



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB

FACULDADE DE CEILÂNDIA - FCE

CURSO DE ENFERMAGEM

Maria Beatriz Silva Siqueira

A simulação como estratégia que interfere na autoconfiança interprofissional no âmbito  
da atenção primária

CEILÂNDIA - DISTRITO FEDERAL

2019



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB

FACULDADE DE CEILÂNDIA - FCE

CURSO DE ENFERMAGEM

Maria Beatriz Silva Siqueira

A simulação como estratégia que interfere na autoconfiança interprofissional no âmbito  
da atenção primária

Trabalho de Conclusão de Curso,  
apresentado à Comissão Científica do  
Curso de Graduação em Enfermagem da  
Faculdade de Ceilândia - Universidade de  
Brasília

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marcia Cristina da Silva Magro

CEILÂNDIA - DISTRITO FEDERAL

2019

**Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.**

Siqueira, Maria Beatriz Silva

A simulação como estratégia que interfere na autoconfiança interprofissional no âmbito da atenção primária/Maria Beatriz Silva Siqueira. -- Ceilândia, 2019. 32 f.

Orientador: Marcia Cristina da Silva Magro. TCC (Graduação - Enfermagem) -- Universidade Federal da Bahia, Universidade de Brasília-Faculdade de Ceilândia, 2019.

1. Simulação. 2. Profissionais de Saúde. 3. Autoconfiança. I. Magro, Marcia Cristina da Silva. II. Título.

Siqueira, Maria Beatriz Silva

A simulação como estratégia que interfere na autoconfiança interprofissional no âmbito da atenção primária

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado à Faculdade de Ceilândia da  
Universidade de Brasília como requisito de  
Obtenção o título de Enfermeiro.

Aprovado em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Comissão Julgadora

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marcia Cristina da Silva Magro  
Universidade de Brasília  
Faculdade de Ceilândia

---

Prof<sup>a</sup>. Ms. Tayse Tâmara da Paixão Duarte  
Universidade de Brasília  
Faculdade de Ceilândia

---

Breno de Sousa Santana  
Enfermeiro e Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF)  
Universidade de Brasília

Dedico este trabalho a Deus, a quem devo toda honra e glória, e a todos aqueles que acreditaram no meu sucesso, em especial a Martinha Mendes, por ser além de uma mãe, uma inspiração e fortaleza na minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a banca examinadora, pela disponibilidade em fazer parte desse momento tão desafiador da graduação. Em especial a minha orientadora Marcia Magro por confiar na minha capacidade e exercer a tarefa de enfermeira educadora com excelência na minha formação.

À Liga de Simulação em Saúde, da Faculdade de Ceilândia, pela colaboração para o desenvolvimento desse estudo, assim como à Secretaria de Saúde do Distrito Federal e aos profissionais de saúde que nos receberam para realizarmos a capacitação.

À minha família, tios e tias, primas e primos, que garantiram que eu crescesse em um ambiente saudável e cheio de amor, e que por consequência desenvolveu em mim o interesse de dedicar a vida à cuidar de outras pessoas.

Aos meus padrinhos, Gisela Mendes da Silva Rodrigues e Lucio Preto Rodrigues, por apostarem todas fichas em mim, acreditarem no meu sucesso e me darem todo o suporte necessário, para que eu chegasse ao fim dessa graduação.

Ao Lacyr Mendes da Silva, que além de se preocupar com minha vida profissional, se importa com os meus princípios e desenvolvimento pessoal. Obrigada por assumir a função de pai, de forma silenciosa e tão dedicada.

Ao Adriano de Oliveira Domingues, por abraçar minhas escolhas, e se dedicar aos meus sonhos. Escolhi muito bem quem chamar de amor, amigo e companheiro de vida.

À minha mãe e irmã, Martinha Mendes e Maria Fernanda, a quem devo toda minha vida. Obrigada por lutarem por minhas batalhas e não desistirem de mim. Vocês me fazem um ser humano mais forte. Seremos sempre “uma pela outra”.

Por fim, agradeço a Jesus Cristo, o amigo mais fiel, que tem estado ao meu lado durante toda minha existência, me conduzindo e capacitando.

## LISTA DE ABREVIATURAS

APS: Atenção Primária em Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

RCP: Ressuscitação cardiopulmonar

PBE: Problematização Baseada em Evidência

OVACE Obstrução de vias aéreas por corpo estranho

DEA: Desfibrilador externo automático

IES: Instituição de Ensino Superior

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Características demográficas e de formação dos profissionais de saúde. Brasília(DF), 2018.....16-17
- Tabela 2** - Avaliação da autoconfiança de profissionais (n=68) de saúde da APS pré e pós simulação sobre suporte básico de vida. Brasília (DF), 2018.....17
- Tabela 3** - Diferença da evolução da autoconfiança no atendimento de vítimas em parada cardiorrespiratória por profissionais (n=68) de saúde da APS do período pré para o pós simulação. Brasília(DF), 2018 .....18
- Tabela 4** - Relação entre a evolução da autoconfiança no atendimento a usuários em parada cardiorrespiratória por diferentes profissionais de saúde na APS nos momentos pré e pós simulação. Brasília (DF), 2018.....18
- Tabela 5** - Relação de história familiar paterna e materna de diabetes mellitus e hipertensão arterial com disfunção renal em usuários do centro de saúde número 8. Ceilândia, Distrito Federal, 2016.....19

A simulação como estratégia que interfere na autoconfiança interprofissional no âmbito da atenção primária. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia. Distrito Federal, 2019. 34p.

## RESUMO

**Objetivo:** identificar se o método de simulação empregado durante a capacitação em suporte básico de vida e obstrução de vias aéreas interfere na autoconfiança de profissionais da atenção primária à saúde. **Método:** Estudo transversal de abordagem quantitativa com o uso de questionário semi-estruturado constituído de questões de identificação e escala de autoconfiança em situações de emergência, adaptada para profissionais da área de saúde. Desenvolvido nas unidades básicas da região oeste do Distrito Federal durante o período de junho a dezembro de 2018. **Resultado:** Houve um aumento, na escala de autoconfiança, após capacitação simulada (De 2,3 para 3,1), em uma escala que varia de 1 a 5, sendo 1 (nada confiante) e 5 (extremamente confiante) e uma melhora significativa da autoconfiança ( $p < 0,001$ ). Os Agentes comunitários de saúde apresentaram um ganho maior de autoconfiança em relação aos demais profissionais da área da saúde ( $p < 0,001$ ). **Conclusão:** A simulação favorece uma aprendizagem experiencial que desenvolve a autoconfiança. A prática simulada, se revela, uma estratégia promissora de capacitação profissional.

**Descritores:** Simulação; Profissionais de saúde; Autoconfiança, Atenção Primária à Saúde.

Simulation as a strategy that interferes with interprofessional self-confidence in primary health care. Completion of course work. University of Brasília - Faculty of Ceilândia. Federal District, 2019. 34p.4p.

## **ABSTRACT**

**Objective:** to identify if the simulation method used during training. In basic life support and airway obstruction interferes in the self-confidence of primary health care professionals. **Method:** Cross-sectional study of a quantitative approach using a semi-structured questionnaire consisting of questions of identification and scale of self-confidence in emergency situations, adapted for health professionals. Developed in the basic units of the western region of the Federal District during the period and June to December 2018. **Result:** There was an increase in the self-confidence scale after simulated training (From 2.3 to 3.1), on a scale that varies from 1 to 5, being 1 (not confident) and 5 (extremely confident) and a significant improvement in self-confidence ( $p < 0.001$ ). Community Health Agents presented a greater gain of self-confidence in relation to other health professionals ( $p < 0.001$ ). **Conclusion:** Simulation favors an experiential learning that develops self-confidence. The simulated practice, it turns out, is a promising strategy for professional training.

**Keywords:** Simulation; Health professionals; Self confidence; Primary Health Care.

La simulación como estrategia que interfiere en la autoconfianza interprofesional en el ámbito de la atención primaria. Trabajo de fin de curso. Universidad de Buenos Aires - Facultad de Ceilândia. En el Distrito Federal, 2019. 34p.4p.

## RESUMEN

**Objetivo:** identificar si el método de simulación empleado durante la capacitación. Con soporte básico de vida y obstrucción de vías aéreas interfiere en la autoconfianza de profesionales de la atención primaria a la salud. **Método:** Estudio transversal de abordaje cuantitativo con el uso de cuestionario semiestructurado constituido de cuestiones de identificación y escala de autoconfianza en situaciones de emergencia, adaptada para profesionales del área de salud. En la mayoría de los casos, se observó un aumento en la escala de autoconfianza, después de la capacitación simulada (De 2,3 a 3,1), en una escala que varía de 1 a 5, siendo 1 (nada confiado) y 5 (extremadamente confiado) y una mejora significativa de la autoconfianza ( $p < 0,001$ ). Los Agentes comunitarios de salud presentaron una mayor ganancia de autoconfianza en relación a los demás profesionales del área de la salud ( $p < 0,001$ ). **Conclusión:** La simulación favorece un aprendizaje experiencial que desarrolla la autoconfianza. La práctica simulada, se revela, una estrategia prometedora de capacitación profesional.

**Descriptores:** Simulación; Profesionales de la salud; Autoconfianza; Atención Primaria de Salud.

## SUMARIO

Introdução.....	12-
14	
Método.....	14-16
Resultados.....	16-19
• Avaliação de autoconfiança.....	17-19
Discussão.....	19-22
Conclusão.....	23
Apêndice A.....	24-25
• Parecer substancial da CEP.....	24
• Comitê de ética e Pesquisa.....	25
Apêndice B.....	26-27
• Questionário de Identificação.....	26
• Escala de Autoconfiança.....	27
Apêndice C.....	28-38
• Normas Revista REUOL.....	28-38
Referências.....	39-43

## 1. Introdução

A simulação realística é um método pedagógico, reconhecido internacionalmente, que ganha cada vez mais espaço nos currículos nacionais como metodologia ativa no processo de ensino e aprendizagem.<sup>1</sup>

Ela é uma estratégia que possibilita a reprodução de situações favorecendo a aquisição de experiências em cenários próximos ao real, com vistas ao alcance de uma aprendizagem de melhor qualidade e conseqüentemente de competências para direcionamento de ações humanas.<sup>2</sup>

No âmbito da saúde, a qualificação profissional é fundamental especialmente quando nos referimos às situações críticas. Sendo assim, a simulação pode ser a chave ao considerar que permite uma aprendizagem experiencial, dentro de um cenário seguro e supervisionado.<sup>1</sup>

A atenção primária à saúde (APS) enquanto atual porta de entrada ao Sistema Único de Saúde tem como função a promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde, mediada por uma equipe multidisciplinar qualificada constituída de profissionais que acumulam competências e habilidades, suficientes para proporcionar efetivação da segurança ao paciente.<sup>3</sup>

Nesse contexto, a estratégia de simulação se diferencia por potencializar competências e habilidades, uma vez que subsidia o aperfeiçoamento técnico e científico do profissional para alcance de conhecimentos desejáveis à segurança do cuidado. Sabidamente, as unidades básicas de saúde (UBS), compreendem o ponto de apoio à população em situações de doenças agudas e crônicas, sendo assim possuir uma equipe multidisciplinar competente e que saiba lidar com situações de agravos e

complicações em todos os níveis de saúde é essencial para a qualidade e segurança do cuidado.<sup>3</sup>

A educação interprofissional é uma importante abordagem pedagógica que prepara os profissionais para fornecer atendimento ao paciente em um ambiente por uma equipe colaborativa. Equipes interprofissionais melhoram a qualidade do atendimento, reduzem os custos e reduzem os erros médicos<sup>4</sup>

Não raro em cenário de APS, embora pareçam infrequentes, ocorrem situações clínicas de emergências, que exigem de uma equipe agilidade e decisões assertivas para estabilização do paciente, entre elas a parada cardiorrespiratória, definida como ausência de atividade mecânica efetiva na bomba cardíaca, tem o seu destaque.<sup>5</sup> Nesse contexto a qualificação da assistência é um diferencial ao considerar que a cada minuto se reduz em 10 por cento a chance de sobrevivência.<sup>5</sup> O pensamento crítico e rápido não deve ser subestimado no processo de salvar vidas, então capacitar a equipe representa o alvo para redução de erros e dos índices de mortalidade, meta do presente estudo.

A organização do processo de cuidado direcionado ao indivíduo visando a qualidade da assistência exige estratégias para consolidação de um cuidado eficaz.<sup>6</sup> Desenvolver a autoconfiança profissional pode ser o diferencial frente a demandas críticas do cuidado.

A autoconfiança é componente principal para tomada de decisões assertivas tanto em contexto clínico como em processos que exijam o julgamento de ações direcionadas ao processo de cuidar<sup>7</sup>. Diferentes estudos retratam a autoconfiança como característica fundamental de profissionais, em especial enfermeiros, que atuam para solução de situações de emergência<sup>6,8,9</sup>. Ela é uma das principais chaves no atendimento em saúde, assim como, o conhecimento teórico e técnico. Mesmo na presença de adequados conhecimentos e habilidades, os enfermeiros são geralmente relutantes para assumir determinadas intervenções, exceto quando se sentem confiantes.<sup>10</sup>

Nessa direção, adotar a simulação realística como ferramenta efetiva para a capacitação e atualização de conhecimentos dos profissionais das UBS foi a meta do presente estudo, a partir da hipótese que expor esses profissionais à situações emergenciais reproduzidas de forma realística, pode representar uma oportunidade de desenvolver o raciocínio clínico e crítico na resolução dos problemas.<sup>1</sup>

Contudo, o objetivo deste trabalho é identificar se o método de simulação empregado durante a capacitação em suporte básico de vida e obstrução de vias aéreas interfere na autoconfiança de profissionais da atenção primária à saúde.

## 2. Método

Trata-se de um estudo transversal de caráter analítico com abordagem quantitativa, desenvolvido com os profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde da região oeste do Distrito Federal durante o período de junho a dezembro de 2018.

Foram incluídos os profissionais de saúde atuantes na APS como enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, psicólogos e médicos e excluídos aqueles em período de férias ou qualquer licença trabalhista. A amostra foi voluntária, de conveniência e constituída de 68 profissionais de saúde.

A coleta de dados ocorreu em fases, conforme descrição abaixo:

Fase I: Sensibilização dos gestores das UBS para liberação da equipe multiprofissional e capacitação em suporte básico de vida, além da elaboração de um cronograma para alcançar todas as UBS da região oeste do Distrito Federal

Fase II: Em ambiente reservado, estudantes de uma liga sob supervisão docente aplicou aos profissionais um questionário estruturado com itens de identificação pessoal e conhecimento sobre suporte básico de vida e obstrução de vias aéreas (OVACE). Além disso, uma escala de autoconfiança do tipo *Likert* de 5 pontos, sendo 1 (nada confiante)

e 5 (extremamente confiante), com alfa de cronbach de 0,918, foi aplicada para avaliação da percepção da confiança dos profissionais em relação a assistência ao indivíduo em parada cardiorrespiratória ou OVACE. Tempo de duração 60 minutos

Fase III: Ministrou-se aula expositiva/dialogada por meio de multimídia sobre suporte básico de vida e OVACE em ambiente reservado da UBS, durante 40 minutos.

Fase IV: Os profissionais foram divididos em grupos constituídos de 4 participantes e distribuídos três em estações práticas: (1) suporte básico de vida adulto, (2) suporte básico de vida pediátrico, (3) obstrução de vias aéreas, sob a responsabilidade dos estudantes da liga sob supervisão docente em diferentes salas da própria UBS, de forma a assegurar privacidade para atuação e discussão da situação clínica entre os profissionais e os estudantes da liga e a docente responsável. Nessas estações, havia demonstração das técnicas mais frequentes adotadas em situações de parada cardiorrespiratória e OVACE em simuladores de baixa fidelidade (estáticos) e posteriormente situações simuladas que reproduziam cenas reais foram implementadas para que os profissionais tivessem a oportunidade de atuar e se capacitar. Ao término realizou-se o *debriefing*, ou seja reflexão sobre a atuação e compreensão do cenário, assim como do raciocínio clínico e crítico adotado em cada cenário, com duração de 30 minutos.

Fase IV: Reaplicação da escala de autoconfiança para avaliação da confiança pós implementação da capacitação com emprego da estratégia simulada.

Realizou-se análise descritiva com cálculo de medidas resumo como frequências absoluta e relativa, média, mediana e medidas de dispersão como o desvio padrão e percentil 25% e 75%. Para análise estatística empregou-se o teste de Mann-Whitney e Wilcoxon Signed Ranks. Considerou-se significativo os resultados com  $p \leq 0,05$ .

Buscou-se atender às prerrogativas éticas da resolução 466/2012 e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) sob CAAE: 47489415.8.0000.5553.

### 3. Resultados

Os resultados do estudo mostraram que dos 68 profissionais da área da saúde a maioria era agente comunitário de saúde (32,4%), seguido de técnico de enfermagem (20,6%), enfermeiros (14,7%) e médicos (13,2%). A idade dos profissionais variou entre 21 e 70 anos, com predomínio da faixa etária de 31 a 40 anos. A maioria era do sexo feminino (69,1%), com tempo de formação de 5 a 10 anos, majoritariamente (35,3%). Do total, 30,9% dos profissionais declararam ter cursado especialização (pós-graduação *lato sensu*) e o tempo de exercício profissional na atenção primária predominante foi de 5 a 10 anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Características demográficas e de formação dos profissionais de saúde. Brasília (DF), 2018.

Características (n=68)	n(%)
Sexo feminino	47 (69,1%)
<b>Idade (anos)</b>	
Não respondeu	2 (2,9 %)
21   30	7 (10,3 %)
31   40	31 (45,6 %)
41   50	20 (29,3 %)
51   60	5 (7,4 %)
61   70	3 (4,4 %)
<b>Formação</b>	
Não respondeu	2 (2,9 %)
Enfermeiro Gerente	2 (2,9 %)
Enfermeiro	8 (11,8 %)
Técnico de Enfermagem	14 (20,6 %)
Agente comunitário de saúde	22 (32,4 %)
Médico	9 (13,2 %)

Dentista	6 (8,8 %)
Administrativo	2 (2,9 %)
Técnico de Saúde Bucal	3 (4,4 %)
<b>Tempo de formação</b>	
Não respondeu	5 (7,4 %)
até 1 ano	2 (2,9 %)
1   5 anos	5 (7,4 %)
5   10 anos	24 (35,3 %)
11   15 anos	19 (27,9 %)
<b>Pós-graduação lato sensu</b>	
Não respondeu	46 (67,6 %)
Especialização	21 (30,9 %)
Outros	1 (1,5 %)
<b>Tempo de exercício profissional na atenção primária à saúde</b>	
Não respondeu	5 (7,4 %)
até 1 ano	7 (10,3 %)
1   5 anos	10 (14,7 %)
5   10 anos	29 (42,6 %)
11   15 anos	12 (17,6 %)
mais de 15 anos	5 (7,4 %)

### 1. Avaliação da autoconfiança

Os profissionais participantes responderam a escala de autoconfiança, com valores de 1 a 5, sendo que 1 correspondia a “nada confiante” e 5 a “extremamente confiante”. A tabela 2 mostra que a autoconfiança dos profissionais de forma geral, melhorou do período inicial para o final (pós-capacitação simulada) ou seja, ( $2,3 \pm 0,8$  vs  $3,1 \pm 0,6$ ).

Tabela 2 - Avaliação da autoconfiança de profissionais (n=68) de saúde da APS pré e pós simulação sobre suporte básico de vida. Brasília (DF), 2018.

Etapa	Média±DP
Pré-simulação	$2,3 \pm 0,8$
Pós- simulação	$3,1 \pm 0,6$

A tabela abaixo expressa que a autoconfiança dos profissionais após a simulação realística, para atender uma situação de parada cardiorrespiratória melhorou significativamente (2,3 vs 3,0) ( $p < 0,001$ ).

Tabela 3 - Diferença da evolução da autoconfiança no atendimento de vítimas em parada cardiorrespiratória por profissionais (n=68) de saúde da APS do período pré para o pós simulação. Brasília (DF), 2018.

<b>Pré-simulação</b>	<b>Pós-simulação</b>	<b>P</b>
<b>Mediana (25-75)</b>	<b>Mediana (25-75)</b>	
2,3 (1,9 – 3,0)	3,0 (2,7 – 3,4)	<0,001

Teste Wilcoxon Signed Ranks

No contexto da APS, este estudo identificou que antes da simulação, os agentes comunitários de saúde tinham menor autoconfiança em relação ao atendimento de uma situação de parada cardiorrespiratória do que os demais profissionais de saúde. Porém, após a capacitação com uso da simulação houve aumento expressivo da autoconfiança.

Tabela 4 - Relação entre a evolução da autoconfiança no atendimento a usuários em parada cardiorrespiratória por diferentes profissionais de saúde na APS nos momentos pré e pós simulação. Brasília (DF), 2018.

<b>Etapa</b>	<b>Função</b>		<b>P</b>
	<b>Não agente comunitário (n = 46)</b>	<b>Agente comunitário de saúde (n = 22)</b>	
	<b>Mediana (25-75)</b>	<b>Mediana (25-75)</b>	
Pré-simulação	2,5 (2,0 – 3,0)	1,9 (1,3 – 2,2)	0,001
Pós-simulação	3,2 (2,8 – 4,0)	2,9 (2,5 – 3,0)	0,005

Teste Mann-Whitney

A idade foi uma variável que não mostrou interferência significativa para o aumento da autoconfiança em situação de parada cardiorrespiratória e OVACE. É

importante ressaltar que apesar disso, obteve-se ganho de autoconfiança no momento de pós simulação em ambas faixa etárias. (Tabela 5).

Tabela 5 - Relação entre a evolução da autoconfiança no atendimento à usuários em parada cardiorrespiratória e OVACE por profissionais de saúde de diferentes idades nos momentos pré e pós simulação. Brasília (DF), 2018.

Etapa	Idade		p
	< 41 anos (n = 38)	>= 41 anos (n = 28)	
	Mediana (25-75)	Mediana (25-75)	
Pré-simulação	2,3 (1,4 - 3,0)	2,2 (2,0 - 2,5)	0,6
Pós-simulação	3,0 (2,8 - 3,8)	3,0 (2,5 - 3,2)	0,1

Teste Mann-Whitney

#### 4. Discussão

Os resultados desse estudo mostram a efetividade do emprego da estratégia de simulação realística no desenvolvimento de autoconfiança dos profissionais da APS, sobre suporte básico de vida.

Um estudo realizado no hospital infanto-juvenil do Estado do Paraná, concluiu que a simulação favoreceu o desenvolvimento de autoconfiança por mediar a aproximação de gestores junto as equipes de trabalho, melhorar a comunicação, analisar situações de conflitos, superar barreiras, desenvolver atitudes e habilidades específicas, além de prover um ambiente de maior segurança e confiança para a realização dos procedimentos, permitindo a identificação e a reconstrução de condutas <sup>11</sup>.

Achado similar foi identificado no presente estudo em que a estratégia de simulação permitiu o desenvolvimento da autoconfiança na prática clínica. Condição essencial quando se pensa em profissionais de saúde, que atuam na APS, local com

ampla demanda, onde é vigente a necessidade de capacitação para atualização de condutas a partir de novas diretrizes, assim como a consolidação do trabalho em equipe visando assegurar um cuidado mais confiável e seguro.<sup>3</sup>

Durante a capacitação realizada no presente trabalho, percebeu-se o significativo aumento da autoconfiança dos profissionais para atender uma situação de parada cardiorrespiratória com base nas diretrizes de suporte básico de vida. A capacitação permitiu que esses profissionais se colocassem frente a uma situação, simulada, próxima do real, lhes oferecendo a chance de aprender com as dúvidas sem risco de danos ao paciente.<sup>12,13.</sup>

Outro estudo já evidenciava a importância da simulação como capacitação multiprofissional. A simulação pode assim, ser utilizada tanto para os enfermeiros quanto para técnicos, auxiliares e até mesmo para a equipe dos outros setores, como das unidades administrativas, gestores, executivos, administradores hospitalares, reguladores e legisladores. Para estes grupos, a simulação pode transmitir as complexidades do trabalho clínico, e pode ser utilizada para o exercício das práticas organizacionais das instituições clínicas <sup>14,15</sup>, como realizado no presente estudo.

Para os profissionais, a prática de simulação é uma excelente oportunidade para compartilhar conhecimento, trocar experiências e aprimorar habilidades. Estudos que utilizaram a estratégia de simulação realística como veículo de capacitação profissional afirmam que foi possível identificar falhas no conhecimento, dificuldades na execução dos procedimentos, necessidades de aprendizagem, capacitar e rever as técnicas, reconstruindo os saberes por meio dos questionamentos e reflexões que surgiram durante as simulações <sup>16,17</sup>.

As simulações realísticas, por mimetizarem uma atuação real, podem contribuir tanto para o aumento da autoconfiança, quanto para a redução do nível de ansiedade e medo<sup>18,19</sup>. No presente estudo identificou-se o ganho significativo de autoconfiança acerca do conhecimento das diretrizes de suporte básico de vida e OVACE após simulação. O ambiente simulado oferece um ambiente seguro e controlado onde os profissionais de saúde podem reunir a teoria e a prática clínica sem medo de prejudicar os pacientes<sup>20,21</sup>.

Em um estudo realizado na Califórnia com a equipe multiprofissional durante a assistência à vítima em parada cardiorrespiratória (PCR) evidenciou-se melhoras significativas no tempo de respostas dos profissionais nos primeiros cinco minutos de emergência, após a capacitação simulada. Dentre os cenários eleitos, na fibrilação ventricular, a equipe apresentou redução no tempo de início das compressões ( $p < 0,05$ ) e agilidade na solicitação de ajuda ( $p < 0,05$ ).<sup>22</sup> Tais achados, assim como os do presente estudo evidenciam o ganho de segurança do profissional, em realizar procedimentos de forma mais efetiva, rápida e segura.

Uma pesquisa realizada no departamento de emergência, da região do meio-oeste, dos Estados Unidos, para capacitação de uma equipe multiprofissional para atendimento a pacientes violentos, mostrou que a aplicação de habilidades por meio de simulação pode preparar a equipe para lidar com encontros difíceis com os pacientes, evidenciando ganhos em relação ao conhecimento, habilidades, confiança, preparação, e segurança pessoal.<sup>23</sup> Em nosso estudo, mesmo aqueles profissionais sem formação superior mostraram ganho expressivo da autoconfiança após capacitação para atendimento em situações de emergência.

Ao profissional de saúde, independente de sua atribuição exige-se conhecimentos atualizados e constante prática para desenvolvimento de sua autoconfiança durante o

processo assistencial. A simulação em grande escala recria os elementos de uma situação para treinamento de equipes interprofissionais, sendo assim é reconhecida como método bastante efetivo.<sup>24</sup>

O desenvolvimento de autoconfiança é o componente principal para a tomada de decisões acertadas e para os processos de julgamento em contexto clínico. Vários estudos mostram que a autoconfiança em emergências aumenta quando estão presentes fatores como a prática repetida e a formação por simulação.<sup>26,27,9</sup>. Condições oferecidas a equipe multiprofissional APS para desenvolvimento além de competências cognitivas, mas da autoconfiança propriamente dita, sabendo que o modelo Inter profissional possibilita o avanço na prática do cuidado por meio de um processo colaborativo.<sup>4</sup>

Este estudo teve como limitação a pouca estrutura de algumas Unidades Básicas de Saúde, a exemplo do pouco espaço físico. Também foi relatado por alguns profissionais, a falta de acesso de instrumentos como bolsa válvula máscara, ou desfibrilador externo automático (DEA) na unidade de atendimento, em bom funcionamento. Apesar de todos os equipamentos terem sido emprestados pela instituição de ensino superior pública (IES) para realização da capacitação, a inexistência de alguns deles no ambiente de trabalho faz com que a realidade profissional se distancie da capacitação prestada.

Apesar das limitações relatadas acima, cabe enfatizar que a capacitação possibilitou aos profissionais de saúde de Unidades Básicas contato com equipamentos de alta tecnologia e conhecimentos atualizados e precisos sobre a parada cardiorrespiratória e OVACE. Além de promover um momento de reflexão entre gestores e equipe multidisciplinar.

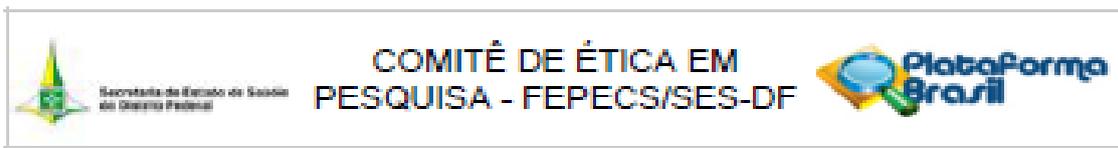
- **Conclusão**

O método de simulação realística adotado para capacitação dos profissionais direcionado a assistência a situações de parada cardiorrespiratória e OVACE melhorou a autoconfiança no enfrentamento de situações críticas e de risco.

O desenvolvimento de autoconfiança dentro das práticas de saúde possibilita o atendimento de qualidade e com menor chances de erros. O profissional de saúde, para atuar na prática clínica precisa estar cientificamente atualizado e seguro em suas ações, para ter agilidade e habilidade no atendimento.

A prática com repetição e dentro de um ambiente próximo do real permite ao profissional exercer ações com margens para erros, possibilitando a reflexão como estratégia para agregar conhecimentos. A simulação realística é a oportunidade da equipe multiprofissional compartilhar experiências e aprender de forma segura.

## APÊNDICE A



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** EFETIVIDADE DA CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SEGURANÇA DO USUÁRIO DA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

**Pesquisador:** TAYSE TÂMARA DA PAIXÃO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 47489415.8.0000.5553

**Instituição Proponente:** DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.207.279

#### Apresentação do Projeto:

Sem alterações em relação ao Parecer nº 1.167.854 de 03/08/2015.

#### Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações em relação ao Parecer nº 1.167.854 de 03/08/2015.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"O risco desta pesquisa é considerado mínimo visto que não haverá procedimentos invasivos. Podemos, neste caso, considerar o risco de exposição social e psicológica do indivíduo entrevistado. Será garantido o sigilo necessário das informações obtidas de acordo com preceitos éticos da Resolução 466/2012."

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações em relação ao Parecer nº 1.167.854 de 03/08/2015.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

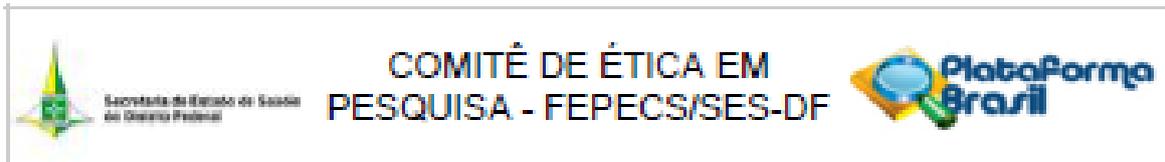
Os Termos foram adequadamente apresentados.

#### Recomendações:

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências resolvidas.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3325-4958 Fax: (33)3325-4958 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.207.279

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Curriculo do Sistema de Currículos Lattes (Josiane Maria Oliveira de Souza).pdf	14/07/2015 15:13:28		Aceito
Outros	Curriculo do Sistema de Currículos Lattes (Marcia Cristina da Silva Magro).pdf	14/07/2015 15:13:50		Aceito
Outros	Curriculo do Sistema de Currículos Lattes (Paula Regina de Souza Hermann).pdf	14/07/2015 15:14:09		Aceito
Outros	Curriculo do Sistema de Currículos Lattes (Tayse Tâmara da Paixão Duarte).pdf	14/07/2015 15:14:27		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_545855.pdf	14/07/2015 15:39:27		Aceito
Outros	TERMO DE CONCORDÂNCIA.pdf	22/07/2015 10:19:44		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_545855.pdf	22/07/2015 10:20:05		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NOVO TCLE.pdf	11/08/2015 10:53:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO COM RISCOS AJUSTADO.pdf	11/08/2015 10:54:25		Aceito
Folha de Rosto	NOVA FOLHA DE ROSTO.pdf	11/08/2015 10:52:47		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_545855.pdf	11/08/2015 10:55:13		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-604  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (01)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

## APÊNDICE B

ID PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_

## Questionário de identificação

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Unidade de saúde: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Sexo

 masculino  feminino

Função

 Enfermeiro gerente Enfermeiro Técnico de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem

1. Tempo de formação profissional. \_\_\_\_\_ (anos)

2. Especialidade profissional. \_\_\_\_\_

3. Tempo de exercício profissional na atenção primária? \_\_\_\_\_

4. Realizou cursos relacionados ao atendimento a parada cardiopulmonar? \_

() Sim. Quais? \_\_\_\_\_

Quando? \_\_\_\_\_

() Não.

5. Dentre os cursos apontados na questão anterior, quais foram realizados durante a sua atuação na atenção básica? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Quais as dificuldades e limitações de recursos humanos e materiais para atendimento a parada cardiopulmonar na unidade de saúde onde atua? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Quais os aspectos positivos para desempenho do seu exercício profissional durante o atendimento a parada cardiopulmonar, na unidade de saúde onde atua?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ID PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_

## ESCALA DE AUTO-CONFIANÇA

Participante: \_\_\_\_\_

Data de aplicação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Tabela- *Self-confidence Scale* versão portuguesa (SCSvp)

	nada confiante	pouco confiante	confiante	muito confiante	extremamente confiante
1)Quão confiante está de ser capaz de reconhecer sinais e sintomas de um evento cardíaco?	1	2	3	4	5
2)Quão confiante está de ser capaz de reconhecer sinais e sintomas de um evento respiratório?	1	2	3	4	5
3)Quão confiante está de ser capaz de reconhecer sinais e sintomas de um evento neurológico?	1	2	3	4	5
4)Quão confiante está de ser capaz de avaliar com precisão um indivíduo com dor torácica?	1	2	3	4	5
5)Quão confiante está de ser capaz de avaliar com precisão um indivíduo com dispneia?	1	2	3	4	5
6)Quão confiante está de ser capaz de avaliar com precisão um indivíduo com alteração do estado mental?	1	2	3	4	5
7)Quão confiante está de ser capaz de intervir apropriadamente num indivíduo com dor torácica?	1	2	3	4	5
8)Quão confiante está de ser capaz de intervir apropriadamente num indivíduo com dispneia?	1	2	3	4	5
9)Quão confiante está de ser capaz de intervir apropriadamente num indivíduo com alteração do estado mental?	1	2	3	4	5
10)Quão confiante está de ser capaz de avaliar a eficácia das suas intervenções num indivíduo com dor torácica?	1	2	3	4	5
11)Quão confiante está de ser capaz de avaliar a eficácia das suas intervenções num indivíduo com dispneia?	1	2	3	4	5
12)Quão confiante está de ser capaz de avaliar a eficácia das suas intervenções num indivíduo com alteração do estado mental?	1	2	3	4	5

Adaptado de: MARTINS, J. C. A. et al. Autoconfiança para intervenção em emergências: adaptação e validação cultural da *Self-confidence Scale* em estudantes de Enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem, jul.-ago. 2014,22(4):554-61

## APÊNDICE C



Informações Gerais e Normas para Publicação

A **REUOL** está indexada no **Sumários de Revistas Brasileiras**: <http://www.sumarios.org/listarRevista.php> ,

na **Biblioteca Virtual de Enfermagem**

[BVE]: <http://www.bve.org.br/>, no **Directory of Open Access Journals [DOAJ]**:  
<http://www.doaj.org/doajn>, e no **Sistema Latindex**:

<http://www.latindex.unam.mx/larga.php?opcion=1&folio=17211>

Está cadastrada no Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas [SEER] na *homepage* do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT): <http://seer.ibict.br/>, na Biblioteca da Universidade Católica de

Brasília:

[http://marakatu.ucb.br/biblioteca/php/pub\\_online1.php?codBib=&codObra=%2C&lista=E](http://marakatu.ucb.br/biblioteca/php/pub_online1.php?codBib=&codObra=%2C&lista=E) bem como no Conselho Regional de Santa Catarina: <http://www.coren-sc.org.br/>

A **REUOL** adota os << **Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas**

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

Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals> sendo que coloca-se um ponto após o título para separá-lo do ano. Para a abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.

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

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

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

Ressalta-se que os manuscritos são previamente apreciados pelo Editor no que se refere à adequação dos textos às normas de formatação e estrutura e, se considerados adequados, serão encaminhados para dois/três consultores. Entretanto, os que deixarem de cumpri-las, por incompletude ou inadequação, serão devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação quanto ao mérito e à conveniência de publicação pelos avaliadores. O processo de avaliação utiliza o sistema de *blind review*, preservando a identidade dos autores e consultores. O prazo de devolução para os pareceres é, no máximo, 15 dias, quando é aceita a realização da avaliação.

De posse dos pareceres emitidos, o Editor os encaminha para os autores. Os manuscritos

aceitos sob condição serão retornados aos autores para alterações necessárias. Quando couber, os autores deverão realizar as modificações sugeridas em prazo máximo de 15 dias.

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

A publicação de manuscritos que envolvam seres humanos estará condicionada ao cumprimento dos princípios éticos acordados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, descritos no último parágrafo da seção Métodos, com o nome e número do protocolo de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa [CEP], bem como o processo de obtenção do consentimento livre e esclarecido dos participantes. Em se tratando de investigações que envolvam órgãos e/ou tecidos isoladamente, bem como prontuários clínicos ou resultados de exames clínicos, devem ter o consentimento por escrito do paciente ou responsável. No material ilustrativo o paciente não deve ser identificado, não devendo aparecer nomes ou iniciais.

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

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

### Categories de manuscritos

☐ **Artigos originais** — são caracterizados como a finalização de várias etapas da pesquisa científica.

☐ **Artigos de revisão de literatura** — são conhecidos como “reviews” e dividem-se em dois tipos fundamentais: **Revisão anual**, contendo a descrição ampla das contribuições da literatura em determinada área de estudo. **Revisão sistemática** — avaliação crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto, de modo a conter uma análise comparativa dos trabalhos na área, que discuta os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa e devendo conter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados para a revisão, como as estratégias de busca, seleção e avaliação dos artigos, esclarecendo a delimitação e limites do tema. **Atualização** — são trabalhos descritivos e interpretativos com base na literatura recente sobre a situação global em que se encontre determinado assunto investigativo. **Resumos de teses e dissertações**, apresentadas e aprovadas. **Relato de casos clínicos** — é um importante meio de disseminação do conhecimento referente aos aspectos clínico-patológicos de um tema científico. Novas técnicas, terapias, diagnósticos, patologias, materiais e soluções inovadoras para problemas especiais, fenômenos anatômicos e fisiológicos, são exemplos a serem relatados. As ilustrações são fundamentais nos artigos dessa natureza [radiografias, fotos, desenhos, dentre outras]. **Notas prévias** — estruturas que têm a função de publicar rapidamente alguma informação sobre resultados importantes alcançados com a pesquisa e/ou apenas para garantir a propriedade intelectual por meio do registro da informação. **Artigos informativos** — são relatos de estudos avaliativos, originais, de pesquisa contendo dados inéditos e relevantes para a saúde, resultados de investigação, aplicação de técnica ou com base em teoria. **Temas livres** — formas livres de contribuição científica, devendo ter como característica básica uma abordagem crítica, criativa, desvelando o tema ou revelando nova perspectiva de visão sobre o tema, que leve o leitor, por sua vez, à reflexão e/ou análise crítica sobre o tema em análise. **Cartas ao editor** — são comentários, discussões ou críticas a artigos recentes, publicados na **REUOL**, relatos de pesquisa originais ou achados científicos significativos. Sua extensão limita-se a duas páginas e as referências são limitadas a cinco.

### Quanto à redação

Os manuscritos devem ser redigidos em linguagem clara e objetiva, mantendo-a adequada ao

estudo, bem como ressaltando a terminologia científica condizente.

### Quanto à autoria

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

### Quanto ao processo de julgamento de manuscritos

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

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

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

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

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

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

### Elaboração dos manuscritos

#### Da formatação

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

a) 20 páginas (máximo), excluindo-se: página de rosto, resumo, abstract, resumen (todos com descritores), agradecimentos e referências (Estilo Vancouver), digitadas em uma só face, em papel tamanho A4.

b) fonte Trebuchet MS, justificado, tamanho 12, espaço 2,0 linha em todo o texto (há exceções para tabelas e citações). c) páginas numeradas no ângulo superior direito a partir da página de identificação.

d) margens laterais, superiores e inferiores de 2,0 cm cada.

e) Nos resumos, usar em destaque: **objetivo, métodos, resultados, conclusão, seguido do sinal de : e o texto em seguida. Não usar os termos: palavras-chave, keywords e palabras-llave. Usar: descritores, descriptors e descriptores, respectivamente.** Usar letra maiúscula apenas na primeira letra de cada palavra. Não deve exceder 250 palavras. Ressalta-se que os itens observados se adequarão à natureza do estudo qualitativo, quando for pertinente.

f) Não deverá ser utilizada nenhuma forma de destaque no texto (sublinhado, negrito, marcas d'água, aspas), exceto para títulos e subtítulos.

g) Utilizar apenas itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto.

h) Os títulos e subtítulos devem ser identificados com negrito e letra maiúscula apenas na primeira letra de cada palavra. Nos subtítulos não usar numeração nem no final o sinal de : . O texto deve

ser escrito abaixo.

- i) Não usar rodapé ou cabeçalhos.
- j) As referências devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o Estilo Vancouver. Não usar o termo << bibliográficas >>.
- l) Recomenda-se o uso de parágrafos de 1,25 cm ou um TAB.

### Da estrutura

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

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

Abaixo do título, justificado:

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

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

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

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

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

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

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

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

O texto deve conter as seguintes seções:

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

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

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

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

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

**Tabelas** – devem ser elaboradas para reprodução direta, em preto e branco, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto, conteúdo em fonte 10 com a primeira letra em maiúscula, apresentadas em tamanho máximo de 14 x 21 cm (padrão da revista) e comprimento não deve exceder 55 linhas, incluindo título. Se usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Não usar linhas horizontais ou verticais internas. Empregar em cada coluna um título curto ou abreviado. Colocar material explicativo em notas abaixo da tabela, não no título. Explicar em notas todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela.

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

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

Nas citações diretas até três linhas incluí-las no texto, entre aspas (sem itálico) e referência correspondente conforme exemplo: <sup>13:4</sup> (autor e página); com mais de três linhas, usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 11 e parágrafo simples (sem aspas e sem itálico), seguindo a indicação de autor e data.

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

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

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

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

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

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

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

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

Referencia-se o(s) autor(e)s pelo sobrenome, sendo que apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto. Quando o documento possui de um até seis autores, citar todos os autores, separados por vírgula; quando possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros autores seguidos da expressão latina << et al >>.

Na lista de referências, as referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a

ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto.

Em inglês e alemão, abrevia-se os meses iniciando por maiúsculas; em português, espanhol, francês e italiano, em minúsculas. Ambos serão sem ponto como recomenda o *Vancouver*. Para apresentação das referências, devem ser adotados os critérios do *International Committee of Medical Journal Editors* disponíveis no site [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html) ou <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida em português).

Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o *Index Medicus*: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals> sendo que coloca-se um ponto após o título para separá-lo do ano. Para a abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.

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

### Exemplos de referências

#### Artigos de periódicos orientações:

- Somente a 1ª letra do título do artigo do periódico ou do livro deve estar em maiúscula;
- Os títulos dos periódicos devem ser abreviados pela lista de abreviaturas de periódicos do *Index Medicus* (base de dados *Medline*), que pode ser consultado no endereço: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals> sendo que coloca-se um ponto após o título para separá-lo do ano.

Exemplos: N Engl J Med., Neurology.

- Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consulte o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.

Exemplos: Femina., Rev Bras Reumatol., Rev Bras Hipertens.

- Quando as páginas do artigo consultado apresentarem números coincidentes, eliminar os dígitos iguais. Ex: p. 320-329; usar 320-9
- Denominamos número (fascículo) a identificação da seqüência do volume, sendo que o algarismo fica entre parênteses. Ex.: 347(4).
- Periódico com paginação contínua em um volume: mês e número podem ser omitidos (opcional). Ex.: Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002;347:284-7.

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

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

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

#### \*Autor(es) (pessoa física) mais de seis autores

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

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

#### \*Organização(ões) como autora(es)

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

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

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

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

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

#### Livros e outras monografias orientações:

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

#### \*Autor(es) pessoal(is)

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

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

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

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

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

#### \*Autor(es) e editor(es)

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

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

#### \*Organização(ões) como autora(es)

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

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

#### \* Capítulo de livro

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

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

### \*Anais de congresso

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

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

### \*Apresentação em congresso

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

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

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

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

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

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

### \*Artigo de jornal

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

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

### \* Material audiovisual

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

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

### \*Artigo não publicado (no prelo)

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

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

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

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

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

#### \*Artigo de periódico em formato eletrônico

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

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

#### \* Monografia na internet

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

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

#### \* Homepage

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

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

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

#### \* Parte de uma homepage

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

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

#### \* Base de dados na internet

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

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

Jablonski S. Online Multiple Congenital Anomaly/Mental Retardation (MCA/MR) Syndromes [base de

dados na Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). c1999 [atualizada em 2001 Nov 20; acesso em 2002 Aug 12]. Disponível em: [http://www.nlm.nih.gov/mesh/jablonski/syndrome\\_title.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/jablonski/syndrome_title.html)

#### \*Parte de uma base de dados na internet

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

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

#### \*Arquivo de computador

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

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

#### Envio dos manuscritos

##### Verificação de itens

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

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

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

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

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

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

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

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

respectivamente.

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

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

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

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

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

## Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais

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

### DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

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

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

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

Assinatura do autor:

Data:

### TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

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

Assinatura do autor:

Data:

Prof Dr Ednaldo Cavalcante de Araújo

Editor

- **Referência**

1. Rohrs RMS, Santos CF dos, Barbosa RS et al. Impacto a metodologia de simulação realística na graduação de enfermagem. Rev enferm UFPE on line. Recife. Acesso em: Janeiro 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23005/25474>
2. Society for simulation in Healthcare. About Simulation. Estados Unidos. Acesso em dezembro 2018. Disponível em: <http://www.ssih.org/About-Simulation>.
3. Ministério da Saúde: Departamento de atenção básica. Brasília. Acesso em: Fevereiro 2018. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_ras.php?conteudo=funcoes\\_ab\\_ras](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=funcoes_ab_ras)
4. Buring SM, Bhushan A, Broeseker A, et al. Interprofessional education: definitions, student competencies, and guidelines for implementation. *Am J Pharm Educ*. 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19657492> Acesso em: Maio, 2019. American Heart Association. Greenville Ave. Dallas. Acesso em: Dezembro 2018. Disponível em: [international.heart.org/pt/hands-only-cpr](http://international.heart.org/pt/hands-only-cpr).
5. Martins JCA, Baptista RCN, Coutinho VRD, Mazzo A, Rodrigues MA, Mendes IAC. Autoconfiança para intervenção em emergências: adaptação e validação cultural da Self-confidence Scale em estudantes de Enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Forthcoming 2014. Acesso em: Abril, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/2014nahead/pt\\_0104-1169-rlae-0104-1169-3128-2451.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/2014nahead/pt_0104-1169-rlae-0104-1169-3128-2451.pdf)
6. Buckley T, Gordon C. The effectiveness on high fidelity simulation on medical-surgical registered nurses' ability to recognize and respond to clinical emergencies. *Nurse Educ Today*. 2011. Acesso em: Abril, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20573428>

7. Martins JCA, Baptista RCN, Coutinho VRD, Mazzo A, Rodrigues MA, Mendes IAC. A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. Acta paul. enferm. vol.25 no.4 São Paulo 2012. Acesso em: Abril, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000400022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400022)
8. Gordon C, Buckley T. The effect of high-fidelity simulation training on medical-surgical graduate nurses' perceived ability to respond to patient clinical emergencies. J Contin Educ Nurs. 2009; Acesso em Abril, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19904861>
9. Maibach E, Schieber R, Carroll M. Self-efficacy in pediatric resuscitation: Implications for education and performance. Pediatrics. 1996. Acesso: Abril, 2019. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8545233>
10. Abreu AG et al. O uso da simulação realística como metodologia de ensino e aprendizagem para as equipes de enfermagem de um hospital infanto-juvenil: relato de experiência. Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre. 2014. Acessado em: Março, 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Desktop/relato.pdf>
11. Aggarwal R, Mytton OT, Derbrew M, Hananel D, Heydenburg M, Issenberg B, et al. Training and simulation for patient safety. BMJ Qual Saf 2010, Acesso em: Janeiro 2019. Disponível em: [http://qualitysafety.bmj.com/content/19/Suppl\\_2/i34.full.pdf+html](http://qualitysafety.bmj.com/content/19/Suppl_2/i34.full.pdf+html)
12. Ribeiro R, Motta ALC et al, A APLICABILIDADE DO USO DE SIMULAÇÃO REALÍSTICA NA FORMAÇÃO PERMANENTE DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM. RIES. 2015. Acesso em: Maio, 2019. Disponível em: [file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/713-3349-1-PB%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/713-3349-1-PB%20(4).pdf)
13. TEIXEIRA, I. N. de A. O.; FELIX, J. V. C. Simulação como estratégia de ensino em enfermagem: revisão de literatura. Revista Interface - Comunicação, Saúde,

- Educação, Botucatu, v. 15, nº 39, p. 1173-1184, out./dez. 2011a. Acesso em: maio, 2019. Disponível em: [file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/713-3349-1-PB%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/713-3349-1-PB%20(4).pdf)
14. Vilella DS, Leite LM, Nassar MED. A simulação realística como estratégia de ensino em atendimento pré-hospitalar: um relato de experiência. São Paulo (SP): Prefeitura de São Paulo; 2010. Acessado em: Março, 2019. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/17874>
15. Sanino GEC. Simulação Realística no Ensino de Enfermagem. São Paulo (SP); 2011. Acessado em: Março, 2019. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/247/136>
16. Woods C, Mills J, Park T, Southern J, Usher K. Undergraduate student nurses' self-reported preparedness for practice. Collegian. 2015. Disponível em: [http://www.collegianjournal.com/article/S1322-7696\(14\)00043-2/fulltext](http://www.collegianjournal.com/article/S1322-7696(14)00043-2/fulltext)
17. Costa RRO, Medeiros SM, Martins JCA, Menezes RMP, Araújo MS. O uso da simulação no contexto da educação e formação em saúde e enfermagem: uma reflexão acadêmica. Rev Espac Saúde. 2015. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/20263>
18. Failla KM, Macauley K. Interprofessional Simulation: A Concept Analysis. International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning. 2014. Acesso em: maio, 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/1-s2.0-S1876139914001261-main.pdf>.
19. Smithburger, P. L., Kane-Gill, S. L., Kloet, M. A., Lohr, B., & Seybert, A. L. Advancing interprofessional education through the use of high fidelity human patient simulators. Pharmacy Practice. 2013. Acesso em: maio, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3798176/>

20. GENEROSO, J.R. et al. Simulation Training in Early Emergency Response. *Contin Educ Nurs.* 2016. Acesso: maio, 2019. Disponível: <https://www.healio.com/nursing/journals/jcen/2016-6-47-6/%7Ba27e7bc2-aeb6-448e-9392-7a8977b6b7e0%7D/simulation-training-in-early-emergency-response-steer#divReadThis>.
21. Krull W, Gusenius TM, Germain D, Schnepfer L. Staff Perception of Interprofessional Simulation for Verbal De-escalation and Restraint Application to Mitigate Violent Patient Behaviors in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing* [Internet]. 2019. Acessado em: Maio, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2018.07.001>
22. Nickerson, M., Morrison, B., & Pollard, M. Simulation in nursing staff development: A concept analysis. *Journal for Nurses in Staff Development.* 2011. Acessado em: Maio, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/NND.0b013 E3181a68abd>.
23. Martins J, Mazzo A, Baptista R, Coutinho V, Godoy S, Mendes I. et al. The simulated clinical experience in nursing education: a historical review. *Acta Paul Enferm.* 2012. Acessado em: Maio, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt\\_0104-1169-rlae-0104-1169-3128-2451.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-0104-1169-3128-2451.pdf)
24. Hicks F, Coke L, Li S. Report of findings from the effect of high-fidelity simulation on Nursing students' knowledge and performance: a pilot study. *Res Brief.* 2009. Acesso: Abril, 2019. Disponível em: [https://www.ncsbn.org/09\\_SimulationStudy\\_Vol40\\_web\\_with\\_cover.pdf](https://www.ncsbn.org/09_SimulationStudy_Vol40_web_with_cover.pdf)
25. Sundler AJ, Pettersson A, Berglund M. Undergraduate nursing students' experiences when examining nursing skills in clinical simulation laboratories with high-fidelity patient simulators: A phenomenological research study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2015. Acessado em: Março 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25943280>

26. Badir A, Zeybekoğlu Z, Karacay P, Göktepe N, Topcu S, Yalcin B, Kebapci A, Oban G. Using high-fidelity simulation as a learning strategy in an undergraduate intensive care course. *Nurse Educ* [Internet]. Acessado em: Março 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25693075>
27. Guilherme da Costa Brasil GC, Ribeiro LM, Mazzo A, et al. Utilização de escalas de design e autoconfiança na avaliação da simulação realística materno-infantil. *Revista de Enfermagem Referência*, 2018. Acesso em: Abril, 2019. Disponível em: [//doi.org/10.12707/RIV18025](https://doi.org/10.12707/RIV18025)
28. Negril EC, Mazzo A, et al. Simulação clínica com dramatização: ganhos percebidos por estudantes e profissionais de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017. Acessado em: Maio, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt\\_0104-1169-rlae-25-e2916.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2916.pdf)
29. Sue-Hsien Chena SH,b,c , Shu-Ching Chend , Shu-Chiou Leeb , Yi-ling Changb , Kun-Yun Yehe. Impact of interactive situated and simulated teaching program on novice nursing practitioners' clinical competence, confidence, and stress. *Nurse Education Today*. 2017. Acessado em: maio, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691717301016?via%3Dihub>
30. Christian A, Krumwiede N. Simulation enhances self-efficacy in the management of preeclampsia and eclampsia in obstetrical staff nurses. *Clin Simul Nurs*. 2013. Acessado em: Maio, 2019. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2012.05.006>