



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

**ALLINE KARLLA PÉRICLES PEREIRA**

**O USO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO EM SALA DE VACINA**

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

**2017**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**  
**ENFERMAGEM**  
**NÚCLEO DE ENFERMAGEM**

**ALLINE KARLLA PÉRICLES PEREIRA**

**O USO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO EM SALA DE VACINA**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientador:** Maria Amélia de Souza

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

**2017**

ALLINE KARLLA PÉRICLES PEREIRA

**O USO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO EM SALA DE VACINA**

TCC apresentado ao Curso Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 06 /11/ 2017.

**BANCA EXAMINADORA**

Profº. Dr. Eliane Rolim de Holanda  
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Dr. Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros  
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Dr. Sueli Moreno Senna  
Universidade Federal de Pernambuco

## RESUMO

**Objetivo:** avaliar o uso do brinquedo terapêutico como estratégia de humanização na sala de vacina. **Método:** trata-se de um estudo analítico e observacional, quase-experimental, de abordagem quantitativa, realizada na cidade de Feira Nova, Pernambuco. A amostra constituiu-se de 24 crianças. Os dados foram obtidos na observação da criança durante a vacinação e entrevista semi-estruturada. **Resultados:** Predominou o sexo feminino com 19 (79,2%), faixa etária entre 4 e 6 anos, sendo a maioria de raça parda 19 (79,1%), 7 (29,2%) responsáveis direto da criança apresentavam escolaridade com Ensino Médio completo e 13 (54,2%) famílias pertencem a classe econômica C. Na comparação entre os grupos (experimental e controle) observadas pela pesquisadora, 8 (66,7%) crianças do grupo experimental apresentaram expressões satisfatórias com redução de dor por meio da escala de faces ( $p = 0,009$ ). No entanto, no grupo controle 11 (91,7%) crianças demonstraram expressões insatisfatórias da escala de faces ( $p < 0,05$ ). **Conclusão:** O brinquedo terapêutico apresentou maior êxito no grupo que foi preparado anteriormente para a vacinação, evidenciando maior aceitação ao procedimento e cooperação espontânea com o profissional de saúde, e possibilitando a criança redução nas expressões faciais de dor.

Palavras-chave: Criança. Vacina. Humanização.

## ABSTRACT

**Objective:** to evaluate the use of the therapeutic toy as a humanization strategy in the vaccine room. **Method:** this is an analytical and observational, quasi-experimental, quantitative approach, performed in the city of Feira Nova, Pernambuco. The sample consisted of 24 children. Data were obtained on the observation of the child during the vaccination and semi-structured interview. **Results:** The predominance of females was 19 (79.2%), between the ages of 4 and 6 years, with a majority of the brown race (79.1%), 7 (29.2%) direct parents with a high school level and 13 (54.2%) families belong to economic class C. In the comparison between the experimental and control groups observed by the researcher, 8 (66.7%) children in the experimental group presented satisfactory expressions with reduction of pain through the face scale ( $p = 0.009$ ). However, in the control group 11 (91.7%) children showed unsatisfactory expressions on the face scale ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** The therapeutic toy was more successful in the group that was previously prepared for vaccination, showing greater acceptance of the procedure and spontaneous cooperation with the health professional, and allowing the child to reduce facial expressions of pain.

Keywords: Child. Vaccine. Humanization.

## SUMÁRIO

ARTIGO .....	6
INTRODUÇÃO .....	6
MATERIAIS E MÉTODOS .....	8
CONCLUSÃO .....	12
REFERÊNCIAS.....	13
ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA.....	16
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA ( <i>opcional</i> ).....	20

## ARTIGO

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA REVISTA **REUOL**, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM EM ANEXO.

## INTRODUÇÃO

A humanização da assistência tem como ponto norteador às práticas de atenção à saúde e à gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), dessa forma criou-se estratégias para o coletivo, na busca da valorização do sujeito como cidadão, afastando da perspectiva filantrópica e alcançando o que é preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH) criada em 2003 pelo Ministério de Saúde.<sup>1</sup> Por essa razão, a assistência humanizada à criança precisa que o cuidado prestado, seja além da técnica ou procedimento, mas que alcance a dimensão humana e lúdica do universo da criança, promovendo segurança e completa interação.<sup>2</sup>

Existem várias estratégias de humanização, que podem ser usadas isoladamente ou em conjunto, uma delas é o uso do brinquedo terapêutico (BT), que é uma forma de interagir, tirar a tensão, o medo e o receio que a criança tem em relação aos serviços de saúde.<sup>3</sup>

Existem três modalidades do BT: instrucional, catártico ou dramático e capacitador de funções fisiológicas. O BT instrucional, explica como são os procedimentos para a criança, fazendo com que ela entre em contato com os materiais que serão utilizados, possa manuseá-los e aplicar o que foi aprendido com o profissional de saúde. O BT catártico ou dramático, é aquele no qual a criança descarrega tudo que está sentindo, expondo suas emoções, desejos,

sentimentos e as experiências vivenciadas, brincando e assumindo papéis como do pai, mãe ou profissional e que, dessa forma, promova maior compreensão da situação e consiga mudar seu comportamento. O BT capacitador de funções fisiológicas, faz com que a criança participe de uma atividade lúdica, na busca de melhorar o seu estado físico, utilizando as capacidades fisiológicas de acordo com suas possibilidades, podendo aceitar assim, novas condições de vida.<sup>4-5</sup>

O BT Instrucional é o mais usado na literatura nacional, com o objetivo de prestar bem-estar à criança para o procedimento que posteriormente irá submeter-se, promovendo compreensão e cooperação com o profissional de saúde, sendo além de um instrumento de recreação, com a perspectiva de amenizar a ansiedade e tensão da criança na realização de procedimentos, tais como: vacinação, administração de medicamentos, curativo, coleta de sangue, inserção de drenos e entre outros.<sup>5</sup>

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), dispõe sobre a utilização da técnica do Brinquedo/ Brinquedo Terapêutico pela equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada, sendo dever do enfermeiro prescrever e supervisionar os seus técnicos/auxiliares a fazerem uso dessa técnica.<sup>6</sup>

O “brincar” funciona de forma terapêutica, utilizando de princípios lúdicos, servindo como caminho de troca de comunicação entre o profissional e a criança. Identificando a particularidade de cada uma, para possibilitar a revelação de pensamentos, sentimentos, diversão e espontaneidade, conseguindo facilitar o objetivo estabelecido pelo lúdico e o brinquedo terapêutico.<sup>7</sup>

A equipe de enfermagem deve utilizar essa ferramenta, quer seja no hospital ou na atenção básica, para prestar um cuidado diferenciado e fazer com que a criança aprenda brincando e que se sinta aconchegada durante a consulta ou

hospitalização, pois, sabe-se que a brincadeira faz parte do crescimento e do desenvolvimento de cada criança, e o contato com o brinquedo em um ambiente hospitalar ou na atenção básica, torna a sua passagem mais dinâmica, fazendo com que os procedimentos sejam realizados causando o mínimo possível de sofrimento e sequelas psicológicas na criança, onde, a mesma pode levar a lembrança para o resto da sua vida, construindo um conceito negativo ou positivo acerca do seu atendimento de acordo com o cuidado realizado.<sup>7-8</sup>

Neste contexto, estudos que aplicaram o BT tanto na atenção primária quanto na hospitalar se mostraram satisfatórios no que concerne a colaboração da criança ao procedimento, demonstrando compreensão e causando menos traumas.<sup>9-</sup>

<sup>10</sup> Porém, a utilização do brinquedo terapêutico, em grande parte é demonstrada no ambiente hospitalar, pois é o local onde a criança passa um maior período de internação, contudo, observa-se que a criança passa rotineiramente por outros serviços de saúde como a Unidade de Saúde da Família (USF), para consultas de puericultura e atualização do seu cartão de vacina. No entanto, há uma incipiência de pesquisas nesse locus. Na prática, não é observado efetivamente o uso do BT na atenção básica, principalmente em sala de vacina, onde a criança tem receio em relação a sua aplicação por se tratar de um procedimento invasivo e doloroso.<sup>11</sup>

Dessa forma, o objetivo desse estudo foi avaliar o uso do brinquedo terapêutico como estratégia de humanização na sala de vacina.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo analítico e observacional, quase-experimental, de abordagem quantitativa, realizada na Unidade Básica de São José da Cachoeira

durante o período de junho a agosto de 2017 na cidade de Feira Nova, Pernambuco.

A faixa etária estabelecida de crianças foi entre 4 e 6 anos acompanhadas pela enfermeira da Unidade Básica. A amostra inicial era de 40 crianças, sendo excluídas 3 crianças que apresentaram resistência extrema ao BT, 7 responsáveis pela criança não concordaram em participar da pesquisa e 6 crianças apresentaram alguma contraindicação para vacinação, dessa forma totalizando uma amostra final de 24 crianças. A escolha da faixa etária justifica-se pelo fato desse grupo ser elegível para a aplicação do BT e por estar em idade de vacinação conforme o calendário nacional de imunização e campanhas do Ministério da Saúde.

As crianças elegíveis foram divididas em dois grupos, o grupo experimental (GE) com 12 crianças que participaram da sessão de brinquedo terapêutico do tipo instrucional antes da vacinação e o grupo controle (GC) com 12 crianças, que não recebeu nenhum tipo de preparo e seguiu a rotina da sala de vacina. Os critérios para alocar a criança no grupo controle ou grupo experimental foi por meio da livre demanda de crianças a Unidade Básica e também aquelas que necessitavam atualizar o cartão vacinal, ambas de forma aleatória. Aquelas que apresentavam as cadernetas de vacina desatualizadas, baseados pelo cartão espelho, foram convidadas pela pesquisadora a comparecerem a unidade.

A coleta foi realizada por meio da observação da criança durante a vacinação e entrevista com seu responsável no consultório de enfermagem, após o responsável legal assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para registro dos dados, foram utilizados dois formulários e a Escala de Dor de Faces (EF).

O primeiro formulário aplicado foi o de dados de identificação e sociodemográficos, que continha perguntas sobre a criança e a família tais como: nome do responsável; nome da criança; data de nascimento; início e término de tempo usado para preenchimento do formulário; e os dados sociodemográficos analisando as variáveis dependentes e independentes tais como: sexo, idade em anos e meses completos, etnia, escolaridade do responsável direto da criança; Classe econômica; caderneta de vacinação (se atualizada ou não atualizada); vacina aplicada (via de aplicação, se oral, intramuscular, tipo de vacina e se a vacina é do calendário vacinal ou de campanha).

O segundo formulário, consistiu em uma entrevista semi-estruturada, que obteve informações sobre o que o responsável legal achou sobre o uso do Brinquedo Terapêutico, utilizando a pergunta norteadora: O que o(a) senhor (a) achou da aplicação do brinquedo terapêutico no momento da realização da vacina? Sendo a resposta da entrevista transcrita na íntegra.

Após informar a criança e seu responsável do estudo e da participação dela, aquelas selecionadas aleatoriamente para o grupo experimental foram convidadas a brincar. A sessão de brinquedo terapêutico instrucional foi realizada individualmente no consultório de enfermagem, utilizando-se dois bonecos de sexos diferentes (masculino e feminino), no qual a criança teria preferência de escolha para a sessão do BT, confeccionados de feltro e algodão pela pesquisadora, uma seringa e uma agulha confeccionada de biscuit, orientando sempre a criança para que não manuseie esses materiais em casa.

Inicialmente, foi demonstrado o procedimento no boneco(a), solicitando a participação da criança que, ao final da dramatização, foi convidada a repetir a brincadeira. Após a sessão de brinquedo terapêutico instrucional, as crianças e seus

acompanhantes foram encaminhados à sala de vacinação, onde foi observada a reação da criança individualmente, durante a aplicação da vacina. Já as crianças do grupo controle e seus acompanhantes foram encaminhados diretamente à sala de vacinação, no qual foram observadas suas reações durante o procedimento.

Durante a aplicação da vacina, a pesquisadora avaliou o nível de intensidade da dor da criança por meio da Escala de Dor de Faces no grupo experimental (após a sessão com BT) e a do grupo controle (sem a sessão com BT), classificando dessa forma cinco faces, com uma mímica representada em cada desenho. A graduação de cada face representa, sendo 1 (sem dor, face feliz e sem choro), 2 (dor leve e face sem reação com ou sem choro fraco), 3 (dor média e face triste e choro fraco), 4 (dor forte, face muito triste e choro forte), 5 (dor máxima, face irritada com choro intenso), sendo posteriormente recategorizada da seguinte forma: A graduação da escala de faces de 1 a 3 foi considerada satisfatória quanto ao nível de intensidade da dor, portanto entendida como estratégia de humanização e a graduação da escala de faces 4 e 5 foi considerada insatisfatória relacionada ao nível de intensidade de dor provocada na criança.

Posteriormente ao procedimento da vacinação, solicitou-se ao grupo experimental a identificação pela criança da melhor expressão na Escala de Dor de Faces para a intensidade da dor vivenciada.

Para a análise de dados, foram utilizados os Softwares SPSS 13.0 (StatisticalPackage for the Social Sciences) para Windows e o Excel 2010. Os resultados foram apresentados em forma de tabela com suas respectivas frequências absoluta e relativa. As variáveis numéricas apresentadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão, verificando a existência de associação pelo Teste Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fisher e comparando os

dois grupos estudados pelo Mann-Whitney (Não Normal), Os testes foram aplicados com 95% de confiança.

Em cumprimento à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas integrando seres humanos, esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, sob o CAAE nº 57904216.5.0000.5208. Todos os responsáveis pela criança, foram explicados os objetivos da pesquisa, assim como foram feitas a leitura do termo de consentimento e a solicitação da assinatura do responsável pela criança.

## **CONCLUSÃO**

A aplicação do BT apresentou maior êxito no grupo que foi preparado anteriormente para a vacinação, evidenciando maior aceitação ao procedimento e cooperação espontânea com o profissional de saúde, possibilitando a criança redução nas expressões faciais de dor. Nesse contexto, a utilização do BT assegurou, nesse momento, uma assistência humanizada na atenção básica.

As crianças que não receberam nenhum preparo antes da vacinação com o brinquedo instrucional, mostraram-se insatisfeitas e com baixa aceitação ao procedimento, obtendo-se expressões faciais intensas de dor, falta de colaboração e ineficiente comunicação com o profissional durante a técnica.

As dificuldades encontradas durante a pesquisa foram basicamente o número reduzido de crianças elegíveis para a participação na pesquisa, recusa ou resistência dos pais/responsáveis legais para cooperar com o estudo, ausência de vacinas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) o que conseqüentemente prolongou o período de coleta de dados e também quanto a aceitação e adesão do BT pelo

enfermeiro, por ser uma técnica que demanda tempo e o profissional de saúde ser responsável por outras funções e competências na Atenção Primária a Saúde (APS).

Por isso, conclui-se que o uso do BT é uma técnica de sucesso com resultados favoráveis na prática da atenção primária a saúde, embora, na maioria das vezes, não seja utilizado rotineiramente como estratégia de humanização nesse locus.

Observou-se ainda, que a literatura científica é frágil de pesquisas que utilizam o brinquedo terapêutico na USF, situação que necessita ser avaliada e discutida para prestar um cuidado transformador, humanizado e eficaz na atenção a criança.

## REFERÊNCIAS

1. Freitas FDS, Ferreira MA. Humanization knowledge of undergraduate nursing students. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 [cited 2017 Sept 03];69(2):261-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690211i>
2. Santos MR, Silva L, Misko MD, Poles K, Bousso RS. Desvelando o cuidado humanizado: percepções de enfermeiros em oncologia pediátrica. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2013 Jul-Set [cited 2017 Sept 03];22(3):646-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a10.pdf>
3. Souza LPS, Silva CC, Brito JCA, Santos APO, Fonseca ADG, Lopes JR, et al. O brinquedo terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem. J Health Sci Inst [Internet]. 2012 [cited 2017 Sept 03];30(4):354-8. Available from:

[https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/04\\_out-dez/V30\\_n4\\_2012\\_p354a358.pdf](https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/04_out-dez/V30_n4_2012_p354a358.pdf)

4. Silva RD, Austregésilo SC, Ithamar L, Lima LS. Therapeutic play to prepare children for invasive procedures: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2017 [cited 2017 Sept 04];93:6---16. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.06.005>
5. Francischinelli AGB, Almeida FA, Fernandes DMS. Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência a crianças hospitalizadas: percepção de enfermeiro. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2017 Sept 10];25(1):18-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/v25n1a04.pdf>
6. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº. 546, de 9 de maio de 2017. Atualiza Norma para Utilização da Técnica do Brinquedo/Brinquedo Terapêutico pela Equipe de Enfermagem na Assistência à Criança Hospitalizada. *Diário Oficial da União* 17 maio 2017; Seção 1.
7. Caleffi CCF, Rocha PK, Anders JC, Souza AIJ, Burciaga VB, Serapião LS. Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 jun [cited 2017 Sept 10]; 37(2): e5813. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/19831447.2016.02.58131>.
8. Santos DR, Bonfim CM, Mazza VA, Wall ML, Mercês NNA. Processo de brincar da criança hospitalizada guiado pelo modelo lúdico. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2014 Jul/Set [cited 2017 Sept 10]; 19(3):617-20. Available from: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v19n3/26.pdf>

9. Paladino CM, Carvalho R, Almeida FA. Brinquedo terapêutico no preparo para a cirurgia: comportamentos de pré-escolares no período transoperatório. *Revs Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2017 Sept 10]; 48(3):423-9. Doi: 10.1590/S0080-623420140000300006
10. Pontes JE, Tabet E, Folkmann MAS, Cunha MLR, Almeida FA. Brinquedo terapêutico: preparando a criança para a vacina. *einstein* [Internet]. 2015 [cited 2017 Sept 10]; 13(2):238-42. Doi: 10.1590/S1679-45082015AO2967
11. Lemos I, Oliveira J, Gomes E, Silva K, Silva P, Fernandes G. Brinquedo terapêutico no procedimento de punção venosa: estratégia para reduzir alterações comportamentais. *Rev Cuid* [Internet]. 2016 [cited 2017 Sept 15]; 7(1): 1163-70. Doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.303>
12. Nicola GDO, Freitas HMB, Gomes GC, Costenaro RGS, Nietzsche EA, Ilha S. Cuidado lúdico à criança hospitalizada: perspectiva do familiar cuidador e equipe de enfermagem. *J. res.: fundam care* [Internet]. online 2014. abr./jun. [cited 2017 Oct 03]; 6(2):703-715. Doi: 10.9789/2175-5361.2014v6n2p703
13. Yokokura AVCP, Silva AAM, Bernardes ACF, Filho FL, Alves MTSSB, Cabral NAL. Cobertura vacinal e fatores associados ao esquema vacinal básico incompleto aos 12 meses de idade, São Luís, Maranhão, Brasil, 2006. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 mar [cited 2017 Oct 03]; 29(3):522-534. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n3/a10v29n3.pdf>
14. Bós AJG, Mirandola AR. Cobertura vacinal está relacionada à menor mortalidade por doenças respiratórias. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 03]; 18(5):1459-1462. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/31.pdf>

15. Portal da Saúde [base de dados na internet]. Brasília(DF): [acesso em 2017 out 03]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/svs/influenza>
16. 19<sup>a</sup> Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza. Brasília(DF): [acesso em 2017 out 03]. Disponível em: [http://pni.datasus.gov.br/sipni/03%2003%202017%20Informe\\_Cp\\_Influenza%20\\_%20final.pdf](http://pni.datasus.gov.br/sipni/03%2003%202017%20Informe_Cp_Influenza%20_%20final.pdf)
17. Reis LS, Silva EF, Waterkemper R, Lorenzini E, Cecchetto, FH. Humanization of healthcare: perception of a nursing team in a neonatal and paediatric intensive care unit. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 05];34(2):118-124. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a15.pdf>
18. Penia MNM, Oselame GB. The hospital care humanization: integrative review. Rev Enferm UFPI [Internet]. 2015 Oct-Dec [cited 2017 Oct 05];4(4):94-99. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/3530/pdf>

## ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA

### Diretrizes para Autores

Estrutura dos artigos

FORMATO: Word.doc

TÍTULO (somente no idioma original)

AUTORES (1-8, explícitos no artigo e em METADADOS da submissão)

RESUMO (somente no idioma original)

DESCRITORES (Português/Inglês/Espanhol)

CREDENCIAIS DOS AUTORES (explícitas no artigo)

AUTOR RESPONSÁVEL PELA CORRESPONDÊNCIA (endereço completo)

Em todos os artigos usem os termos das seções **INTRODUÇÃO, MÉTODO, RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO, REFERÊNCIAS**. Os **AGRADECIMENTOS** e **FINANCIAMENTO** deverão constar antes das **REFERÊNCIAS**, se constarem no artigo.

Os requisitos mínimos para um manuscrito se qualificar para revisão são de que foi preparado seguindo rigorosamente as **NORMAS** de formatação, estrutura e estilo da Revista, em formato **WORD.doc**, escrito em um bom português e a coleta de dados não ter ocorrido há mais de 3 anos. Os manuscritos que não tenham cumprido estes requisitos são **RECUSADOS** e **ARQUIVADOS**.

Os seguintes documentos devem ser anexados na Reuol:

1. Artigos em uma das categorias **ORIGINAL, RELATO DE CASO CLÍNICO, RELATO DE EXPERIÊNCIA/ESTUDO DE CASO, NOTA PRÉVIA** - que envolvam **SERES HUMANOS**, anexar os documentos (a), exceto dados de domínio público, e (b); o de **REVISÃO SISTEMÁTICA (Metanálise)**, apenas o (b) e (c):

a) **CÓPIA DA APROVAÇÃO** do Projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa/CEP ou declaração informando que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos ( ).

b) **FORMULÁRIO** de \_\_\_\_\_ declaração \_\_\_\_\_ (download em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/authorship\\_responsibility.doc](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/authorship_responsibility.doc))

c) **Checklist e fluxograma PRISMA**: envio obrigatório para as revisões sistemáticas e metanálises. Fazer o download dos dois documentos nos links disponíveis - PRISMA em MS Word ([checklist](#) e [fluxograma](#)); utilizá-los na preparação do artigo, preenchê-los; enviá-los durante a submissão.

◆ **LAYOUT DA PÁGINA:**

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

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

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

◆ **NÃO USAR**: rodapé, notas, espaçamento entre parágrafos, não separar nem numerar as seções e subseções do artigo

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

◆ **IDIOMAS**: Português e/ou Inglês e/ou Espanhol. Em se tratando de tradução\* o artigo o ORIGINAL deve ser encaminhado também como documento suplementar ou em arquivo único (ORIGINAL + TRADUÇÃO). \*Com o parecer de APROVADO, a LISTA com os nomes dos REVISORES/TRADUTORES é enviada após finalizado o processo de avaliação por pares.

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

◆ **NÚMERO DE PÁGINAS:**

1) **30 PÁGINAS** (excluindo-se página inicial, agradecimentos e referências);

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

### 3) MARGENS LATERAIS DO TEXTO: 0,5 cm.

♦ **TÍTULO:** somente no idioma do artigo, com 12 ou menos palavras; **NÃO EMPREGAR:** siglas e elementos institucional, do universo geográfico, de dimensão regional, nacional ou internacional. Apresentar apenas os elementos do OBJETO DE ESTUDO ou dos DESCRITORES DeCS: <http://decs.bvs.br>

♦ **AUTORES:** 1-8 no máximo, explícitos no artigo.

Nome completo de cada um, separados por vígulas, numerados sobrescritos. \*Ex: Ednaldo Cavalcante de Araújo<sup>1</sup>, Maria Prado<sup>2</sup>

♦ **RESUMO:** somente no idioma original, NÃO MAIS que 200 palavras. Deve-se iniciar e sequenciar o texto com letra minúscula após os seguintes termos: **Objetivo: Método: Resultados: Conclusão: \*\*Descritores/Descriptors/Descriptoros** (apresentar 6 (seis) com as iniciais em letra maiúscula (exceto os termos conectivos), separados por ponto e vírgula (;): \*Devem ser extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde](http://decs.bvs.br)" (DeCS: <http://decs.bvs.br>), e/ou do *Medical Subject Headings (MESH)*: <https://meshb.nlm.nih.gov/search>).

\***MÉTODO** – qualitativo, quantitativo ou misto, tipo de estudo, população/amostra, instrumento de coleta/análise dos dados.

\***MÉTODO – Revisão Sistemática de Literatura:** elaboração da pergunta de pesquisa; busca na literatura; seleção dos artigos; extração dos dados; avaliação da qualidade metodológica; síntese dos dados (metanálise); avaliação da qualidade das evidências; e aprimoramento, redação e publicação dos resultados.

\* **MÉTODO – Revisão Integrativa de Literatura:** tipo de estudo; delimitação temporal; fonte de busca (bases de dados, bancos de dados, repositórios, coleções de bibliotecas virtuais); os procedimentos adotados para a análise crítica dos estudos; apresentação da revisão.

### DESCREVER AS CREDENCIAIS DOS AUTORES

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

\*Ex: <sup>1</sup>Enfermeiro, Professor Doutor, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco/PPGENF/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: [reuol.ufpe@gmail.com](mailto:reuol.ufpe@gmail.com)

\*Autor responsável para troca de correspondência: nome completo, endereço completo (Rua; Av.; Bairro; Cidade; CEP, Estado (sigla); País

♦ **TEXTO:** manuscritos nas seções **Original, Relato de experiência/Estudo de caso, Estudo de caso clínico, Análise reflexiva, Informativo, Nota prévia, Revisões de literatura sistemática\* e integrativa\*** devem apresentar: INTRODUÇÃO, OBJETIVO, MÉTODO, RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO, AGRADECIMENTOS (opcional); FINANCIAMENTO (se tiver), REFERÊNCIAS (Estilo Vancouver: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

\*A categoria ABSTRACT terá estrutura igual ao texto extraído do estudo original, porém as **REFERÊNCIAS** são obrigatórias.

\***Método** – qualitativo, quantitativo ou misto; tipo de estudo; população; amostra; critérios de inclusão/exclusão da amostra; o instrumento de coleta de dados; os procedimentos para a coleta e análise dos dados; citação da aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa e número do CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética.

\***Método – Revisão Sistemática de Literatura** – elaboração da pergunta de pesquisa; busca na literatura; seleção dos artigos; extração dos dados; avaliação da qualidade metodológica; síntese dos dados (metanálise); avaliação da qualidade das evidências; e aprimoramento, redação e publicação dos resultados.

\***Método – Revisão Integrativa de Literatura** – elaboração da pergunta de pesquisa, delimitação temporal, instrumento de coleta de dados, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados (instrumento usado), avaliação dos estudos incluídos na revisão (instrumento usado para avaliar o RIGOR METODOLÓGICO e VIÉS DOS ESTUDOS), classificação dos níveis de evidências dos artigos a serem analisados (CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE EVIDÊNCIA), processo de análise dos estudos/interpretação dos resultados, apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

♦ **TABELAS** (conjunto **TABELAS + FIGURAS = 05**): devem ser elaboradas para reprodução direta pelo Editor de Layout, elaboradas em cores (use as várias tonalidades de tabelas em cores verde oferecidas automaticamente pelo Office), inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto, conteúdo em fonte 12 com a primeira letra em maiúscula. Se usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Não usar linhas horizontais ou verticais internas. Colocar material explicativo em notas abaixo da tabela, não no título. Explicar em notas todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela.

♦ **ILUSTRAÇÕES** (conjunto **FIGURAS + TABELAS = 05**): fotografias, desenhos, gráficos e quadros são considerados **FIGURAS**, que devem ser elaboradas em cores (use as várias tonalidades do verde). O título deve ser grafado com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte inferior. A numeração é consecutiva, com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto. As figuras devem ser elaboradas nos Programas Word ou Excel permitindo acesso ao conteúdo e não serem convertidas em figura do tipo JPEG, BMP, GIF, etc. Os dados devem estar explícitos (n e %). Enviar as planilhas do Excel quanto da submissão do artigo.

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

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

Nas citações diretas até três linhas incluí-las no texto, entre aspas (sem itálico) e referência correspondente conforme exemplo: 13:4 (autor e página); com mais de três linhas, usar o recuo de 1 cm, letra tamanho 12 e espaçamento 2,0 entre linhas (sem aspas e em itálico), seguindo a indicação de autor e data.

Depoimentos: na transliteração de comentários ou de respostas, seguir as mesmas regras das citações, porém em itálico, com o código que representar cada depoente entre parênteses.

♦ **REFERÊNCIAS**: de acordo com o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – Estilo Vancouver: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

♦ **NÚMERO DE REFERÊNCIAS**: 30 (trinta, no máximo, exceto para Revisões Integrativa e Sistemática/Metanálise), sendo 60% de produções publicadas nos últimos 5 anos e destas, 30% nos últimos 3 anos, 10% sem limite temporal.

NÃO USAR o *EndNote*, o software de geração automática de citações e referências bibliográficas.

- Citar 3 (três) referências estrangeiras.
- Não citar teses, dissertações, TCC. Livros e capítulos só devem ser citados os que fundamentam o método de pesquisa (exceto para Revisões Integrativa e Sistemática/Metanálise).
- Para os artigos disponibilizados em Português e Inglês, citar a versão em Inglês)
- Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>.
- Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.
- Na lista de referências, as referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto.
- Referenciar o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto.
- Quando o documento possui de um até seis autores, citar todos, separados por vírgula; quando possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros seguidos da expressão latina “et al”.
- Com relação a abreviatura dos meses dos periódicos consultar: <http://www.revisoeserevisoes.pro.br/gramatica/abreviaturas-dos-meses/> (não considerar o ponto, conforme o Estilo Vancouver recomenda: Jan Feb Mar Apr May June July Aug Sept Oct Nov Dec

**EXEMPLOS:**

1. Santos Junior BJ dos, Silveira CLS, Araújo EC de. Work conditions and ergonomic factors of health risks to the Nursing team of the mobile emergency care/SAMU in Recife City. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2010 Apr [cited 2010 Oct 12];4(1):145-52. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/746>
2. Rozenfeld M, Santos Junior BJ dos, Silveira CLS, Araújo EC de, Loyola Filho AI, Uchoa E, et al. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. Cad saúde pública [Internet]. 2003 [cited 2012 May 10];19(3):717-24. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15875.pdf>
3. Jablonski S. Online Multiple Congenital Anomaly/Mental Retardation (MCA/MR) Syndromes [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); c1999 [updated 2001 Nov 20; cited 2002 Aug 12]. Available from: [http://www.nlm.nih.gov/archive//20061212/mesh/jablonski/syndrome\\_title.html](http://www.nlm.nih.gov/archive//20061212/mesh/jablonski/syndrome_title.html)

**ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA (opcional)**

