação deve constar no final do resumo.

Revisões sistemáticas e meta-análises: PRISMA <http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/Checklist.aspx>.

Estudos observacionais em epidemiologia: STROBE http://stroke-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf

Estudos qualitativos: COREQ <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>

REFERÊNCIAS

As **Referências** da revista devem seguir o estilo “Vancouver”, disponível no endereço eletrônico (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

A lista de referências deve ser enumerada, consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos, de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto, sem a menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por hífen, a exemplo: ¹⁻⁴. Quando intercaladas, deverão ser separados por vírgula, ex.: ^{1-2,4}.

A numeração das referências deve ser sobrescrita em números sequenciais sem parêntesis e após o ponto final ou vírgula quando aplicável.

As citações textuais devem ser descritas entre aspas, sem itálico e na sequência do texto.

É recomendado que, pelo menos, 50% das referências sejam de artigos publicados em periódicos, nos últimos cinco anos, indexados em bases de dados nacionais e internacionais.

Os autores devem evitar a citação de literatura cinzenta (documentos oficiais, livros, manuais etc.) não indexada e de difícil acesso à comunidade científica.

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com: *List of Journals Indexed for MEDLINE* (<https://www.nlm.nih.gov/bsd/journals/online.html>). Para os periódicos que não se encontram nesse *site*, poderão ser utilizadas as abreviaturas do Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas (CCN), do IBICT, disponível em: <http://ccn.ibict.br/busca.jsf> e o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da BVS, disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br>.

Referências de artigos de periódicos brasileiros bilíngues ou trilingües devem ser citadas no idioma inglês.

Incluir pelo menos duas citações de artigos da Revista Enfermagem em Foco.

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

OUTRAS INFORMAÇÕES

- **O uso de siglas deve ser evitado e, quando utilizadas, devem** ser citadas por extenso na primeira vez que aparecerem no texto. Não utilizar plural em siglas.

- Utilizar **negrito** para destaque e *itálico* para palavras estrangeiras e nomenclaturas relativas classificação científica, taxonomia ou classificação biológica, que designam os grupos ou categorias de espécies de seres vivos.

- **Errata:** caso os autores identifiquem a necessidade de uma errata após a publicação do artigo, devem enviá-la imediatamente à Secretaria da Revista por *e-mail*. O prazo máximo para a solicitação de errata é de 30 dias após a publicação do artigo.

