

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

GEORGE BARRETO DOS SANTOS
MATEUS MENESES BISPO

**O BRINCAR TERAPÊUTICO NO PREPARO DA CRIANÇA COM CÂNCER
SUBMETIDA A PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA**

Aracaju/SE

2019

GEORGE BARRETO DOS SANTOS

MATEUS MENESES BISO

**O BRINCAR TERAPÊUTICO NO PREPARO DA CRIANÇA COM CÂNCER
SUBMETIDA A PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Msc Aglaé da S. Araújo
Andrade

Aracaju/SE

2019

GEORGE BARRETO DOS SANTOS

MATEUS MENESES BISPO

**O BRINCAR TERAPÊUTICO NO PREPARO DA CRIANÇA COM CÂNCER
SUBMETIDA A PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA**

DATA DE APROVAÇÃO: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

PARECER

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. METODOLOGIA	7
3. RESULTADOS.....	9
4. DISCUSSÃO	10
5. CONCLUSÃO	14
REFERÊNCIAS	15
ANEXOS.....	18

ARTIGO: O BRINCAR TERAPÊUTICO NO PREPARO DA CRIANÇA COM CÂNCER SUBMETIDA A PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA.

AUTORES: MATEUS MENESES BISPO¹; GEORGE BARRETO DOS SANTOS¹; AGLAÉ DA SILVA ARAUJO ANDRADE²

¹ Acadêmico do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, Sergipe. Brasil.

² Enfermeira. Docente da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, Sergipe. Brasil.

RESUMO

No Brasil, o câncer é considerado a principal causa de morte por doenças na população infanto-juvenil. Durante seu tratamento a criança permanece muito tempo hospitalizada, sendo submetida a diversos procedimentos dolorosos resultando em múltiplos impactos na sua vida. A utilização do Brinquedo Terapêutico Instrucional (BTI) pode ser uma estratégia eficaz para lidar com os efeitos negativos da hospitalização. O estudo objetivou avaliar as reações comportamentais, de crianças em um setor de quimioterapia infantil durante a punção venosa periférica, antes e após o uso do BTI. Trata-se de uma pesquisa prospectiva, descritiva de abordagem quantitativa. A amostra constitui-se de 27 crianças entre 3-12 anos. A coleta de dados foi dividida em etapas, a qual a criança era observada durante a punção venosa antes e após as sessões com o BTI tendo suas reações registradas. Antes do uso do BTI as reações que expressam menor aceitação ao procedimento da punção venosa foram observadas em quase todas as crianças. No entanto, após o preparo com o BTI houve uma redução significativa ($p < 0,05$) dessas reações e aumento de reações de maior aceitabilidade ao procedimento. O brincar no hospital, através do brinquedo terapêutico, promove uma maior adaptação da criança ao processo de adoecimento e hospitalização. Ao brincar a criança expressa seus sentimentos, dramatiza papéis, ajuda a encarar a realidade, possibilitando a compreensão e recuperação do autocontrole diante das adversidades. Dessa forma, o BTI contribui significativamente para o fortalecimento e otimização de comportamentos que evidenciam maior aceitação e adaptação de crianças submetidas a punção venosa periférica.

Descritores: Jogos e Brinquedos; Criança Hospitalizada; Enfermagem Pediátrica

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer é considerado a principal causa de morte por doenças na população infanto-juvenil perfazendo um total de 8%. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), foram estimados cerca de 12.500 casos novos na população entre zero a 19 anos de idade. Nessa população, o câncer caracteriza-se por um grupo de diversas doenças que têm em comum o desequilíbrio da proliferação de células anormais. Dentre os tumores diagnosticados com maior frequência, destacam-se as leucemias e os linfomas. Apesar da sua alta incidência, cerca de 80% dos casos podem ser curados, se diagnosticados precocemente e tratados de forma adequada.¹

O tratamento do câncer requer um período prolongado no ambiente hospitalar, que por sua vez, resulta em múltiplos impactos na vida da criança e de seus familiares, sejam eles de cunho físico, espiritual, psicológico ou social. Além disso, diversos sentimentos como: aflições, angustias, medo e incertezas permeiam o cotidiano dessas crianças e de seus familiares.²

Durante o processo de hospitalização a criança vive uma rotina totalmente diferente da que estava habituada, a qual se distancia dos seus familiares, amigos, escola e do lar. Todo esse processo produz uma situação estressante e traumática para a criança, visto que ocorre uma transição de um ambiente harmonioso e aconchegante com entes queridos para um local totalmente diferente constituído de equipamentos, pessoas desconhecidas, barulhos, odores, procedimentos dolorosos, limitação física e passividade.³

Na perspectiva da redução de traumas/danos provocados pelo processo de hospitalização, percebe-se a necessidade de desenvolver estratégias durante a assistência dessas crianças visando um cuidado humanizado e individualizado que busque facilitar a comunicação e o relacionamento entre criança e profissional, como também contribuir para o desenvolvimento do protagonismo da criança, que por sua vez está abalado.⁴

Dentre as estratégias de enfrentamento do tratamento do câncer vem a proposta do brincar no ambiente hospitalar. O ato de brincar é visto como uma atividade inerente da infância. Através da brincadeira a criança alcança o seu desenvolvimento motor, emocional e social, além de que é brincando que o infante aprende sobre si mesmo e sobre o mundo que o cerca. O brincar é algo essencial na vida da criança na qual a mesma utiliza para expressar seus sentimentos, desejos, anseios e dúvidas.^{5,6}

No âmbito da brincadeira no ambiente hospitalar, destaca-se o brinquedo terapêutico (BT). O BT é definido como uma brincadeira estruturada para a criança no intuito de aliviar a ansiedade gerada por experiências atípicas de sua idade, que costumam ser ameaçadoras e requerem mais do que recreação para resolver a ansiedade associada, devendo ser usado todas as vezes que ela tiver dificuldade em compreender e lidar com experiências difíceis ou ainda necessitar-se ser preparada para procedimentos invasivos e/ou dolorosos.⁷

O BT pode ser classificado em três tipos: dramático, instrucional e capacitador de funções fisiológicas. O BT instrucional é o mais difundido na literatura nacional, a sua aplicação possibilita que a criança lide com a experiência do procedimento que será realizado, antes da sua vivência na prática, através da dramatização e isso faz com que a criança se comporte de forma menos apreensiva, favorecendo assim, uma maior aceitação ao procedimento.^{8,9}

Na prática clínica o uso do BT possui inúmeros benefícios para as crianças, equipe de saúde e familiares, entre eles destacam-se: redução da ansiedade, do medo, estresse, maior aceitação aos procedimentos, principalmente os invasivos/dolorosos, otimização do tempo gasto no cuidado, criação de vínculos entre profissional-criança-família proporcionando uma relação de confiança fazendo com que a criança/família fiquem a vontade pra expressar suas dúvidas e anseios.¹⁰⁻¹²

A resolução COFEN nº 0546/2017 assegura ao enfermeiro prescrever e utilizar o BT desde que detenha um embasamento teórico e prático. A sua aplicação é considerada uma intervenção de enfermagem indispensável na assistência à criança, visto que promove inúmeros benefícios e permite ao enfermeiro compreender melhor as reais necessidades e sentimentos da criança, promovendo assim, uma assistência integral, humana e resolutiva.¹³⁻¹⁵

Diante da relevância do tema, o presente estudo teve como principal objetivo identificar as reações comportamentais de crianças em um setor de quimioterapia infantil durante a punção venosa periférica, antes e após o uso do brinquedo terapêutico instrucional.

2. METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa prospectiva, descritiva de abordagem quantitativa sobre a aplicação do BT em crianças em tratamento de quimioterapia. A pesquisa foi realizada em um hospital público, referência em tratamento

oncológico, localizado na cidade de Aracaju, no estado de Sergipe, Brasil, durante os meses de agosto de 2018 à janeiro de 2019.

O estudo avaliou todas as crianças admitidas na unidade de oncologia no período de agosto de 2018 a janeiro de 2019, sendo observadas 27 infantes em faixa etária pré-escolar (3-6 anos) e escolar (7 a 12 anos). Os critérios de inclusão na amostra foram: crianças admitidas no setor de quimioterapia pediátrica na faixa etária de 3 a 12 anos, de ambos os sexos, estando em condições de brincar, consciente e interagindo com o ambiente da pesquisa.

Os critérios de exclusão estabelecidos foram: crianças que não se encaixam na faixa etária citada e aquelas cuja condição clínica, afeta o seu desenvolvimento motor e cognitivo, impedindo dessa forma, aplicar o BT.

A coleta de dados foi dividida em 4 etapas: no primeiro momento o pesquisador coletava dados junto ao prontuário, como a idade, à patologia, medicamento que iria fazer uso e procedimento a ser realizado. Em seguida, caso a criança se enquadrasse nos critérios, o pesquisador abordava a criança e seu responsável explicando-os sobre os objetivos do estudo e sua metodologia. Em concordância com o estudo, os participantes assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido e o termo de assentimento. Em todo momento foi esclarecido que a criança poderia abandonar a pesquisa caso fosse da sua vontade.

No segundo momento, a criança era observada durante a realização do procedimento de punção venosa periférica sem passar por nenhuma sessão com o BT. As reações da criança eram registradas em uma ficha de coleta de dados, validado, baseado na pesquisa de FROTA, M.A. e colaboradores. O instrumento contemplou três aspectos: o primeiro relacionado como dados de identificação da criança, o segundo refere-se a doença e o terceiro é composto pelo registro das reações da criança antes e após as oficinas com o BT.¹⁶

No terceiro momento, a criança era convidada a participar da oficina com o Brinquedo Terapêutico Instrucional. Para sua realização, utilizou-se o protocolo de Martins, Ribeiro, Borba e Silva¹⁷ e os seguintes materiais: boneca, algodão, álcool 70%, gelco, garrote, frasco de soro, equipo, seringa, agulha, esparadrapo, luvas de procedimentos e máscara.

As oficinas duravam cerca de quinze minutos e eram realizadas antes da criança passar por um novo procedimento de punção venosa periférica. Inicialmente era realizado a demonstração da punção venosa na boneca por meio de uma simples dramatização,

orientando a criança sobre cada etapa do procedimento e função dos materiais utilizados. Em seguida, a criança era convidada a realizar o procedimento na boneca, sendo a todo momento estimulada a expressar as suas dúvidas e medos.

No quarto momento, a criança era novamente observada durante um novo procedimento de punção venosa periférica logo após ter participado da oficina com o brinquedo terapêutico instrucional e teve suas reações registradas.

Vale ressaltar que não tinha um intervalo fixo para realização das etapas da coleta de dados, pois dependia da periodicidade do tratamento de cada criança, no entanto, as etapas três e quatro, aconteciam sempre no mesmo dia.

A pesquisa atendeu todas as exigências das diretrizes e normas da pesquisa envolvendo seres humanos, regulamentada pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A mesma teve sua aprovação pelo comitê de ética da Universidade Federal de Sergipe sobre o parecer CAAE nº 6209736.8.000.5548.

Os resultados da coleta foram codificados e posteriormente introduzidos nos bancos de dados, através do programa computacional *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS* (Versão 21.0).

Para análise utilizou-se a estatística descritiva, com frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (medianas e médias aritméticas) e medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão e coeficiente de variação). Nessa etapa também foi utilizado testes como: testes Qui-quadrado de Pearson e Teste t de Student. As informações obtidas foram sintetizadas, classificadas, tabuladas, organizadas em gráficos, consentindo conclusões e interpretações. Sendo adotado um nível de significância de $p < 0,05$.

3. RESULTADOS

De acordo com a análise dos dados coletados percebeu-se que a amostra constituiu majoritariamente de pré-escolares com idade entre três e seis anos, representando 70,4% da amostra final, sendo 29,6% compostos por escolares, com idade entre sete e doze anos. O sexo masculino prevaleceu em relação ao sexo feminino com 55,6% da amostra total.

A maioria das crianças (77,8%) tinham um histórico de hospitalizações anteriores de quatro ou mais vezes e o diagnóstico médico mais prevalente foi o da Leucemia (70,4%) seguido do Linfoma (29,6%).

Em relação às reações comportamentais observadas no estudo (Tabela 1) pode-se perceber que antes do preparo com o BTI a maioria das crianças expressaram reações de menor aceitação ao procedimento, com destaque para: gritar (77,8%); negar (70,4%); chorar (85,2%) e movimentar-se (92,6%). Entretanto, ao utilizar o BTI foi possível observar uma redução significativa dessas reações ($p= 0,02$) e um aumento no número de reações que sugerem uma maior adaptação e aceitabilidade ao procedimento: gritar (18,5%); negar (40,7%); chorar (51,9%); sorrir (22,2%) e ficar quieta (77,8%).

Tabela 1. Reações comportamentais de crianças internadas em um setor de oncologia durante a punção venosa periférica antes e após a utilização do BTI (n= 27). Aracaju/SE, Brasil, 2019.

REAÇÕES COMPORTAMENTAIS	ANTES DO BTI		DEPOIS DO BTI		VARIÂNCIA
	N	%	N	%	
Agressão Física	05	18,5	00	0,0	0,00549
Agressão Verbal	02	7,4	01	3,7	1,58573
Grita	21	77,8	05	18,5	13,99314
Exige	12	44,4	02	7,4	3,03018
Nega	19	70,4	11	40,7	1,15364
Chora	23	85,2	14	51,9	1,98080
Sorri	00	0,0	06	22,2	12,90672
Movimenta-se	25	92,6	06	22,2	22,47462
Fica quieta	02	7,4	21	77,8	62,82030

BTI = Brinquedo terapêutico instrucional

Teste "t" de Student para comparar duas situações (anterior e posterior); p valor = 0,02.

Ao tentar-se realizar o cruzamento das variáveis: sexo, faixa etária e histórico de hospitalização anteriores com as reações comportamentais expressa pela criança após a utilização do BTI, observou-se que não houve uma significância estatística ($p > 0,05$).

4. DISCUSSÃO

No tratamento quimioterápico a criança é constantemente submetida a procedimentos invasivos e dolorosos, sendo a punção venosa periférica o mais frequente e temido entre elas. Todo esse processo provoca estresse, exigindo profundas adaptações às várias mudanças que acontecem no seu dia a dia. Contudo, a situação pode ser amenizada quando se garante

condições que promovam um bem-estar a essas crianças como: presença dos familiares, afetividade por parte dos profissionais, utilização de atividade lúdicas e/ou terapêuticas.¹⁸

É consenso na literatura que o brincar no ambiente hospitalar, através do brinquedo terapêutico, é uma grande estratégia que permite uma maior adaptação da criança ao processo de adoecimento e hospitalização. Ao brincar a criança expressa seus medos, anseios, dúvidas, serve como válvula de escape para o alívio da dor e ansiedade, além de auxiliar a diminuir sentimento de impotência frente a todo esse processo, proporcionando-lhe uma grande melhora no seu bem-estar físico e emocional.^{6,19,20}

A observação de comportamentos que expressam uma menor tensão e maior aceitabilidade ao procedimento da punção venosa após o preparo com o BTI pela maioria das crianças pesquisadas reforça o que foi citado anteriormente. Ao manipular os equipamentos hospitalares durante as sessões com o BTI as mesmas se sentiam protagonistas da situação, questionavam o uso dos dispositivos, retiravam suas dúvidas e davam vida a personagens através das falas: “Agora eu sou a doutora e ela (a boneca) é a paciente”, “Tio, agora eu sou igual a Tia de jaleco, né?” (Técnica de enfermagem do ambulatório), “Tio, eu sou uma super enfermeira, né?”

Nenhuma criança analisada no estudo tinha sido submetida as sessões com BTI anteriormente, no entanto a grande maioria participou de maneira colaborativa das oficinas e não queriam parar de brincar após as sessões, chegando a questionar se poderia levar os equipamentos para casa para realizar com seus pais quando estivessem doentes. Esses achados também foram observados em uma pesquisa realizada na cidade de São Paulo a qual utilizou o BT no preparo de crianças pré-escolares submetidas a procedimentos cirúrgicos.²¹

Apesar do presente trabalho não demonstrar significância estatística ao comparar a faixa etária com os comportamentos apresentados pelas crianças após o preparado com o BTI, sabe-se que a faixa etária de três a seis anos (pré-escolar) é a fase do desenvolvimento da criança mais beneficiada pelo uso do brinquedo, visto que é a fase onde há o predomínio do pensamento mágico. Nessa etapa da vida, a estrutura cognitiva e psicoemocional da criança está em processo de desenvolvimento, e os recursos para enfrentar situações dolorosas e estressantes são limitados, recorrendo frequentemente à fantasia.²²

Em uma revisão sistemática que aborda a utilização do BT no preparado da criança submetida a procedimentos invasivos, mostra que estudos evidenciaram que as intervenções com brincadeiras terapêuticas promovem redução do nível de ansiedade e comportamentos colaborativos e de aceitação aos procedimentos invasivos.²³ Esses resultados corroboram com

os dados encontrados, os quais mostram um aumento significativo de comportamentos de maior aceitabilidade a punção venosa após o preparo com o BTI.

Nesse mesmo estudo²³, observou-se que as crianças que eram preparadas através das sessões com o BT gritavam, exigiam, negavam, choravam e se movimentavam menos do que as crianças que não eram preparadas com o BT. Os mesmos comportamentos foram observados na presente pesquisa e teve o mesmo desfecho; todos eles foram reduzidos quando a criança foi preparada previamente para a punção venosa através da dramatização com o BTI.

Em relação a variável agressão física, foi verificado que após a sessão com o BTI nenhuma criança demonstrou esse comportamento. O mesmo resultado foi observado em um estudo que avaliou o BTI no preparo da criança para vacina, na qual a agressão física apenas foi evidenciada no grupo controle com destaque para empurrar e puxar a mão do profissional, no grupo que foi preparado com as sessões de BTI não foi observado nenhum comportamento agressivo.⁸

Observou-se também na pesquisa anterior⁸ que as crianças sem prévio preparo com o BTI demonstraram um predomínio de comportamentos de agitação e movimentação, enquanto aquelas submetidas às sessões com BTI permaneceram quietas durante o procedimento (83%). Durante o processo da coleta na unidade de oncologia foi verificado que quase todas as crianças (92,6%) movimentavam-se durante o procedimento e após passar pelas sessões apenas 22,6% apresentaram esse comportamento.

Pesquisas semelhantes que também abordaram o BT durante a punção venosa periférica demonstraram resultados bastante significativos referente a redução de comportamentos de menor aceitação ao procedimento e aumento de reações de entendimento e aceitação da punção venosa. Durante as sessões do BT, as crianças expressaram suas angústias e medos, através das falas e gestos, o que demonstra a relevância desta técnica na assistência infantil. Houve também um aumento da confiança no profissional, facilitando dessa forma, o desenvolvimento da assistência.^{9,24}

A expressão do sorriso durante a punção venosa foi observada em 06 (22,2%) crianças após ter participado das sessões com o BTI. O mesmo foi visto em uma pesquisa desenvolvida no estado do Ceará⁹, das 21 crianças avaliadas, 09 (42,9%) apresentaram o sorriso durante a punção venosa após o preparo com o brinquedo. Isso demonstra que apesar da punção venosa ser considerada um procedimento temido e doloroso pelas crianças o brinquedo promove um transporte para o mundo da imaginação, promove prazer, dramatiza papéis, ajuda a criança a

encarar a realidade, possibilitando que ela compreenda e recupere o autocontrole diante das adversidades.¹⁸

Em uma pesquisa realizada em uma unidade de terapia intensiva, na qual dezessete variáveis comportamentais foram observadas durante as sessões lúdicas com o BT, dez apresentaram-se como comportamento positivo da criança ao ser exposta aos brinquedos. Ao interagir com o brinquedo os pacientes apresentaram comportamentos verbais e não verbais, e, ao final da sessão com o BT demonstraram satisfação, prazer e carinho pela pesquisadora.²⁵ O mesmo foi observado durante a coleta de dados. As crianças criaram uma relação de amizade com os pesquisadores e sempre que os viam no ambulatório demonstravam expressões de carinho e afeto, além de solicitar que os mesmos brincassem com elas novamente.

Embora a literatura mostre que o preparo da criança com o brinquedo promova condições para que ela compreenda a necessidade e a realização dos procedimentos e expresse simbolicamente suas emoções, pode acontecer dela não mudar imediatamente o seu comportamento. Sendo assim, nunca se deve esperar que a criança não reaja ou não chore durante o procedimento e isso deve ser compreendido por parte dos profissionais e explicado aos acompanhantes. Durante as sessões com o BT é muito importante informar a criança que ela pode chorar e expressar suas dúvidas, medos e aborrecimentos.²⁶

Nas sessões com o BT, o familiar sempre esteve presente junto a criança. A grande maioria informou não conhecer a técnica, no entanto acham de suma importância, visto que faz com que as crianças enfrentem o medo da punção venosa ao brincar com os mesmos equipamentos que serão utilizados nelas.

Análises feitas da literatura acerca da percepção dos familiares sobre a utilização do BT mostram que eles acham que a aplicação da técnica é de grande valor na assistência à criança, pois minimiza o estresse da hospitalização, contribui para melhor adaptação, minimiza as tensões, promove alívio dos impactos negativos da hospitalização, favorece uma maior aceitação aos procedimentos que serão submetidos, além de proporcionar momentos de aprendizagem e distração.^{27,28}

Apesar das evidências apontarem os inúmeros benefícios da utilização do BT na assistência à criança, diversos estudos^{8,9,21,24,25} mostram a subutilização da técnica na prática clínica. A enfermagem, em especial, tem um grande papel na utilização do BT na sua assistência, no entanto, diversas barreiras impedem a sua aplicação.¹⁴

Entre as principais dificuldades na utilização do BT pela enfermagem destacam-se: falta de recursos humanos, sobrecarga de atividades, resistência de alguns profissionais, falta de

recursos físicos, falta de um espaço adequado e despreparo profissional, visto que a maioria não tiveram contato com a temática durante a graduação.^{6,14,28}

De fato, foi possível observar que durante a realização da pesquisa, a grande parte das dificuldades supracitadas foram observadas, no entanto, a falta de espaço adequado para a realização das sessões com o BTI foi uma das grandes limitações encontrada para o desenvolvimento do estudo.

Todavia, apesar das limitações existentes, os dados apresentados corroboram para confirmar que o BTI constitui uma relevante intervenção para a enfermagem pediátrica, proporcionando um cuidado de enfermagem mais humano e resolutivo com foco nas necessidades biopsicossociais da criança.

5. CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que antes da sessão com o brinquedo a maioria das crianças mostraram-se com medo e não cooperava com a equipe de enfermagem durante a realização da punção venosa, apresentando comportamentos de recusa ao procedimento. No entanto, ocorreu uma redução desses comportamentos após as sessões com o BTI, quando as crianças tornaram-se mais colaborativas com o procedimento. Tal fato demonstra que o BT contribui significativamente para o fortalecimento ou otimização de comportamentos que evidenciam maior aceitação e adaptação de crianças hospitalizadas submetidas ao preparo ou realização da punção venosa periférica.

Frente a isso, é nítida a necessidade de ações articuladas que viabilizem a prática sistematizada do uso do BT em suas diversas modalidades, visto que o mesmo proporciona enormes benefícios para a criança, família e equipe de enfermagem. Contudo, sabe-se que diversas são as barreiras para a efetivação do uso do BT, cabendo aos órgãos gestores se sensibilizarem para promover condições ideais para seu uso na assistência pediátrica.

Além disso, destaca-se como relevante a necessidade do ensino do BT nos cursos de graduação de enfermagem, viabilizando que o acadêmico tenha contato com a teoria e a prática. Esse fator será de suma importância para promover uma formação de profissionais capacitados e preocupados em desenvolver uma assistência de enfermagem pediátrica integral, humana e resolutiva.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Tipos de câncer [Internet]. Rio de Janeiro: MS; 2018. [citado em 2019 Jan 25] Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil>.
2. Paixão, A.B.; Damasceno, T.A.S.; Silva JC. Importância das atividades lúdicas na terapia oncológica infantil. *Cuid Arte Enferm*. 2016;10(2):209–16.
3. 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*. 2016;37(2):1–8.
4. Bento, A. P. D.; Amorim, C.C.; Filho, M.B.A.; Oliveira CS. Brinquedo Terapêutico: uma análise da produção literária dos enfermeiros. *Rev Eletrônica Gestão Saúde*. 2011;02(01):190–205.
5. Ferrari, R.; Alencar, G. B.; Viana DV. Análise das produções literárias sobre o uso do brinquedo terapêutico nos procedimentos clínicos infantis. *Rev Eletronica Gestão Saúde*. 2012;03(02):381–94.
6. Costa, D.T.L.; Veríssimo, M. L.Ó.R.; Torlyama. A.T.M.; Sigaud CHS. O brincar na assistência de enfermagem à criança - revisão integrativa. *Rev Soc Bras Enferm Ped*. 2016;16(01):36–43.
7. Cintra.S.M.P.; Silva, C.V.; Ribeiro CA. O ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico nos cursos de Graduação em Enfermagem no Estado de São Paulo. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(4):497–501.
8. Pontes, J.E.D.; Tabet, E.;Folkmann, M.A.S.; Cunha, M.L.R.C.; Almeida FA. Brinquedo terapêutico: preparando a criança para a vacina. *einstein*. 2015;13(02):238–42.
9. Lemos, I.C.S.; Oliveira, J.D.; Gomes, E.B.; Silva, K.V.L.; Silva, P.K.S.; Fernandes GP. Brinquedo Terapêutico no procedimento de punção venosa: estratégia para reduzir alterações comportamentais. *Rev Cuid*. 2016;7(1):1163–70.
10. Moraes, R.C.M.; Assis AM. A utilização do brinquedo terapêutico à criança portadora de neoplasia: a percepção dos familiares. *R pesq Cuid fundam online*. 2010;2(Ed.Supl.):102–6.
11. Silva, P.L.N.; Xavier, G.C.; Oliveira, V.V.; Figueredo, M.L.; Prado, P.F.; Filho WA.

- Câncer infantil: vivências de crianças em tratamento oncológico. *Enferm Foco*. 2016;07(3/4):51–5.
12. Veiga, M.A.B.; Sousa, M.C.; Pereira RS. Enfermagem e o brinquedo terapêutico: vantagens do uso e dificuldades. *Rev Eletrôn Atualiza Saúde*. 2016;03(03):60–6.
 13. Francischinelli, A.G.B.; Almeida, F.A.; Fernandes DMSO. Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência a crianças hospitalizadas: percepção de enfermeiros*. *Acta Paul Enferm*. 2011;25(01):18–23.
 14. Marques, D.K.A.; Silva, K.L.B.; Cruz, D.S.M.; Souza IVB. Benefícios da aplicação do brinquedo terapêutico: visão dos enfermeiros de um hospital infantil. *Arq Ciênc Saúde*. 2015;22(3):64–8.
 15. – RESOLUÇÃO COFEN Nº 546/2017 Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. [citado em 2019 Feb 24]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05462017_52036.html
 16. Frota MA, Gurgel AA, Martins MC, Alves T, Rodrigues N. O lúdico como instrumento facilitador na humanização. 2007;12(1):69–75.
 17. Martins, M.R.; Ribeiro, C.A.; Borba, R.I.H.; Silva C V. Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. *Rev Latino-am Enferm*. 2001;9(2):76–85.
 18. Fonseca, M.R.A.; Campos, C.J.G.; Ribeiro, C.A.; Toledo, V.P.; Melo LL. Revelando o mundo do tratamento oncológico por meio do brinquedo terapêutico dramático. *Texto Context Enferm*. 2015;24(4):1112–20.
 19. Sossela, C.R.; Sager F. A criança e o brinquedo no contexto hospitalar. *Rev SBPH*. 2017;20(01):17–31.
 20. Depianti, J.R.B.; Melo, L.L.; Ribeiro CA. Brincando para continuar a ser criança e libertar-se do confinamento da hospitalização em precaução. *Esc Anna Nery*. 2018;22(2):1–9.
 21. Paladino CM, Carvalho R De, Almeida FDA. Brinquedo terapêutico no preparo para a cirurgia: comportamentos de pré-escolares no período transoperatório *. 2014;48(3):423–9.

22. Monroe RA. Promoção da saúde da criança pré-escolar e família. In: Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelstein ML, editores. *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. 10a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2018. p. 380-390.
23. Silva, R.D.M.; Austregésilo, S.C.; Ithamar, L.; Lima LS. Therapeutic play to prepare children for invasive procedures: a systematic review. *J Pediatr*. 2017;93(1):6–16.
24. Pessoa, A.V.C.; Santos, A.F.; Cruz, D.S.M.; Marques, D.K.A.; Lubenow JAM. Brinquedo terapêutico: preparo de crianças em idade pré-escolar para punção venosa. *Rev ciências da saúde Nov Esperança*. 2018;16(01):64–72.
25. Fontes, C.M.B.; Oliveira, A.S.S.; Toso LA. Brinquedo Terapêutico em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev enferm UFPE line*. 2017;11(Supl. 7):2907–15.
26. Medeiros G, Matsumoto S, Ribeiro CA, Borba IH De. Brinquedo terapêutico no preparo da criança para punção venosa em pronto socorro. 2009;22:909–15.
27. Fioreti, F.C.C.F.; Manzo, B.F.; Regino AEF. A ludoterapia e a criança hospitalizada na perspectiva dos pais. *Rev Min Enferm*. 2016;20:1–6.
28. Berté, C.; Ogradowski, K.R.P.; Zagonel, I.P.S.; Tonis, L.; Favero, L.; Junior RLA. Brinquedo Terapêutico no contexto da emergência pediátrica. *Rev baiana enferm*. 2017;31(03):1–10.

ANEXOS

ANEXO A - NORMAS DE PUBLICAÇÃO - REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM

1 SOBRE A MISSÃO DA REME

A Revista Mineira de Enfermagem (REME) é uma publicação periódica técnico-científica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG/EE), que tem por finalidade contribuir para divulgação, acesso e utilização do conhecimento produzido em Enfermagem e áreas correlatas, nacional e internacional, abrangendo a educação, a pesquisa e a atenção à saúde.

A REME, em sua política editorial, segue as orientações e/ou recomendações: do *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors*, do *Committee on Publication Ethics* (COPE), da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), da Organização Mundial da Saúde (OMS); da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde; da *Creative Commons Attribution 4.0 International Public License: CC BY 4.0*; e da Rede EQUATOR.

A Revista tem periodicidade CONTINUADA, sendo os artigos publicados tão logo sejam aprovados e traduzidos. A numeração dos volumes é sequencial, correspondendo ao ano civil. Cada volume será composto por até 100 artigos. Cada artigo receberá um número sequencial à medida de sua publicação, precedidos pela letra "e" *elocation-id*. Cada artigo terá numeração própria das páginas de acordo com quantitativo de páginas que compõem o trabalho. Ex. REME. 2018; 22(e-1071):1-7; REME. 2018; 22(e-1072):1-4

Na composição do volume será considerada a tipologia dos artigos na proporção de 80% de pesquisa e revisão e 20% para as demais categorias.

A publicação é bilíngue: português/inglês ou espanhol/inglês.

Os manuscritos poderão ser enviados em português, inglês ou espanhol, com resumo no idioma original. Os demais resumos nos demais idiomas (*abstract/resumen*, *resumen/resumo*, *abstract/resumo*) serão feitos após aprovação.

Para os manuscritos enviados em português e espanhol, o(s) autor(es) deverá(ão) comprometer-se a providenciar a tradução para o inglês, após a aprovação para publicação, por tradutores credenciados pela REME, com ônus para o(s) autor(es).

Para os manuscritos encaminhados em inglês, o(s) autor(es) deverá(ão) comprometer-se a providenciar a revisão do inglês e a tradução para o português pelos tradutores credenciados pela REME, com ônus para o(s) autor(es).

A submissão e a publicação de manuscritos são realizadas mediante pagamento de taxas de "submissão" e de "publicação", a partir da aprovação desse regimento em conformidade com as datas de recebimento e aprovação dos manuscritos.

Os valores das taxas são compostos de acordo com a planilha de custos e aprovados pelo Conselho Deliberativo. Os valores adotados para 2018 são: taxa de submissão: R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais); taxa de publicação: R\$ 880,00 (oitocentos e oitenta reais). A taxa de submissão não será devolvida no caso de rejeição do manuscrito.

Os valores das taxas deverão ser recolhidos à:

Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa (FUNDEP) - Projeto 4828 *1

Banco do Brasil S/A.

Agência: 1615-2

Conta Corrente: 480109-1

Código Identificador: 4828011

Obs.: o depósito não é realizado por transferência ou em caixas eletrônicos, somente diretamente no caixa do banco.

O comprovante de pagamento da taxa de submissão deverá ser encaminhado como "imagem" no ato da submissão. Não haverá aceite/recebimento do manuscrito sem o comprovante de pagamento da taxa de submissão.

2 SOBRE AS SEÇÕES DA REME E A TIPOLOGIA DOS ARTIGOS

Cada volume, editado no decorrer do ano, em **periodicidade continuada**, tem a seguinte estrutura:

Editorial: refere-se a temas de relevância do contexto científico, acadêmico e político-social (limitado a três páginas, cerca de 2.500 caracteres sem espaço e até cinco referências), por demanda da revista (convite).

Pesquisas: comunicações de resultados de pesquisas originais e inéditas, com abordagem metodológica qualitativa e/ou quantitativa, que contribuem para a construção do conhecimento em Enfermagem e áreas correlatas. Devem conter: introdução, objetivo(s), método, resultados,

discussão e conclusão (limitado a 15 páginas, cerca de 27.000 caracteres sem espaço, com até 25 referências).

Revisão sistemática: avaliações críticas da literatura em relação a temas de importância para a Enfermagem e áreas correlatas. São estudos secundários nos quais são reunidos estudos primários semelhantes e de boa qualidade. Eles são avaliados criticamente do ponto de vista metodológico e uma análise estatística é procedida, a metanálise e metassíntese, quando possível. Nesse sentido, a revisão sistemática é considerada o melhor nível de evidência para tomadas de decisões em questões sobre terapêutica na área da saúde. A revisão sistemática tem o objetivo de responder a uma questão específica e de relevância para a área de Enfermagem/Saúde, formulada utilizando-se a estratégia PICO (**P**roblema/paciente, **I**ntervenção, **C**ontrolado/comparação e **O**utcome - resultado/desfecho), devendo ser claramente abordada (limitada a 20 páginas, cerca de 36.000 caracteres sem espaço, com até 40 referências).

Relatos: descrições de intervenções, experiências ou casos abrangendo a atenção em Saúde, em Enfermagem e Educação em Saúde. Deve conter introdução, descrição da experiência, discussão e conclusão (limitado a 10 páginas, cerca de 18.000 caracteres sem espaço, com até 10 referências).

Reflexão: são textos reflexivos de especial relevância que trazem contribuições à evolução do pensamento e conhecimento em Enfermagem e Saúde (limitado a 10 páginas, 18.000 caracteres sem espaço, com até 15 referências).

A REME recomenda a utilização de guias internacionais na preparação dos manuscritos. Esses guias são compostos por *checklists* e fluxogramas e o seu uso pode aumentar o potencial de publicação e, uma vez publicado, aumentar a utilização da referência em pesquisas posteriores.

Guias para os principais tipos de estudos:

- Ensaio clínico randomizado – CONSORT (*checklist* e fluxograma).
- Revisões sistemáticas e metanálises – PRISMA (*checklist* e fluxograma).
- Estudos observacionais em epidemiologia – STROBE (*checklist*)
- Estudos qualitativos – COREQ (*checklist*) publicado no *Int. Journal for Quality in Health Care* em 2007 em formato de tabela no estudo *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ): *a 32-item checklist for interviews and focus groups*.

A Rede EQUATOR disponibiliza um quadro com a indicação de guias para variados tipos de estudos e seus respectivos links (<http://www.equator-network.org/library/resources-in-portuguese-recursos-em-portugues/>).

A REME não inclui em seu escopo artigos da categoria REVISÃO INTEGRATIVA. Manuscritos dessa tipologia, submetidos na categoria REVISÃO SISTEMÁTICA, serão sumariamente reprovados sem devolução da taxa de submissão.

3 SOBRE O JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos recebidos serão analisados quanto à apresentação e conteúdo científico pelo Conselho Editorial, editores associados, revisores e consultores *ad hoc*, que se reservam o direito de aceitá-los ou recusá-los.

Os manuscritos deverão ser submetidos à apreciação de, no mínimo, dois consultores indicados pelos editores associados, em conformidade com a especialidade/assunto. Em casos de uma aprovação e uma rejeição o manuscrito será encaminhado para um terceiro revisor.

O editor científico, pautado nos pareceres emitidos pelos editores associados e revisores, emitirá o parecer final de aceitação ou rejeição.

As indicações de correção sugeridas aos autores pelos revisores deverão ser enviadas aos autores e devolvidas aos revisores até o aceite ou rejeição definitiva.

O processo de submissão e revisão por pares - *peer review* - ocorre em ambiente *online*, em sistema duplo-cego (sem conhecimento de autores/revisores, e vice-versa), constando das etapas a seguir, nas quais os manuscritos serão:

- a) Cadastrados no sistema *GNPapers*, de submissão *online*, que emitirá o n° de protocolo (código de fluxo) e a declaração de recebimento;
- b) avaliados pelo editor executivo quanto à apresentação física - revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigências da REME (identificação e afiliação dos autores, títulos e partes do trabalho, resumo, citações e referências bibliográficas de acordo com o padrão *Vancouver*) e a documentação -, podendo ser devolvidos ao autor para adequação às normas, antes do encaminhamento aos editores associados e editor científico. Os manuscritos são encaminhados para a revisão de conteúdo somente se estiverem de acordo com as normas adotadas;
- c) encaminhados ao editor científico e/ou editor associado da área responsável pela primeira avaliação e/ou a indicação de três consultores em conformidade com as áreas de atuação e qualificação;
- d) remetidos a dois revisores especialistas na área pertinente, mantidos em anonimato, selecionados de um cadastro de revisores, sem identificação dos autores, dos dados da

instituição e local de origem do manuscrito. Os revisores serão sempre de instituições diferentes daquela de origem do autor do manuscrito;

e) após receber os pareceres, o editor associado avalia e emite seu parecer final, que é encaminhado ao editor científico, que decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações;

f) nos casos de devolução aos autores com sugestões de modificações, o manuscrito corrigido deverá ser encaminhado aos revisores para nova avaliação e verificação de que todas as sugestões de ajustes foram contempladas na nova versão;

g) cada versão é sempre analisada pelo editor científico, responsável pela aprovação final.

4 SOBRE A APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

4.1 Apresentação gráfica

Os manuscritos devem ser elaborados em editor de texto *Word for Windows*, versão 6.0 ou superior, fonte *Times New Roman* tamanho 12, ou similar, digitados em espaço 1,5, padrão A4 (212 x 297 mm), margens de 2,5 mm, limitando-se ao número de laudas e referências indicadas para os diversos tipos de trabalhos, incluindo as páginas preliminares, texto, agradecimentos, referências e ilustrações (máximo de cinco).

4.2 As partes dos manuscritos

Todos os manuscritos devem ter a seguinte estrutura e ordem, de acordo com sistema de submissão *GNPapers* da GN1-Sistemas e Publicações.

Parte 1

Indicação da seção do artigo

Pesquisa, revisão sistemática, relatos (experiências, casos), artigo reflexivo/ensaio.

Parte 2

a) Título e subtítulo

Título do trabalho e subtítulo, se houver, somente em português ou no idioma original.

b) Descritores

Os descritores ou palavras-chave, *keywords* e *palabras clave* (de três a seis) devem ser indicadas de acordo com o Descritores em Ciências da Saúde (DECS)/BIREME,

disponível em: < <http://decs.bvs.br/>>, que é uma tradução do MESH do PubMed/Medline < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>>.

Parte 3

Autoria

a) Nomes e sobrenomes

Indicação do nome completos do(s) autores, sem abreviaturas.

b) ORCID

Nº de registro do autor no *Open Researcher and Contributor ID* (ORCID).

c) Instâncias institucionais (afiliação) e geográficas

Indicação da(s) instituição(ões) de afiliação de cada autor e sua localização geográfica, em até três níveis hierárquicos, do maior para o menor, seguido da localização: cidade, estado e país.

Ex.:

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem (EE), Departamento de Enfermagem Básica (ENB). Belo Horizonte, MG - Brasil.

d) Indicação da contribuição dos autores na elaboração do trabalho

Cada autor deverá indicar o nível de sua contribuição na elaboração do manuscrito, conforme especificado a seguir:

CONTRIBUIÇÕES DE AUTORIA	
CONTRIBUIÇÃO	DESCRIÇÃO
Análise estatística	Aplicação de técnicas estatísticas, matemáticas, computacionais ou outras técnicas formais para analisar ou sintetizar os dados do estudo.
Aquisição de financiamento	Aquisição do apoio financeiro para o projeto que conduz a esta publicação.
Coleta de dados	Atividades de gerenciamento para anotar (produzir metadados), manipular e manter dados da pesquisa (incluindo o código do <i>software</i> , em que é necessário interpretar os dados em si) para uso inicial e posterior reutilização.
Conceitualização	Ideias; formulação ou evolução de metas e objetivos abrangentes da pesquisa.

Gerenciamento de recursos	Fornecimento de materiais de estudo, reagentes, materiais, pacientes, amostras de laboratório, animais, instrumentação, recursos de computação ou outras ferramentas de análise.
Gerenciamento do projeto	Gestão e coordenação responsável pelo planejamento e execução da atividade de pesquisa.
Investigação	Realização de um processo de investigação, realizando especificamente as experiências, ou recolha de dados/ provas.
Metodologia	Desenvolvimento ou <i>design</i> de metodologia; criação de modelos.
Redação: preparo do original	Criação e ou apresentação do trabalho publicado, especificamente redigindo o rascunho inicial (incluindo tradução substantiva).
Redação: revisão e edição	Preparação, criação e/ou apresentação do trabalho publicado por pessoas do grupo de pesquisa original, especificamente revisão crítica, comentário ou revisão - incluindo etapas pré ou pós-publicação.
<i>Software</i>	Programação, desenvolvimento de <i>software</i> ; concepção de programas informáticos; implementação do código do computador e algoritmos de suporte; teste de componentes de código existentes.
Supervisão	Supervisão e responsabilidade de liderança para o planejamento e execução de atividades de pesquisa, incluindo mentoria externa à equipe principal.
Validação	Verificação, seja como parte da atividade ou separada, da replicação/ reprodutibilidade geral de resultados/ experiências e outros resultados de pesquisa.
Visualização	Preparação, criação e/ou apresentação do trabalho publicado, especificamente visualização/apresentação de dados.

e) Autor correspondente

Nome e endereço eletrônico do autor responsável para correspondência.

Parte 4

Resumo

O resumo deve conter até 250 palavras, com espaçamento simples e em fonte com tamanho 10. Para os artigos de "pesquisa", o resumo deve ser apresentado no formato estruturado segundo as seções do manuscrito.

Incluir somente o resumo no idioma original do manuscrito, geralmente em português. A versão do resumo para o inglês (*abstract*) será de responsabilidade dos tradutores/revisores contratados pelos autores; a versão para o espanhol (*resumen*) é de responsabilidade da REME.

Parte 5

Conteúdo

A partir desta parte apresenta-se o conteúdo do manuscrito, que inclui, quando pertinente:

- introdução;
- desenvolvimento (material e método ou descrição da metodologia, resultados, discussão e/ou comentários);
- conclusões ou considerações finais;
- agradecimentos (opcional);
- referências, como especificado no item 4.3.

Parte 6

Imagens

As ilustrações devem ser inseridas como imagens.

Fotografias, desenhos, figuras e gráficos devem ser inseridas no formato jpg, png, psd ou tif.

Tabelas devem ser inseridas diretamente no texto.

Em IMAGENS também deve ser incluído o comprovante de pagamento da taxa de submissão.

4.3 Sobre a normalização dos manuscritos

Para efeito de normalização, serão adotadas as diretrizes do *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*(URM) do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) (Norma de *Vancouver*), disponível na íntegra nos endereços:

- Em português: < <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html>>
- Em espanhol: < <http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>>
- Em inglês: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>

Modelos e exemplos podem ser conferidos em "*Samples of Formatted References for Authors of Journal Articles*" em: < https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>

As **citações no texto** devem ser indicadas mediante número arábico, sobrescrito, sem parênteses, **depois do ponto**, correspondendo às referências indicadas no final do artigo.

As **referências** são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas/citadas pela primeira vez no texto.

Os **títulos das revistas** são abreviados de acordo com o *Journals Database - Medline/Pubmed*, disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=Journals>>, ou com o Catálogo de Revistas Científicas em Saúde (Bireme/OPAS/OMS), disponível em: < <http://portal.revistas.bvs.br/?lang=pt>>.

As ilustrações devem ser apresentadas imediatamente após a menção a elas, em conformidade com a norma de apresentação tabular do IBGE, 3. ed. de 1993. Dentro de cada categoria deverão ser numeradas sequencialmente durante o texto.

Exemplo: (TAB. 1, FIG. 1).

Cada ilustração deve ter um título e a fonte (de onde foi extraída). Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As menções às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da ilustração. Ex. (TAB. 1).

As **abreviaturas**, grandezas, símbolos e unidades devem observar as Normas Internacionais de Publicação. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completa, salvo quando se tratar de uma unidade de medida comum.

As **medidas de comprimento, altura, peso e volume** devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos; as temperaturas, em graus Celsius; os valores de pressão arterial, em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais.

Agradecimentos devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das referências.

5 SOBRE O ENCAMINHAMENTO DOS MANUSCRITOS

A submissão dos manuscritos é realizada no *site* da REME < www.reme.org > pelo Sistema *GNPapers*, da GN1.

Instruções para submissão de manuscritos no sistema também estão disponíveis no tutorial "Submeter Artigo", disponível em: <http://www.sgponline.com.br/tutoriais/T001A.pdf>.

Ao submeter um manuscrito, o autor correspondente deverá firmar eletronicamente, por meio do "**Termo de submissão**", que contém:

- a) Compromisso de que o manuscrito **não** está sendo submetido a outro periódico e que, caso seja aceito, concorda(m) com a transferência dos direitos autorais para a REME;
- b) a responsabilidade por parte de todos os autores acerca da autoria e da originalidade;
- c) declaração de conhecimento das normas da REME quanto às responsabilidades do pagamento da taxa de publicação e dos custos da tradução do trabalho para o idioma inglês, por tradutores credenciados pela REME.

Os manuscritos submetidos à publicação devem vir acompanhados dos seguintes documentos, em formato digital:

- a) Cópia digital do comprovante de pagamento da **taxa de submissão**;
- b) Registro de Pesquisa Clínica, quando for o caso.

Para ensaios clínicos, é necessário indicar o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis na url: <http://www.icmje.org>.

As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- *Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)*
- *ClinicalTrials.gov*
- *International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)*
- *Nederlands Trial Register (NTR)*
- *UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)*
- *WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)*
- Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC)

O número de identificação de ensaio clínico deverá ser registrado ao final do resumo.

6 SOBRE OS DIREITOS AUTORAIS, CONFLITOS DE INTERESSE E PLÁGIO

Quanto aos "direitos autorais", os autores devem ceder à REME os direitos patrimoniais do artigo, no ato da submissão, conforme as instruções do sistema *GNPapers*. Para a disponibilização e utilização dos artigos em acesso aberto, a REME adota a licença *Creative Commons Attribution 4.0 International Public License*: CC BY 4.0, que permite: "compartilhar - copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato; adaptar- remixar, transformar e criar a partir do material para qualquer fim, desde que atribuído o devido crédito, fornecer um *link* para a licença e indicar se foram feitas alterações" (CC BY 4.0).

Quanto aos "conflitos de interesses", os autores devem declarar, por meio do sistema de submissão, a inexistência destes. Entende-se por "conflitos de interesses" as situações geradas pelo confronto entre os interesses públicos e privados, institucional e pessoal, influenciado pelos interesses de uma das partes para a obtenção de vantagens, prejudicando as demais e comprometendo o interesse coletivo, em conduta antiética (incorreta e inapropriada) e imoral (concretiza em prejuízo).

Quanto às questões de plágio, a REME utiliza *software* para identificação de similaridade de textos visando à detecção de plágio. Esse procedimento está previsto no *checklist* de recebimento dos manuscritos.

7 SOBRE A RESPONSABILIZAÇÃO EDITORIAL

A REME não se responsabiliza pelas opiniões emitidas nos artigos.

Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Editorial.