

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JÉSSICA PORTO FARIA DE PAULA

**A PRÁTICA DE OFERTA DE LÍQUIDOS ÀS MULHERES DURANTE O
TRABALHO DE PARTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

PORTO ALEGRE

2016

JÉSSICA PORTO FARIA DE PAULA

**A PRÁTICA DE OFERTA DE LÍQUIDOS AS MULHERES DURANTE O
TRABALHO DE PARTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul como requisito parcial à
obtenção do título de Enfermeira.

Orientadora: Prof^a Dr^a Helga G. Gouveia

PORTO ALEGRE
2016

RESUMO

Estudo transversal desenvolvido com 586 puérperas, com o objetivo de conhecer a prática de oferta de líquidos às mulheres durante o trabalho de parto em um hospital universitário. A coleta de dados realizou-se no período de fevereiro a setembro de 2016, com a aplicação de um questionário estruturado, após 12 horas de parto, dos registros do prontuário e da carteira pré-natal. Foi realizada análise descritiva das variáveis. Os resultados mostraram que 76,6% das mulheres ingeriram algum tipo de líquido durante o trabalho de parto. O local mais frequente onde as mulheres receberam orientação foi na instituição em estudo (48,5%). Há uma frequência considerável de mulheres que não receberam orientação (47,1%). A ingestão hídrica e alimentar, assim como todas as outras boas práticas ao nascimento, devem ser estimuladas e orientadas a todas as mulheres durante o seu processo de parturição, vistos os benefícios que podem trazer ao binômio mãe-bebê

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica; Trabalho de parto; Ingestão de líquidos; Assistência Perinatal.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 OBJETIVOS	6
2.1 OBJETIVO GERAL.....	6
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	7
3.1 POLÍTICAS DE SAÚDE	7
3.2 BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E AO NASCIMENTO	8
3.3 A INGESTÃO DE LÍQUIDOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO.....	9
4 METODOLOGIA.....	12
4.1 DESENHO DO ESTUDO	12
4.2 CONTEXTO DO ESTUDO	12
4.3 TAMANHO AMOSTRAL.....	12
4.4 SELEÇÃO DE SUJEITOS	12
4.5 COLETA DE DADOS	12
4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO	13
4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	13
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	13
REFERÊNCIAS	14
5 ARTIGO.....	16
ANEXO A - BOAS PRÁTICAS DE ACORDO COM A OMS	35
ANEXO B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	38
ANEXO C - APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL.....	40
ANEXO D - CARTA DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE.....	41
ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARCIDO	42
ANEXO F - REVISTA COGITARE: DIRETRIZES PARA AUTORES	44

1 INTRODUÇÃO

O trabalho de parto constitui, historicamente, um evento natural, que possui início espontâneo, com baixo grau de risco, no qual o recém-nascido apresenta-se, na maioria dos casos, em posição cefálica e tem idade gestacional de 37 a 42 semanas (BRASIL, 2001; WHO, 1996).

Com o desenvolvimento industrial, científico e tecnológico, o parto foi levado progressivamente, entre o século XIX e XX, para o ambiente hospitalar. Com a mudança de local, houve também uma mudança do modelo da assistência. Modelo esse centrado na visão biomédica com superioridade sob corpo feminino, submetendo as parturientes a rotinas que fogem do seu ritmo natural. Os saberes técnicos-científicos passam a se sobrepor às vontades próprias das mulheres, pois essa competência própria da parturiente de lidar com o processo de parir passa a ser delegada ao profissional de saúde, que ocupa o papel de protagonista. (PASCHE et al., 2010).

Em 1985, Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Panamericana da Saúde realizou uma conferência, em parceria com mais de 50 participantes que representaram a obstetrícia, pediatria, epidemiologia, sociologia, psicologia, entre outros. O assunto trabalhado nessa conferência foi a tecnologia apropriada para o nascimento, que levou à aprovação de recomendações relevantes para serviços perinatais de todo o mundo (WHO, 1985).

Em 1996, as recomendações relacionadas às tecnologias adequadas para o nascimento foram discutidas, atualizadas e publicadas, e são conhecidas como recomendações da OMS (WHO, 1996), que classifica as rotinas de atenção ao trabalho de parto e parto em quatro categorias:

- A – Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas;
- B – Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas;
- C – Condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução, até que novas pesquisas comprovem o assunto; e
- D – Condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriada, provocando mais dano que benefício.

No cotidiano de atenção ao parto tem sido observado algumas dificuldades na implementação dessas recomendações e, em algumas situações, a resistência dos profissionais em aderirem às práticas demonstradamente úteis que devem ser estimuladas durante o

trabalho de parto e durante o parto, entre elas destacando-se a oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto.

Na prática da autora como acadêmica de enfermagem na área da obstetrícia, percebeu-se que, por mais que a restrição hídrica e alimentar seja uma prática utilizada de modo inadequado, ainda há resistência dos profissionais de saúde em relação à liberação da ingestão de líquidos durante o trabalho de parto e, em algumas situações, ocorre a recusa das mulheres.

O conforto e o bem-estar da parturiente, a importância de manter-se hidratada e com o aporte calórico necessário durante o trabalho de parto, a prevenção de possíveis prejuízos para mãe e recém-nascido decorrente de restrição de ingestão, são fatores que destacam a relevância da temática deste trabalho. Dessa forma, considero importante conhecer essa prática em um hospital universitário, pois acredita-se que estes dados possam contribuir para a reflexão sobre o modelo de atenção adotado e poderão contribuir para futuras ações institucionais de qualificação da atenção à parturiente.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a prática de oferta de líquidos às mulheres durante o trabalho de parto em um hospital universitário.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Conhecer a frequência de parturientes que ingeriram líquidos.
- b) Caracterizar as parturientes que ingeriram líquidos no trabalho de parto quanto idade, cor da pele, situação marital e escolaridade.
- c) Comparar os dados da história obstétrica e admissão obstétrica entre parturientes que ingeriram ou não líquidos no trabalho de parto.
- d) Identificar o conhecimento prévio que a parturiente recebeu sobre a ingestão de líquidos no trabalho de parto.
- e) Identificar os tipos de alimentos oferecidos às parturientes.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 POLÍTICAS DE SAÚDE

Segundo a Organização Mundial da Saúde, existem evidências científicas de que as práticas na assistência à gestação e ao parto são promotoras de melhores resultados obstétricos e são efetivas para a redução de desfechos perinatais negativos. Fatores da saúde materna que atuam durante o período gestacional influenciam os resultados da gravidez e a assistência pré-natal de qualidade contribui para a redução de danos à gestante e ao recém-nascido. Dessa forma, uma parcela importante das complicações que podem ocorrer durante o trabalho de parto e no momento do parto pode ser reduzida se realizado atendimento obstétrico apropriado, com o uso adequado de tecnologia. Por outro lado, o uso inadequado de tecnologias ou a realização de intervenções desnecessárias pode trazer prejuízos para a mãe e seu concepto (WHO, 1996).

Em 1984, o Ministério da Saúde (MS), pensando na mulher como uma prioridade do governo, em parceria com diferentes setores da sociedade, elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Mulher (PAISM). Esse documento reflete o compromisso e a responsabilidade de implementar ações de saúde que garantissem os direitos das mulheres, assim como reduzir a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Entre os princípios norteadores incorporados neste documento, estavam o gênero, a integralidade e a promoção de saúde. Dessa forma, buscou-se estabelecer avanços no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, melhoria na atenção obstétrica e no planejamento familiar, atenção ao abortamento seguro e no combate à violência doméstica e sexual. Incluía também prevenção e tratamento para mulheres com doenças sexualmente transmissíveis (DST), acompanhamento e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e cânceres ginecológicos. A PAISM tem como objetivos “promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina, e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2004).

No ano de 2000, foi lançado o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento (PHPN), que tem por objetivo “o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e

neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do SUS” (BRASIL, 2000). Esses aspectos são fundamentais para que ocorra a humanização da assistência e dizem respeito ao compromisso das unidades de saúde em receber com dignidade a mulher, família e recém-nascido e à adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do trabalho de parto e nascimento, evitando intervenções desnecessárias, que com frequência acarretam maiores riscos para binômio (BRASIL, 2002).

Em 2011, é lançada pelo MS a estratégia Rede Cegonha, que “visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis”. Tem como objetivos: “I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal” (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro componentes (I - Pré-Natal; II - Parto e Nascimento; III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; IV - Sistema Logístico), sendo que cada um deles compreende uma série de ações de atenção à saúde. O componente parto e nascimento se descreve sobre a implementação de práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento” (BRASIL, 2011).

3.2 BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E AO NASCIMENTO

Ainda que haja muitos estudos sendo desenvolvidos e debates relacionados às boas práticas de atenção ao parto e ao significado de “normalidade”, é notável de que tal conceito não é unificado em todos os locais. Com o passar dos anos, percebemos uma expansão no que diz respeito às práticas utilizadas para regular o processo fisiológico do trabalho de parto e parto. Aderir às intervenções inoportunas, inadequadas ou desnecessárias sem avaliação prévia ou de forma equivocada é um hábito de muitas pessoas que tentam, de alguma forma, melhorar os serviços obstétricos (WHO, 1996).

O documento conhecido como “Recomendações da OMS” (ANEXO A) visa estabelecer algumas normas de boas práticas a serem realizadas junto às mulheres em trabalho

de parto sem complicações. As recomendações são sobre quais intervenções devem ou não ser utilizadas durante o trabalho de parto e o parto, e são baseadas em evidências científicas (WHO, 1996).

A OMS acredita que, para que as recomendações sejam de fato relevantes para os serviços de saúde no mundo, todas as mulheres devem ter direito à assistência pré-natal adequada e de exercer um papel central em todos os aspectos do seu cuidado, incluindo a participação no planejamento, execução e avaliação. É imprescindível que sejam levados em consideração os fatores sociais, emocionais e psicológicos da mulher para o planejamento do atendimento. Assim, reitera que para que essas recomendações sejam de fato viáveis, é necessária uma transformação na estrutura dos serviços de saúde, nas atitudes pessoais dos profissionais e na distribuição de recursos físicos e humanos. (WHO, 1985)

3.3 A INGESTÃO DE LÍQUIDOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Existem diversas opiniões acerca do assunto nutrição durante o trabalho de parto que variam amplamente em todo o mundo (WHO, 1996). Sodré e Lacerda (2007) trazem a ideia de que as prescri es rotineiras de jejum denotam a falta de embasamento científico sobre a necessidade do procedimento. Predomina o modelo técnico-assistencial clínico biológico, cujo foco principal   a doença e o profissional médico, o qual tem suas tomadas de decisões influenciadas diretamente pela sua forma o acadêmica tradicional. As a es desses profissionais são norteadas por possibilidades de intercorrências durante o trabalho de parto.

Em muitos países desenvolvidos, o receio de aspira o de conteúdo gástrico durante a anestesia geral (Síndrome de Mendelson) continua a justificar a regra de absten o total de alimentos ou líquidos durante o trabalho de parto (WHO, 1996). Essa preocupa o excessiva dos profissionais com a restri o alimentar deve-se   possibilidade de a parturiente regurgitar durante um procedimento anestésico, porém, evidências apontam que o risco de aspira o está diretamente associado ao uso de anestesia geral no parto, que   muito baixo (OLIVEIRA MOUTA; PROGIANTI, 2009). No caso das gestantes, o fato de manter-se em jejum não   garantia de manter o estômago vazio, pois, independentemente do tempo da última refei o, sempre haverá um resíduo de volume gástrico de, no mínimo, 100 ml (WEI; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011). O risco de aspira o do conteúdo gástrico leva a um medo real e s rio, entretanto, a restri o da ingesta de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto não   uma garantia de diminui o de conteúdo estomacal (WHO, 1996). Estudos sobre métodos

para reduzir o conteúdo gástrico ou a acidez estomacal, tanto por meios farmacológicos quanto por restrição da ingesta, não conseguem estabelecer um efeito 100% para nenhum método específico (CRAWFORD, 1956; TAYLOR; DAVIES, 1966, ROBERT; SHIREY, 1976, TETAMBEL, 1983; MCKAY; MAHAN, 1988, apud WHO, 1996). A administração de antiácidos durante o trabalho de parto foi investigada e encontraram-se amplas variações de valores de PH, mostrando não ser um método para evitar a Síndrome de Mendelsol. Reforça-se, assim, a ideia de que a abordagem correta ao parto normal classificado como de baixo risco é o manejo sem restrições alimentares e sem administração de antiácidos.

Além disso, mulheres que estão na fase inicial do trabalho de parto e são colocadas em jejum obrigatório podem apresentar uma progressão insatisfatória do trabalho de parto, recaindo em uma cascata de intervenções que podem culminar em cesariana. Durante o processo de parturição, o dispêndio de energia é o equivalente ao exercício físico moderado contínuo e, no caso do trabalho de parto prolongado, associado ao jejum, há o aumento progressivo de cetonas urinárias (ENKIM, 2005). O aumento das cetonas urinárias pode causar uma desidratação devido à perda de eletrólitos (BRASIL, 2013).

As modificações anatômicas e hormonais produzem retardo no esvaziamento gástrico e, particularmente, na secreção de gastrina placentária, aumentando a acidez gástrica. A necessidade de alimento no trabalho de parto vai depender da situação de cada parturiente, pois existem intervalos de ingesta calórica, tipo de dieta prévia ou outros fatores que indicam a necessidade de reposição energética durante o trabalho de parto. Nas parturientes de baixo risco, devem-se oferecer pequenas quantidades de líquidos sem resíduos durante todo o processo da parturição, uma vez que o jejum prolongado e a desidratação têm impacto negativo na progressão e na evolução fisiológica do trabalho de parto (SOUZA et al., 2010).

Outro fator importante a ser citado é a carga energética que um trabalho de parto exige de uma mulher. Ele requer enormes quantidades de energia. A duração é indefinida, logo, é essencial que haja reposição de fontes de energia, garantindo, assim, o bem-estar materno e fetal. Uma restrição severa de ingesta oral pode ocasionar em desidratação e cetose. Tais complicações podem ser facilmente evitadas pela oferta de líquidos via oral e alimentos leves. Caso essa oferta não ocorra e as complicações aconteçam, é necessário o aumento dos níveis maternos de insulina por soluções intravenosas contendo glicose. Esse aumento de glicemia materna pode estar acompanhado de aumento nos níveis de insulina. Dessa forma, resulta num aumento de níveis plasmáticos de glicose no bebê, e pode resultar numa diminuição do PH da artéria umbilical. Se a parturiente recebe mais de 25g de glicose por via endovenosa

durante o trabalho de parto, há chances de haver um hiperinsulismo fetal, resultando em hipoglicemia (WHO,1996).

Percebemos, então, que a alimentação durante o trabalho de parto deveria ser revista pelas unidades de saúde como procedimento de rotina, uma vez que a fome e a sede acarretam grande desconforto e risco para as mulheres e seus bebês (TAKEMOTO; CORSO, 2013). O trabalhador da área da saúde – especialmente o enfermeiro – deve ser compreendido como um agente educador, podendo assim contribuir no processo de mudança das práticas institucionais no que diz respeito ao cuidado com as parturientes. É importante sensibilizar e mobilizar a equipe de saúde e os gestores em relação a um novo paradigma de atenção. O desenvolvimento de novos estudos que busque identificar maneiras de melhorar o cuidado e assim efetivar as recomendações já cientificamente comprovadas é uma forma muito importante de valorizar e explorar o cuidado de enfermagem (CARVALHO et al., 2010).

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal, originado da pesquisa “Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição e nascimento”.

4.2 CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Internação Obstétrica (UIO), do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), localizada no décimo primeiro andar, na ala sul.

4.3 TAMANHO AMOSTRAL

A amostra foi composta de 586 puérperas. Para o cálculo, foi considerado poder de 80%, nível de significância de 5%, dados institucionais de boas práticas na atenção ao trabalho de parto e ao parto e a diferença entre as proporções dos desfechos do recém-nascido cujo OR seja de 0.6 (VOGT; SILVA; DIAS, 2014). Foi utilizado o programa Winpepi, versão 11.43 para realização do cálculo amostral.

4.4 SELEÇÃO DE SUJEITOS

Foram incluídas puérperas que tiveram partos no Centro Obstétrico - HCPA, com mais de duas horas de trabalho de parto, internadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com recém-nascidos com idade gestacional ≥ 37 semanas (Método Capurro) e excluídas aquelas que tiveram indicação eletiva de cesariana, com óbito fetal e malformação fetal.

4.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos por um questionário (ANEXO B), registros do prontuário eletrônico materno e carteira pré-natal. O questionário foi aplicado diariamente, no período de fevereiro a setembro de 2016, após as primeiras 12 horas pós-parto, com todas as puérperas que contemplaram os critérios de inclusão e exclusão definidos para esse estudo.

4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis analisadas foram: dados da admissão obstétrica (número de consultas pré-natal, dilatação e dinâmica uterina), idade, escolaridade, cor da pele, situação marital, número de gestações e a prática da ingestão de líquido no trabalho de parto.

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada análise descritiva das variáveis pesquisadas com apresentação através de tabelas. As análises foram realizadas com software SPSS, versão 18.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto a qual esse se deriva foi submetido para avaliação metodológica à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/ENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO C) e ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA - Parecer nº 1.394.513 (ANEXO D).

Todas as participantes que concordaram em participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e no caso de menores de 18 anos, o TCLE foi assinado por seu responsável (ANEXO E). Foi assegurado à participante a confidencialidade da informação prestada, e a possibilidade de desistir de participar sem prejuízos à sua assistência na instituição.

Todos os instrumentos de coleta de dados ficarão arquivados por cinco anos e sob responsabilidade das pesquisadoras.

Foram cumpridos os termos da Resolução CNS 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

REFERÊNCIAS

ANDRADE, D. C. et al. Síndrome de Mendelson: Relato de caso. **Revista Radiologia Brasileira**, Belo Horizonte, v. 38, n. 4, p. 309-311, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 13 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Caderno de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabete mellitus**. n. 36, Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto: Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, v.1, n. 43, p. 5, 2002.

_____. **Portaria nº 1459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema único de saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília, DF, 24 jun. 2011.

_____. **Portaria nº 569**, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 1 jun. 2000.

_____. **Resolução nº 466**, 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.

CARVALHO, V. F. et al. Práticas prejudiciais ao parto: Relato dos trabalhadores de saúde do Sul do Brasil, **Revista Rene**, Fortaleza. v. 11, n. especial, p. 92-98, 2010.

ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

OLIVEIRA MOUTA, J. O.; PROGIANTI, J. M. Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 731-740, 2009.

PASCHE, D. F. et al. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: Pressupostos para uma nova ética na gestão e cuidado. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, p. 105-117, 2010.

ROCHA, J. A.; NOVAES, P. B. Uma reflexão após 23 anos de recomendações da Organização Mundial da Saúde para o parto normal. **Revista Femina**, São Paulo, v. 38, n. 3, 2010.

SODRÉ, T. M.; LACERDA, R. A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 82-89, 2007.

SOUZA, G. N. et al. Analgesia e anestesia durante o trabalho de parto. **Revista Femina**, São Paulo, v. 38, n. 12, p. 356-659, 2010.

TAKEMOTO, A. Y.; CORSO, M. R. Parto humanizado e a assistência de enfermagem: uma revisão de literatura. **Revista Arquivos de Ciência da Saúde**, UNIPAR, Umuarama, v. 17, n. 12, p. 117-127, 2013.

VOGT, S. E; SILVA, K. S; DIAS, M. A. B., Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 304-313, 2014.

WEI, C. Y.; GUALDA, D. M. R.; SANTOS JUNIOR, H. P. O. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 717-725, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Care in normal birth**: a practical guide. Geneva: WHO, 1996. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf>. Acesso em: 22 maio 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Appropriate technology for birth**. *Lancet*, v. 2, n. 8452, p. 436-437, 1985.

5 ARTIGO

ANEXO F: Revista Cogitare – Diretrizes aos autores

Pagina de identificação

A PRÁTICA DE OFERTA DE LÍQUIDOS ÀS MULHERES EM TRABALHO DE PARTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO¹

¹JÉSSICA PORTO FARIA DE PAULA,

Graduanda em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

²HELGA GEREMIAS GOUVEIA,

Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta na Escola de Enfermagem da Universidade federal do Rio Grande do Sul. Brasil.

¹ Artigo extraído de Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: “A prática de oferta de líquidos às mulheres durante o trabalho de parto em um hospital universitário”. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

A PRÁTICA DE OFERTA DE LÍQUIDOS ÀS MULHERES EM TRABALHO DE PARTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

RESUMO

Estudo transversal desenvolvido com 586 puérperas, com objetivo de conhecer a prática de oferta de líquidos às mulheres durante o trabalho de parto em um hospital universitário. A coleta de dados realizou-se no período de fevereiro a setembro de 2016, com a aplicação de um questionário estruturado, após 12 horas de parto, dos registros do prontuário e da carteira pré-natal. Foi realizada análise descritiva das variáveis. Os resultados mostraram que 76,6% das mulheres ingeriram algum tipo de líquido durante o trabalho de parto. O local mais frequente onde as mulheres receberam orientação foi na instituição em estudo (48,5%). Uma frequência considerável de mulheres que não receberam orientação (47,1%). A ingestão hídrica e alimentar, assim como todas as outras boas práticas ao nascimento, devem ser estimuladas e orientadas a todas as mulheres durante o seu processo de parturição, visto aos benefícios que podem trazer ao binômio mãe-bebê.

DESCRITORES: Enfermagem obstétrica, Trabalho de parto, Ingestão de líquidos, Assistência Perinatal.

INTRODUÇÃO

O parto e o nascimento são os eventos criadores da vida humana. A forma como cuidamos de tais eventos reflete os valores da sociedade em que estamos inseridos. Com o desenvolvimento industrial, científico e tecnológico, o parto foi levado progressivamente,

entre o século XIX e XX para o ambiente hospitalar. Com a mudança de local, houve também uma mudança no modelo da assistência. Modelo esse centrado na visão biomédica com superioridade sob o corpo feminino, submetendo as parturientes a rotinas que fogem do seu ritmo natural⁽¹⁾. O corpo da mulher tem sido interpretado como uma máquina complexa que apenas é entendida por métodos científicos, que separam as partes do todo. Ainda que os avanços tecnológicos na obstetrícia sejam responsáveis pela prevenção e diminuição de morbimortalidade, evidenciam-se contradições no que se diz respeito ao abuso de técnicas e procedimentos⁽²⁾.

Em todas as culturas e gerações, o nascimento de um novo ser desperta corações e mentes. Para as mulheres, a gravidez e o nascimento são eventos únicos, repletos de emoções e sentimentos. Essa experiência fica marcada em sua memória permanentemente e por esse motivo, todos envolvidos na sua assistência, desde o pré-natal até o parto, devem lhe proporcionar segurança, carinho e humanismo⁽²⁾.

Em 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana da Saúde realizara, uma conferência, em parceria com mais de 50 participantes que representaram a obstetrícia, pediatria, epidemiologia, sociologia, psicologia, entre outros. O assunto trabalhado nessa conferência foi a tecnologia apropriada para o nascimento, que levou à aprovação de recomendações relevantes para serviços perinatais de todo o mundo⁽³⁾.

Em 1996, as evidências científicas das recomendações relacionadas a tecnologias adequadas para o nascimento foram discutidas, atualizadas e publicadas, e são conhecidas como as “recomendações da OMS”. Este documento classifica as rotinas do parto em quatro categorias⁽⁴⁾:

A – Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas;

B – Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas;

C – Condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução, até que novas pesquisas comprovem o assunto;

D – Condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriada, provocando mais dano do que benefício.

Entre as condutas úteis e que deveriam ser encorajadas (A), está a oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto. Durante o processo de trabalho de parturição, o gasto de energia é equivalente a um exercício físico moderado e contínuo⁽⁵⁾. Como não se pode prever a sua duração, é preciso repor as fontes de energia, a fim de garantir o bem-estar fetal e materno. A restrição severa de ingestão oral pode levar à desidratação e à cetose⁽⁴⁾. Mulheres que estão na fase inicial do trabalho de parto e são colocadas em jejum obrigatório, podem apresentar uma progressão insatisfatória do trabalho de parto, recaindo em uma cascata de intervenções que podem culminar em cesariana⁽⁵⁾.

Dessa forma, a implementação da alimentação durante o trabalho de parto deve ser estimulada como procedimento de rotina, uma vez que a fome e a sede acarretam grande desconforto e risco para as mulheres e seus bebês⁽⁶⁾.

A restrição hídrica e alimentar é considerada uma prática frequentemente utilizada de modo inapropriado (D), mas ressalta-se a resistência dos profissionais de saúde em relação à liberação da ingestão de líquidos durante o trabalho de parto e, ainda, em algumas situações, a recusa das mulheres⁽⁴⁾.

O conforto e o bem-estar da parturiente, a importância de manter-se hidratada e com o aporte calórico necessário durante o trabalho de parto e a prevenção de situações desfavoráveis para mulher e o bebê decorrentes de restrição de ingestão, são fatores que destacam a relevância da temática. Assim, este artigo tem como objetivo conhecer a prática de oferta de líquidos às mulheres durante o trabalho de parto em um hospital universitário, pois

se acredita que estes dados poderão contribuir para a reflexão sobre o modelo de atenção adotado e para futuras ações institucionais de qualificação da atenção à parturiente.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal, originado da pesquisa “Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição e nascimento”, desenvolvido na Unidade de Internação Obstétrica (UIO) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no estado do Rio Grande do Sul (Brasil).

A amostra foi composta de 586 puérperas. Para o cálculo, foi considerado poder de 80%, nível de significância de 5%, dados institucionais de boas práticas na atenção ao trabalho de parto e ao parto e diferença entre as proporções dos desfechos do recém-nascido cujo OR seja de 0.6 (21). Foi utilizado o programa Winpepi, versão 11.43 para realização do cálculo amostral.

Foram incluídas mulheres atendidas exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que tiveram parto vaginal ou cesárea na Unidade de Centro Obstétrico (UCO) da referida instituição, com mais de duas horas de trabalho de parto, que tiveram recém-nascidos com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas (Método Capurro). Foram excluídas aquelas mulheres que realizaram cesárea eletiva, assim como casos de óbito e malformação fetal.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a setembro de 2016, a partir da aplicação de um questionário estruturado, após 12 horas de parto, dos registros do prontuário materno e da carteira pré-natal.

As variáveis analisadas foram: dados da história obstétrica (número de gestações e número de consultas pré-natal), admissão obstétrica (dilatação e dinâmica uterina), idade,

escolaridade, cor da pele, situação marital, número de gestações e a prática da ingestão de líquido no trabalho de parto. Foi realizada análise descritiva das variáveis pesquisadas, com software SPSS, versão 18.

O grande projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Parecer nº 1.394.513). Todas as participantes que concordaram em participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, no caso de menores de 18 anos, esse foi assinado por seu responsável. Foram cumpridos os termos da Resolução CNS 466/12, do Conselho Nacional de Saúde⁽⁷⁾.

RESULTADOS

Das 586 mulheres que compuseram a amostra, 76,6% ingeriram algum tipo de líquido durante o trabalho de parto (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das mulheres de acordo com a ingestão de líquido no trabalho de parto. Porto Alegre, 2016 (N= 585*).

Ingestão de líquido no TP	N	%
Não	137	23,4
Sim	448	76,6
Total	585	100,0

*Uma entrevista com *missing*.

Os próximos resultados são referentes às características das mulheres que ingeriram algum tipo de líquido durante o trabalho de parto (Tabela 2). Verifica-se que a maioria das mulheres encontrava-se na faixa etária de 15 a 35 anos (92,4%), se declarou de cor branca (64,2%), tinham companheiro (88,6%) e tinham Ensino Médio completo (39,9%).

Tabela 2 - Distribuição das mulheres que ingeriram algum tipo de líquido no trabalho de parto de acordo com idade, cor da pele, situação marital e escolaridade. Porto Alegre, 2016 (N= 448).

Características das mulheres	N	%
Idade		
15 a 35 anos	414	92,4
> 35 anos	34	7,6
Cor da pele		
Branca	288	64,3
Preta	85	19,0
Parda/morena/mulata	70	15,6
Amarela	04	0,9
Indígena	01	0,2
Situação Marital		
Com companheiro	397	88,6
Sem companheiro	51	11,4
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	91	20,3
Ensino Fundamental Completo	53	11,8
Ensino Médio Incompleto	79	17,6
Ensino Médio Completo	179	40,0
Superior Incompleto	31	6,9
Superior Completo	15	3,4

A seguir são apresentados os dados referentes à história obstétrica das mulheres relacionadas com a ingestão ou não de líquidos durante o trabalho de parto (Tabela 3). Podemos observar que tanto entre as mulheres que ingeriram algum tipo de líquido no trabalho de parto quanto as que não ingeriram, algumas características foram semelhantes, como ter realizado seis consultas de pré-natal ou mais, encontravam-se entre 37 e 42 semanas de gestação e apresentavam três ou mais contrações em 10 minutos na admissão. Em relação ao número de gestações, a frequência da não ingestão de líquidos foi maior entre as primigestas e entre as que ingeriram algo a frequência foi a mesma. No que se refere à dilatação, a maioria das que não ingeriram líquidos estavam com três ou mais centímetros de

dilatação na admissão e as que ingeriram algum tipo de líquido estavam com um a três centímetros.

Tabela 3 - Distribuição das mulheres de acordo com história obstétrica e ingestão de líquido no trabalho de parto. Porto Alegre, 2016 (N= 585*).

Dados da história obstétrica e da admissão da gestante	Ingestão de líquido no TP			
	Não (N=137)		Sim (N=448)	
	N	%	N	%
Nº gestações				
Primigesta	73	53,3	224	50,0
Multigesta	64	46,7	224	50,0
Nº consultas pré-natal				
Nenhuma	01	0,7	05	1,1
< 6 consultas	29	21,2	95	21,2
6 consultas ou mais	105	76,6	343	76,6
Sem registro	02	1,5	05	1,1
Dilatação				
Nenhuma dilatação	03	2,2	14	3,1
1 a 3 cm de dilatação	63	46,0	218	48,7
4 cm ou mais de dilatação	71	51,8	214	47,8
Sem registro	00	0,0	02	0,4
Dinâmica uterina/10'				
Nenhuma	27	19,7	104	23,2
1 a 2 contrações	51	37,2	157	35,1
3 contrações ou mais	59	43,1	181	40,4
Sem registro	00	0,0	06	1,3

*Uma entrevista com *missing*.

Na sequência, serão apresentados os resultados referentes ao local onde as mulheres receberam orientação ou não sobre a ingestão de líquidos durante o trabalho de parto, sendo que algumas mulheres receberam orientação em mais de um local (Tabela 4). O local mais frequente onde as mulheres receberam orientação foi na Unidade de Centro Obstétrico/Unidade de Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (48,5%). Ressalta-se uma frequência considerável de mulheres que não receberam orientação (47,1%).

Tabela 4 - Distribuição das mulheres de acordo com as orientações sobre ingestão de líquido no trabalho de parto. Porto Alegre, 2016 (N= 586)

Orientações sobre Ingestão de líquido no TP		
	N	%
Não recebeu orientação	276	47,1
UCO/UIO* - HCPA**	284	48,5
Pré-natal - UBS/USF***	27	4,6
Pré-natal - HCPA	04	0,7
Pré-natal - Grupo de gestantes	02	0,3
Mídias	02	0,3

Legenda: *Unidade de Centro Obstétrico/Unidade de Internação Obstétrica; **Hospital de Clínicas de Porto Alegre; ***Unidade Básica de Saúde/Unidade de Saúde da Família.

Em seguida, na Tabela 5, são apresentados os tipos de alimento oferecidos às mulheres em trabalho de parto, sendo que para algumas mulheres foi oferecido mais de um tipo de alimento. Os mais oferecidos foram a água (64,3%) e a gelatina (49,8%). Destaca-se que para 30,2% das mulheres não foi ofertado nenhum tipo de alimento.

Tabela 5 - Frequência dos tipos de alimentos oferecidos para mulheres durante o trabalho de parto. Porto Alegre, 2016 (N= 586).

Tipo de líquido oferecido	N	%
Nenhum líquido oferecido	177	30,2
Água	377	64,3
Gelatina	292	49,8
Suco	243	41,5
Chá	194	33,1
Sopa	03	0,5
Outros	05	0,8

Considerando 409 mulheres às quais foi oferecido algum tipo de alimento durante o trabalho de parto, a 80 delas foi oferecido somente um tipo e às demais, 329 mulheres, foram oferecidos dois ou mais tipos de alimentos.

DISCUSSÃO

Quando falamos sobre a humanização do atendimento ao trabalho de parto e ao parto, percebemos que não existe uma regra de como fazê-lo, entretanto, as propostas que visam à valorização, ao respeito e à promoção dos direitos das mulheres e das crianças, baseados em evidências científicas, deveriam se sobrepôr ao modelo biomédico tradicional ainda em curso em muitas maternidades⁽⁸⁾.

Percebe-se que o emprego de determinadas práticas, prejudiciais no momento em que a mulher está em trabalho de parto, muitas vezes têm o objetivo de simplificar a ação do profissional de saúde, ignorando a necessidade individual da parturiente, sem refletir se o uso dessas práticas irá trazer benefícios para a mãe e o bebê⁽⁹⁾.

A OMS incentiva o uso de ações que beneficiem mudanças no atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal, considerando então um atendimento mais humanizado ao parto, respeitando o processo fisiológico e a dinâmica de nascimento, com menor nível de intervenção possível, compatível com a segurança da mãe e do bebê^(10,4). Porém, nos deparamos com resultados preocupantes, não apenas nesta pesquisa, como em estudos realizados pelo País – os quais serão citados durante o presente artigo. Percebemos que a qualidade da assistência ainda está muito aquém daquelas preconizadas pela OMS.

Os resultados desta pesquisa mostram que a maioria das mulheres ingeriu líquido durante o trabalho de parto, porém, ainda é considerável o número de parturientes que se mantiveram em jejum. Outros três estudos que buscaram avaliar a prática do atendimento obstétrico encontraram resultados semelhantes, onde a maioria das mulheres receberam líquidos durante o trabalho de parto^(8,11,12), entretanto, pesquisas^(13,14) mostram resultados alarmantes, nas quais uma parcela significativa de mulheres de risco habitual, em trabalho de parto, foram mantidas em jejum (62% e 87,4%).

Considerando a análise das boas práticas em mulheres de risco obstétrico habitual, em trabalho de parto, atendidas em ambientes hospitalares em todas as regiões do Brasil, menos de um terço (25,6%) das parturientes de alimentou durante o trabalho de parto. Na região Sul, onde foi desenvolvido o presente estudo, a frequência foi menor ainda, sendo que 22% das mulheres se alimentaram durante o trabalho de parto. Por outro lado, na região Sudeste, a prática de alimentação durante o trabalho de parto foi de 35,7%, superando todas as regiões do País⁽⁹⁾.

Em contrapartida, na pesquisa feita em um Centro de Parto Normal (CPN), em São Paulo, com 1079 mulheres, constatou-se um percentual baixo das mulheres que não ingeriram nada durante o trabalho de parto (4,4%), e destaca-se que foi ofertado não somente líquidos mas também alimentos sólidos⁽¹¹⁾.

Acredita-se que tal diferença relacionada à frequência na oferta de líquidos durante o TP, possa estar relacionada ao modelo de atenção à parturiente nos diferentes locais de atendimento. Os CPN foram criados com a finalidade de prestar assistência obstétrica com o uso adequado de tecnologias, valorizando o parto como evento fisiológico e familiar, assegurando a melhoria no acesso à saúde e da qualidade a atenção materna e neonatal⁽¹⁶⁾. De outro lado, encontra-se uma parcela de instituições hospitalares que prestam assistência baseada em outro modelo de atenção.

Muitas podem ser as justificativas usadas pelos profissionais para que usufruam da regra de abstenção total de alimentos ou líquidos durante o trabalho de parto, entre elas, cita-se a possibilidade de a parturiente aspirar conteúdo gástrico durante uma anestesia geral (Síndrome de Mendensol). Entretanto, a necessidade de uma anestesia geral, em gestantes de risco habitual, é muito baixa^(4,17). Estudo randomizado realizado em Londres com 2426 parturientes não identificou nenhum caso de aspiração do conteúdo gástrico⁽¹⁸⁾.

Em meta-análise que incluiu cinco estudos, totalizando 3130 mulheres com baixo risco de necessidade de anestesia, concluiu-se que não há nenhuma justificativa para privar as mulheres de ingerirem líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto⁽¹⁹⁾. Pelo contrário, apontaram o jejum como responsável pela fraqueza que sentiram, além da necessidade de maior aporte medicamentoso para a sua recuperação física. Foi atribuído também à alimentação melhor condição física no parto e pós-parto⁽¹⁰⁾.

Profissionais de saúde que atuam no processo parturitivo participaram de pesquisa sobre a sua compreensão a respeito da humanização no parto e nascimento e as práticas utilizadas por eles, sendo a que a dieta livre, como comer e beber (frutas, sucos, comidas) durante o trabalho de parto, foi referida como uma importante prática humanizada⁽²⁰⁾.

No que diz respeito ao perfil (idade, cor, situação conjugal e escolaridade) das mulheres que ingeriram líquidos durante o trabalho de parto, constatou-se que não houve discrepância nos resultados desta pesquisa quando comparadas com a população estudada por outros autores^(12,,15). Estudo que comparou modelos de assistência apresentou 77,8% mulheres com idade entre 18 e 35 anos, 43,2% com ensino médio completo, e 68,8% tinham companheiro⁽¹²⁾. Em pesquisa que incluiu mulheres de todas as regiões do Brasil, 25,7% das mulheres tinham entre 20 e 34 anos, enquanto 27,3% entre 10 e 19 anos. 29,4% tinham de 11 a 14 anos de estudo e a maioria (27,7%) se auto dominava de cor branca⁽¹⁵⁾.

Assim, pode-se considerar que a implementação das boas práticas, mais especificamente da oferta de líquidos durante o TP, pode estar relacionada a outros fatores, como o modelo tradicional biomédico empregado nas instituições, às condutas dos profissionais de saúde, à falta de informação das usuárias e condições obstétricas das gestantes.

Quanto aos dados da história obstétrica analisado neste estudo, obtivemos como resultado um número igual de primigestas e multigestas que ingeriram líquidos no TP. Em

um estudo desenvolvido em todas as regiões do Brasil, a prática de hidratação foi mais utilizada pelas primíparas⁽¹⁵⁾. Em relação ao número de consultas pré-natal constatou-se que uma parcela considerável de gestantes realizou seis ou mais consultas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde⁽²¹⁾, o que possibilitaria uma maior oportunidade de orientações acerca das condutas durante o trabalho de parto e o parto.

Em relação às condições obstétricas na admissão hospitalar na UCO, pouco mais da metade das mulheres foram admitidas sem dilatação ou com pouca dilatação, três centímetros ou menos, para essas mulheres, o tempo de trabalho de parto tende a ser maior, reforçando mais ainda a necessidade da ingestão de líquidos para suprir os gastos energéticos que serão dispensados nesse período. Ressalta-se que um percentual pequeno de mulheres foram admitidas sem dilatação e/ou sem contração uterina, e ainda assim, mantiveram-se em jejum. Levando em consideração que é impossível prever a duração de um trabalho de parto, é imprescindível a reposição de fontes de energia, a fim de manter o bem-estar materno e fetal⁽⁴⁾.

Estudo que comparou parturientes com dieta de líquidos claros (incluindo chá com canela e açúcar) e mulheres que ficaram em jejum mostrou que as usuárias que ingeriram líquidos tiveram um trabalho de parto com menor duração (257h) comparadas àquelas que não ingeriram nenhum tipo de líquido (288h). Entre 345 parturientes, 30 foram submetidas a uma cesariana, sendo que dessas, 20 estavam em jejum⁽²²⁾.

Estudo realizado em São Paulo com puérperas que tiveram partos vaginais anteriormente aponta que as mulheres que permaneceram em jejum durante o trabalho de parto revelaram enorme satisfação em poder ingerir líquido/alimentos durante esse período. Para essas mulheres a ingestão de líquidos no TP facilitou a realização de força no período expulsivo, além de favorecer uma melhor condição física no parto e no pós-parto⁽¹⁰⁾.

Outra prática preconizada pelo OMS que se encontra muito aquém e foi mostrado neste estudo, é o fornecimento de informações às parturientes. Os resultados nos mostram que

somente uma mulher entrevistada não realizou pré-natal e entre as demais se constatou que quase metade delas relataram não terem recebido informação alguma sobre a possibilidade de ingestão de líquidos durante o trabalho de parto e a sua importância. A comunicação, a troca de informações e as orientações às mulheres, assim como a interação com a equipe, se associam diretamente com a satisfação recebida no atendimento ao parto⁽²³⁾. Fica a indagação a respeito do acompanhamento pré-natal: esse tem se direcionado apenas à parte clínica/obstétrica e limitado às orientações relacionadas ao trabalho de parto e ao parto?

A assistência pré-natal é considerada um indicador da qualidade da assistência prestada à mulher no processo reprodutivo e se reflete nos índices de morbimortalidade materna⁽²⁴⁾. Durante o pré-natal, a gestante precisa receber informações que contemplem todos os aspectos que envolvem a sua gestação, como por exemplo, informações sobre trabalho de parto. Essas têm finalidade de prepará-la para vivenciar o ciclo gravídico-puerperal, que é permeado por diversos sentimentos, incluindo o medo e a ansiedade. As mulheres entendem que a preparação para o trabalho de parto e parto é uma atividade inerente ao pré-natal e confirmam a pouca informação que recebem nesse aspecto durante as consultas⁽²³⁾.

Vale ressaltar que as atividades educativas são fundamentais para que a mulher se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto. Essas, não precisam ser restringidas na consulta pré-natal, podendo ocorrer também por intermédio de grupo de gestantes, sala de espera ou individualmente⁽²⁴⁾.

No presente estudo, a maioria das mulheres que obtiveram alguma informação sobre a ingestão de líquidos foram contempladas na admissão hospitalar, o que não é o ideal, pois, percebe-se que o momento da internação e a vivência do trabalho de parto traz muita ansiedade e nervosismo, sendo um momento difícil de sintetizar novas informações. Estudo realizado em um Centro Obstétrico no Sul do Brasil constatou que apenas 6,7% afirmaram

conhecer os seus direitos enquanto parturientes. A falta de conhecimento pode vir a diminuir o poder de reivindicação e argumentação⁽¹³⁾. Gestantes que chegam à maternidade sem ter recebido informações prévias a respeito do processo de trabalho de parto, apresentam mais medo na hora do nascimento, pois não sabem qual atitude tomar diante do que estão sentindo, e podem demonstrar resistência às ações preconizadas pela literatura obstétrica⁽²⁵⁾.

Corroborando, estudo aponta que as puérperas consideram que as ações educativas durante o pré-natal ajudam na diminuição da ansiedade e controle maior das emoções na hora do parto. Ainda elencam que essa preparação as ajuda a desenvolver habilidades que favorecem todo o processo parturitivo, fazendo com que se sintam mais seguras. As atitudes, a maneira como a parturiente usa o seu corpo e o modo de se comportar durante o trabalho de parto dependem das informações recebidas, do contexto socioeconômico e de sua personalidade⁽²³⁾.

No que diz respeito ao tipo de líquido oferecido durante o trabalho de parto, o hospital em que foi desenvolvido o presente estudo dispõe de água, gelatina, suco e chá e também foram referidos a algumas mulheres, sopa e outros líquidos, como café com leite, café e iogurte. Estudo no Panamá, oferecia também chá com açúcar e/ou canelas para as parturientes⁽²²⁾. A orientação da OMS⁽⁴⁾ é a oferta de líquidos claros por via oral, porém existem estudos que apontam a possibilidade de oferta de alimentação sólida para as usuárias durante o trabalho de parto^(10,11,18). Essas mulheres não apresentaram nenhum tipo de complicação e mostraram-se satisfeitas com a oferta de, além de líquidos, alimentos sólidos^(10,11,18).

Uma pesquisa realizada em um hospital de ensino em São Paulo trouxe como resultados que puérperas que ingeriram alimentos sólidos como bolachas, sopa e chocolate, juntamente com os líquidos, se mostraram extremamente satisfeitas. Para essas mulheres a ingestão de alimentos no trabalho de parto foi considerada uma prática facilitadora, que

ajudou para fazer força no período expulsivo⁽¹⁰⁾. Estudo randomizado, realizado na Inglaterra, mostrou que comer durante o trabalho de parto não influencia nos resultados neonatais e obstétricos, que não houve nenhum caso de aspiração de conteúdo gástrico, assim como necessidade de anestesia geral. Enfatiza-se então a ideia de que mulheres com baixo risco deveriam poder comer e beber durante o trabalho de parto, se for da sua vontade⁽¹⁸⁾.

CONCLUSÃO

A prática da ingestão de líquidos durante o trabalho de parto, apesar de ser uma prática demonstradamente útil e que deve ser estimulada, não foi proporcionada a todas as parturientes desse estudo, mostrando uma assistência desvinculada das evidências científicas.

Quanto às características das mulheres desse estudo, verificou-se que a maioria das mulheres tinha entre 15 e 35 anos, se auto declararam brancas, com ensino médio completo e tinham companheiro, realizou seis ou mais consultas pré-natais, eram primigestas, internaram com pouca dilatação e dinâmica uterina presente. Pouco mais da metade das mulheres receberam informação sobre ingestão de líquidos no TP sendo que na maioria das vezes ocorreu na internação hospitalar.

Com bases nos achados desse e de outros estudos, podemos inferir que alguns profissionais de saúde praticam uma assistência intervencionista, tal fato pode ser atribuído a resistência quanto a mudança na rotina hospitalar e ao modelo de atenção obstétrica.

A ingesta hídrica e alimentar, assim como todas as outras boas práticas ao nascimento, deve ser estimulada e orientada a todas as mulheres durante o seu processo de parturição, visto aos benefícios que podem trazer ao binômio mãe-bebê.

Ressalta-se a importância do profissional de saúde em acolher a mulher com respeito e dignidade, abordado sempre os seus direitos e adotando as melhores práticas assistenciais. É

indispensável fornecer orientações para a parturiente, respeitando sua individualidade e fazendo com que participe ativamente do seu cuidado.

A humanização do parto ocorre quando a relação dos profissionais da saúde com as mulheres se dá de forma horizontal, facilitando a troca de informações e estimulando a autonomia e a participação da parturiente nas decisões do seu atendimento. Enquanto não for entendido que o processo de parturição pertence à mulher, o cuidado humanizado não será desenvolvido com sucesso.

REFERÊNCIAS

1. Pasche, DF, Vilela, MEA, Martins, CP. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: Pressupostos para uma nova ética na gestão e cuidado. Rev. Tempus Actas Saúde Col. 2010; 4(4):105-117.
2. Brasil. Caderno HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento. [Internet] 2014 [acesso em 14 nov. 2016]. Disponível: http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf
3. World Health Organization (WHO). Appropriate technology for birth. Lancet. 1985; 2(8452):436-7
4. World Health Organization (WHO). Care in normal birth: a practical guide. [Internet] Geneva: WHO; 1996 [acesso em 22 maio. 2016]. Disponível: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf.
5. Enkin, M, et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
6. Takemoto, AY, Corso, MR. Parto humanizado e a assistência de enfermagem: Uma revisão de literatura. Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR, Umuarama. 2013; 17(12):117-127.
7. Brasil. Resolução 466, 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.
8. Rodrigues, BC, Cardeli, AAMC. Analysis of humanization proposal the childbirth. Maringá, July- Dec. 2012; 34(2):171-176.
9. Carvalho, VFC, Kerber NPC, Busanello J. Gonçalves BG, Rodrigues EF, Azambuja EP. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. Rev. Esc. Enferm. USP. 2012; 46(1):30-7.

10. Wei, CY, Gualda, DMR, Santos Junior, HPO. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis. 2011; 20(4): 717-725.
11. Silva, FMB, Paixão, TCR, Vasconcellos, SMO, Leite, JS, Riesco MLG, Osava RH. Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. *Rev. Esc. Enfermagem USP.* 2013; 47(5):1031-8.
12. Vogt, SE, Silva, KS, Dias, MAB. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. *Rev. Saúde Pública.* 2014; 48(2): 304-313.
13. Enderle, CF, Kerber, NPC, Susin, LRO, Sassi, RAM. Avaliação da atenção ao parto por adolescentes em um hospital universitário. *Rev. Bras. Matern.* 2012 out/dez; 12(4):383-394.
14. Gilgio, MRP, França, E, Lamounier, JA. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. *Rev. Bras. Ginec. Obstet.* 2011; 33(10): 297-304.
15. Leal, MC et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres de risco habitual. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 2014; (30Sup):17-47.
16. Brasil. Portaria n. 985/GM de 05 de agosto de 1999. Cria o centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do SUS. [Internet] 1999 [acesso em 23 de nov. 2016]. Disponível: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/parto-e-nascimento/portaria_985_1999_cpn.pdf.
17. Oliveira Mouta, JO, Progianti, JM. Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. *Texto Contexto Enferm.* Florianópolis. 2009; 18(4): 731-740.
18. O'Sullivan, G, Liu, B, Hart, D, Seed, P, Shennan A. Effect food intake during labour on obstetric outcome: randomised controlled trial. *BMJ* 2009; 338: b 784.
19. Singata, M, Tranmer, J, Gyte, GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Chochrane library*, Issue 8. Art. No CD003930.
20. Malheiros PA, Alves VH, Rangel TSA, Vargens OMC. Parto e nascimento: Saberes e práticas humanizadas. *Texto Contexto enfermagem.* Florianópolis. Abr-Jun 2012; 21(2): 329-37.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília. 2012.
22. Espinosa, J, Reyes, O, Lloyd, I. Ayuno vs. Dieta líquida. Estudio aleatorizado controlado para evaluar la duración de la labor de parto, tasas de cesáreas y satisfacción com la labor. *Clin. Invest. Gin. Obst.* 2013; 41(1): 23-28.
23. Brito, CA, Silva, ASS, Cruz, RSLC, Pinto, SL. Percepção de puérperas sobre a preparação para o parto no pre-natal. *Rev. Rene.* Jul-ago. 2015; 16(4): 470-8.

24. Anversa ETR, Bastos GA, Nunes LN, Pizzol TSD. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(4):789-800.

25. Victoria, CG, Aquino, EML, Leal, MC, Monteiro, CA, Barros, FC, Szwarcwald, CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9780):1863-76, 5.

ANEXO A - BOAS PRÁTICAS DE ACORDO COM A OMS

A - Práticas no parto normal demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas
1.1 - Planejamento individual determinando onde e por quem o parto será realizado.
1.2 - Avaliação de risco durante o pré-natal, reavaliado a cada contato e no momento do trabalho de parto.
1.3 - Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto.
1.4 - Oferecimento de líquido por via oral durante o trabalho de parto.
1.5 - Respeito à escolha da mulher sobre o local do parto.
1.6 - Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for seguro.
1.7 - Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
1.8 - Apoio emocional pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.
1.9 - Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto.
1.10 - Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem.
1.11 - Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor (massagens e técnicas de relaxamento), durante o trabalho de parto.
1.12 - Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente e vigilância das contrações uterinas por palpação abdominal.
1.13 - Uso de materiais descartáveis e descontaminação adequada de reutilizáveis.
1.14 - Uso de luvas no exame vaginal, no parto e no manuseio da placenta.
1.15 - Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto.
1.16 - Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto.
1.17 - Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, uso do partograma.
1.18 - Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto.
1.19 - Condições estéreis ao cortar o cordão.
1.20 - Prevenção da hipotermia do bebê.
1.21 - Prevenção da hemorragia neonatal com o uso de vitamina K.
1.22 - Prevenção da oftalmia gonocócica com o uso de nitrato de prata ou tetraciclina.
1.23 - Contato cutâneo direto, precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto.
1.24 - Alojamento conjunto.
1.25 - Suprimir a lactação em mães portadoras de HIV.
1.26 - Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.
1.27 - Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão, ou sua combinação, durante o terceiro estágio do parto.

B - Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas
2.1 - Uso rotineiro do enema.
2.2 - Uso rotineiro da tricotomia.
2.3 - Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto.
2.4 - Cateterização venosa profilática de rotina.
2.5 - Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.

2.6 - Exame retal.
2.7 - Uso de pelvimetria por raios X.
2.8 - Administração de ocitócicos antes do parto de um modo que não se permita controlar seus efeitos.
2.9 - Uso rotineiro da posição de litotomia.
2.10 - Esforços de puxos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.
2.11 - Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.
2.12 - Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto com o objetivo de evitar hemorragia.
2.13 - Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto.
2.14 - Lavagem uterina rotineira após o parto.
2.15 - Revisão (exploração manual) rotineira do útero após o parto.
2.16 - Uso liberal ou rotineiro da episiotomia.
2.17 - Toques vaginais frequentes e por mais de um examinador.
2.18 - Manobra de Kristeller ou similar, com pressões inadequadamente aplicadas ao fundo uterino no período expulsivo.
2.19 - Prática liberal de cesariana.
2.20 - Aspiração nasofaríngea de rotina em recém-nascidos normais.
2.21 - Manutenção artificial de ar frio na sala de parto durante o nascimento.

C - Práticas no parto normal em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão

3.1 - Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, ervas, imersão em água e estimulação de nervos.
3.2 - Pressão no fundo uterino durante o período expulsivo.
3.3 - Manobras relacionadas à proteção ao períneo e do polo cefálico no momento do parto.
3.4 - Manipulação ativa do feto no momento do parto.
3.5 - Clampeamento precoce do cordão umbilical.
3.6 - Estimulação do mamilo para aumentar a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do parto.

D - Práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado

4.1 - Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.
4.2 - Controle da dor por agentes sistêmicos.
4.3 - Controle do dor por analgesia peridural.
4.4 - Monitoramento eletrônico fetal.
4.5 - Uso de máscara e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto.
4.6 - Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço.
4.7 - Correção da dinâmica uterina com a utilização de ocitocina.
4.8 - Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do parto.
4.9 - Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
4.10 - Caracterização da bexiga.

4.11 - Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa, antes que a própria mulher sinta o puxo.

4.12 - Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto.

4.13 - Parto operatório.

4.14 - Exploração manual do útero após o parto.

ANEXO B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição e nascimento

Nº _____

Nome: _____

Leito: _____ Registro hospitalar: _____

Data da entrevista: | | | / | | | / | | | Horário da entrevista: | | | / | | | | Telefone celular: () _____ Telefone residencial () _____

Entrevistadora: _____

INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO

Dados da admissão obstétrica

3. Número de consultas de pré-natal (0 = não fez pré-natal) *Quando não tiver esse registro na ficha de admissão, vide carteira pré-natal	
4. Idade gestacional (em semanas completas)	
5. Dilatação (em centímetros - não utilizar casa decimal/ em caso de dado duplo - ex: 5/6 - usar o primeiro descrito, no caso 5) [99] Não registrado	
10. Dinâmica uterina (número de contrações em 10 minutos) [99] Não registrado	

INFORMAÇÕES DA PUÉRPERA

Informações pessoais

35. Idade (em anos completos)	
36. Cor da pele (autodenominada): [1] Branca [2] Preta [3] Parda/morena/mulata [4] Amarelo [5] Indígena	
37. Escolaridade (série/anos completos) [0] Sem escolaridade (menos de um ano) <i>Ensino Fundamental</i> <i>Ensino Médio</i> <i>Superior</i> [1] 1º série [5] 5º série [9] 1º série [12] 1º ano [16] 5º ano [2] 2º série [6] 6º série [10] 2º série [13] 2º ano [3] 3º série [7] 7º série [11] 3º série [14] 3º ano [4] 4º série [8] 8º série [15] 4º ano	
38. Situação marital: [0] Não tem companheiro(a) [1] Tem companheiro(a)	

Informações do pré-natal

39. Número de gestações (incluindo atual)	
40. Paridade (via vaginal e cesariana) (0 = primigesta – nenhum parto anterior)	
41. Número de partos via vaginal anterior (0 = nenhum; 1 = um parto via vaginal...)	
42. Número de cesarianas anterior (0 = nenhum; 1 = uma cesariana...).	
43. Número de aborto anterior (0 = nenhum; 1 = um aborto...).	

PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

Ingestão de líquidos

<p>53. Recebeu orientação/informação sobre ingestão de líquidos durante o trabalho de parto? (Poder mais de uma resposta).</p> <p>[0] Não recebeu orientação [5] CO/UIO HCPA [1] Pré-natal – consulta [6] Outro hospital [2] Pré-natal – grupo de gestante [7] Amigos/familiares [3] Pré-natal HCPA [8] Mídia (jornal, TV, revista, internet) [4] Grupo de gestante HCPA [9] Outros</p>	<input type="text"/>
<p>54. Aqui no HCPA foram oferecidos líquidos durante o trabalho de parto? [0] Não foi oferecido nenhum tipo de líquido</p> <p>[1] Água [2] Chá [3] Suco [4] Gelatina [5] Sopa [6] Outros:</p>	<input type="text"/>
<p>55. Você ingeriu líquidos durante o trabalho de parto? [0] Não [1] Sim</p>	<input type="text"/>

ANEXO C - APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Dados Gerais:

Projeto Nº:	30187	Título:	PRÁTICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO E NASCIMENTO	
Área de conhecimento:	Enfermagem	Início:	08/12/2015	Previsão de conclusão: 30/12/2017
Situação:	Projeto em Andamento			
Origem:	Escola de Enfermagem	Projeto da linha de pesquisa: Fundamentos e Práticas de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente		
Local de Realização:	não informado			
Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.				
Objetivo:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 40px;"> Analisar as práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição e nascimento em um hospital universitário </div>			

Palavras Chave:

TRABALHO DE PARTO; PARTO; PRÁTICAS DE ATENDIMENTO

Equipe UFRGS:

Nome: HELGA GEREMIAS GOUVEIA
 Coordenador - Início: 08/12/2015 Previsão de término: 30/12/2017

Nome: ANNELISE DE CARVALHO GONCALVES
 Pesquisador - Início: 08/12/2015 Previsão de término: 30/12/2017

Nome: CLAUDIA JUNQUEIRA ARMELLINI
 Pesquisador - Início: 08/12/2015 Previsão de término: 30/12/2017

Avaliações:

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 29/12/2015 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 29/12/2015 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

ANEXO D - CARTA DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 150591

Data da Versão do Projeto: 08/12/2015

Pesquisadores:

HELGA GEREMIAS GOUVEIA

CLAUDIA JUNQUEIRA ARMELLINI

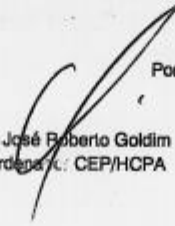
ANNELISE DE CARVALHO GONCALVES

Título: PRÁTICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO E NASCIMENTO

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 16 de janeiro de 2016.


Prof. José Roberto Goldim
Coordenador: CEP/HCPA

ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARCIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto GPPG ou CAAE _____

Título do Projeto: Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição e nascimento.

Você ou a pessoa pela qual você é responsável está sendo convidada a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar as práticas de atendimento durante o seu trabalho de parto e parto e nascimento do seu bebê. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Enfermagem Materno-Infantil do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você concordar com a participação na pesquisa, os procedimentos envolvidos são os seguintes: serão realizadas algumas perguntas sobre você e seu bebê, como foi sua assistência no pré-natal, trabalho de parto, parto e nascimento e também serão consultadas algumas informações em seu prontuário e de seu bebê. As respostas serão anotadas em um formulário em papel. A aplicação do questionário terá uma duração em torno de 15 a 20 minutos.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa. Porém, a aplicação do questionário poderá causar algum desconforto, devido ao tempo de resposta ao questionário ou a alguma pergunta realizada.

Sua participação na pesquisa não trará benefícios diretos a você, porém contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto desse estudo e poderá beneficiar futuros pacientes com melhorias na qualidade do atendimento.

A participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não autorizar a participação, ou ainda, retirar a autorização após a assinatura desse Termo, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que o participante da pesquisa recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação na pesquisa e não haverá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante da pesquisa, o participante receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, os nomes não aparecerão na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Profa. Helga Geremias Gouveia, pelo telefone 3359-8598, com a pesquisadora Annelise de Carvalho Gonçalves, pelo telefone 3359-7797 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Rubrica do responsável _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 1 de 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e seu responsável e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa:

Assinatura

Nome do responsável (*se aplicável*)

Assinatura (*se aplicável*)

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

Rubrica do responsável _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 2 de 2

ANEXO F - REVISTA COGITARE: DIRETRIZES PARA AUTORES

Diretrizes para Autores

INSTRUÇÕES AOS AUTORES PARA PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DE MANUSCRITO

Atualizado em agosto de 2016

O manuscrito submetido à Cogitare Enfermagem passa por um processo de análise, em duas etapas distintas. Depois de submetido pelo sistema SER <http://revistas.ufpr.br/cogitare> será atribuído um número de submissão que será a identificação do manuscrito no sistema.

Na primeira etapa é designado um relator que realiza a análise do manuscrito, segundo as Normas e Escopo da Revista (tema, apresentação e documentação). Nessa etapa o manuscrito poderá ir diretamente para a segunda etapa ou ser devolvido aos autores por dois motivos: para readequação às normas ou porque não corresponde ao escopo da Revista Cogitare Enfermagem.

Na segunda etapa, com o manuscrito adequado às normas, encaminha-se para dois consultores *ad hoc* para a análise do texto juntamente com o instrumento próprio de avaliação. Se houver discordância entre os pareceres dos consultores, o manuscrito será enviado a um terceiro consultor.

O relator do manuscrito gerencia o fluxo entre os consultores e o autor correspondente. Durante todo o processo de avaliação (*peer review*) omite-se a identificação dos consultores e dos autores.

Durante o processo de análise e antes do envio do manuscrito para a publicação, o autor correspondente poderá retirar o manuscrito, mediante solicitação formal e assinada por todos os autores.

Após a análise dos pareceres e da versão final, o manuscrito poderá ser Recusado ou Aceito, de acordo com a deliberação do Conselho de Editoração, sendo o resultado comunicado ao autor correspondente pelo e-mail informado no processo de submissão.

Em caso de aceite para publicação os autores serão responsáveis: pela tradução do manuscrito com os tradutores indicados pela Revista Cogitare Enfermagem e pelo pagamento da Taxa de Publicação, no valor de R\$ 400,00.

Os documentos de manuscritos cancelados ou recusados não permanecerão arquivados, no entanto os documentos de artigos publicados ficarão arquivados por cinco anos a contar do ano de sua publicação.

Cabe ao Conselho de Editoração a composição dos volumes para a publicação. As comunicações, para esclarecimentos de dúvidas, poderão ser realizadas via email cogitare@ufpr.br.

2 - NORMAS EDITORIAIS

Os manuscritos submetidos à Revista Cogitare Enfermagem deverão atender à sua política editorial e às instruções aos autores, que seguem os Requisitos uniformes para originais submetidos às revistas biomédicas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas “*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication*” (<http://www.icmje.org>) and *International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE*.

O manuscrito deverá destinar-se, exclusivamente, à Revista Cogitare Enfermagem, não devendo ser submetido a outro periódico, à exceção de resumos ou relatórios publicados em reuniões científicas.

Os autores são responsáveis por declarar conflitos de interesse, apoio financeiro, técnico, institucional ou pessoal, relacionados ao estudo; e por agradecimentos.

Os conceitos, opiniões e conclusões emitidos nos artigos, bem como a exatidão e procedência das citações e referências, são de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo, obrigatoriamente, a opinião do Conselho de Editoração.

A publicação do manuscrito dependerá do cumprimento das normas da Revista e da apreciação pelo Conselho de Editoração, que dispõe de plena autoridade para decidir sobre sua aceitação, podendo, inclusive, apresentar sugestões aos autores para alterações que julgar necessárias.

Em acordo com a Licença *Creative Commons CC BY-NC-AS 2.5* (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/>) - Atribuição não comercial, adotada pela Cogitare Enfermagem, é permitido acessar, fazer *download*, copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir artigos publicados, desde que citados os autores e a fonte. Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da revista Cogitare Enfermagem, transferidos da Declaração de Transferência de Direitos Autorais.

Nos manuscritos resultantes de pesquisa que envolva seres humanos, os autores deverão informar no texto que o projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa e especificar o número e a data do protocolo de registro, além de enviar cópia de sua aprovação pelo Comitê (como documentos suplementares).

Os autores também deverão explicitar nos artigos, resultantes de pesquisa ou relato de experiência que envolveu seres humanos, se os procedimentos respeitaram o constante na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Para os artigos originais decorrentes de pesquisa realizada no Brasil, indicar o respeito à Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.466, de 12/12/12. Artigos de pesquisas clínicas devem informar o número de identificação em um dos registros de Ensaio Clínico, validados pelos critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde e pelo *International Committee of Medical Journal Editors* (www.icmje.org).

3 - CATEGORIA DE ARTIGOS

Editorial - Limite máximo de 600 palavras.

Matéria de responsabilidade do Conselho de Editoração.

Artigos originais (Pesquisa) - Limite máximo 4500 palavras incluindo as referências.

Estudo relativo à pesquisa científica original, inédita e concluída. Deve obedecer a seguinte estrutura: **Introdução:** apresentar o tema, definir o problema e sua importância, revisão da literatura e objetivo. **Método:** (método empregado, descrição da população/amostra estudada, participantes do estudo ou fonte de dados, data da coleta de dados, local de realização da pesquisa (sem citar o nome da instituição), técnica de coleta de dados, critérios de seleção entre outros devem ser descritos de forma clara, objetiva compreensiva e completa). Inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e a informação de que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos; **Resultados:** deverão ser apresentados com sequência lógica. Quando houver tabelas, gráficos ou figuras as informações devem ser complementares; **Discussão:** (deverá seguir a sequência lógica dos resultados, comparação com a literatura e a interpretação dos autores. **Conclusão ou Considerações Finais:** (devem destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para pesquisas futuras).

Revisão - Limite máximo de 5000 palavras incluindo as referências. Submissão suspensa até 31 de dezembro de 2016.

Serão aceitas revisões sistemáticas, integrativas e bibliométricas. **Para as revisões sistemáticas sugere-se que sigam as orientações do checklist e fluxograma do modelo PRISMA, disponível no link: <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/Checklist.aspx>**

Reflexão - Limite máximo de 2000 palavras incluindo as referências. Submissão suspensa até 31 de dezembro de 2016.

Texto reflexivo ou análise de temas que contribuam para o aprofundamento do conhecimento relacionado à área da saúde. Inclui: Procedimentos adotados; Sugere-se que seja o registro de fatos ou fenômenos percebidos como significativos às ciências da saúde, particularmente para a Enfermagem, com aporte teórico e possíveis contribuições para a prática profissional. As reflexões devem conter minimamente Introdução, desenvolvimento e conclusão.

Comunicação livre - Limite máximo de 2000 palavras incluindo as referências. Submissão suspensa até 31 de dezembro de 2016.

Texto descritivo e interpretativo, com fundamentação teórica sobre a situação global de determinado tema, correspondente ao escopo da Revista Cogitare Enfermagem. Requer clareza e objetividade, pertinência com o “estado da arte” do tema tratado e, especialmente, aspectos inovadores para o ensino e a prática profissional.

Relato de experiência/caso - Limite máximo 2000 palavras incluindo as referências. Submissão suspensa até 31 de dezembro de 2016.

Relato de experiência, acadêmica ou profissional, relevante para a área da saúde. Deve contemplar: **Introdução** apresentando uma situação problema e o objetivo do relato; **metodologia** com descrição de local, data, pessoas ou fontes de informação, desenvolvimento da situação vivida, detalhando informações e informantes que assegurem uma representação sobre a experiência. Deve incluir algum tipo, mesmo que informal, de avaliação final da experiência. Na **discussão** incluir as possíveis barreiras e facilitadores, impactos na prática, mudanças adotadas. Incluir fontes bibliográficas. **Conclusão** com síntese da experiência, recomendações e estudos futuros.

4- NORMAS PARA A APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO

4.1 PÁGINA DE IDENTIFICAÇÃO

Esta página deverá ser **anexada como documento suplementar** e conter as seguintes informações, na sequência apresentada:

TÍTULO

Deve ser conciso e refletir a ideia principal do manuscrito, com no máximo 16 palavras e excluindo a localização geográfica da pesquisa.

CAIXA ALTA, NEGRITO, ESPAÇO SIMPLES, CENTRALIZADO

Em caso do manuscrito ter origem em tese, dissertação, monografia ou trabalho de conclusão de Curso, deverá conter asterisco (*) ao final do título e a respectiva informação em nota de rodapé na primeira página.

Exemplo: *Artigo extraído da (e) (tese, dissertação, monografia ou trabalho de conclusão de Curso) intitulado: Título.

Instituição vinculada, ano.

AUTORIA (fonte 10)

- Limitado a seis autores.
- Nomes completos, os autores separados por vírgula e espaço simples entre linhas.
- Nomes apresentados imediatamente abaixo do título, alinhados à direita e numerados com algarismos arábicos sequenciais e sobrescritos.

As informações dos autores (formação, maior titulação acadêmica, cargo ocupado, nome da instituição, cidade, estado e país), deverão ser apresentadas imediatamente abaixo do nome. (fonte 10)

Exemplo: Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba-PR-Brasil.

AUTOR CORRESPONDENTE

SOLICITAMOS QUE O EMAIL DOS AUTORES CADASTRADOS NA PLATAFORMA NÃO SEJA HOTMAIL OU TERRA DEVIDO INCOMPATIBILIDADE COM O SISTEMA.

- Informar nome, instituição vinculada, endereço (rua, nº, CEP, cidade, estado, país, telefone e e-mail). (fonte 10)
- Autor correspondente é aquele para o qual a Cogitare Enfermagem encaminhará os comunicados a respeito do processo de análise do manuscrito. É responsável por representar os demais autores quanto às alterações no texto, fluxo do manuscrito e aceite formal da versão final do manuscrito para publicação.
- O nome do autor correspondente constará como tal por ocasião da publicação do artigo. É sua responsabilidade comunicar à Cogitare Enfermagem qualquer mudança no endereço e/ou problemas com o e-mail, a fim de evitar atrasos no processo de análise do manuscrito.

4.2 FORMATAÇÃO DO MANUSCRITO

1. Digitado em formato “.doc”.
2. Tamanho A4, com 2,5 cm nas quatro margens.
3. Redigido em ortografia oficial, fonte Times New Roman, fonte 12. Para citação direta com mais de 3 linhas usar fonte 10.
4. Espaço duplo entre linhas no texto, inclusive no resumo.

5. Espaço simples para título, citação direta com mais de três linhas e depoimento.
6. As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto pela primeira vez.
7. Palavras ou expressões em idioma diferente do qual o manuscrito foi redigido deverão estar em *itálico*.
8. Para as notas de rodapé, a partir da segunda página, usar os seguintes símbolos e nesta sequência: †, ‡, §, ¶, **, §§, ††, etc.

4.3 MANUSCRITO

O manuscrito não poderá ter a identificação dos autores, esta identificação deverá estar somente na página de identificação.

As palavras “**RESUMO**”, “**DESCRIPTORES**”, “**INTRODUÇÃO**”, “**MÉTODO**”, “**RESULTADOS**”, “**DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO**”, e demais que iniciam as seções do corpo do manuscrito devem ser digitadas em caixa alta, negrito e alinhadas à esquerda.

TÍTULO

- Repetir o título e formatação da página de identificação;
- Inserir título somente em português.

CAIXA ALTA, NEGRITO, ESPAÇO SIMPLES, CENTRALIZADO.

RESUMO

- Texto limitado a 150 palavras, no idioma no qual o artigo foi redigido, contendo resumo informativo. Não poderá conter abreviaturas nem siglas.
- Incluir, de forma não estruturada, informações de acordo com a categoria do artigo. Inclui: objetivo da pesquisa, método, resultados e conclusão.

DESCRIPTORES

- Apresentados imediatamente abaixo do resumo e no mesmo idioma deste, sendo a palavra “descriptor” em caixa alta e negrito.
- Limitados de 3 a 5, separados por ponto e vírgula, e a primeira letra de cada descriptor em caixa alta. Espaço simples entre linhas

Exemplo: Educação; Cuidados de enfermagem; Aprendizagem.

- Os descritores deverão identificar ou refletir os principais tópicos do artigo. Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde – DECS (<http://decs.bvs.br>); também poderão ser usados descritores do *Medical Subject Headings* – MeSH (www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html).

TEXTO DO MANUSCRITO

O texto do manuscrito deverá seguir as normas estabelecidas conforme sua categoria. Ver detalhes, descrito acima, no Capítulo 3.

INTRODUÇÃO

- Deverá conter justificativa, fundamentação teórica e objetivos. A justificativa deve definir claramente o problema, destacando sua importância, lacunas do conhecimento, e o referencial teórico utilizado quando aplicável.

MÉTODO

- Deverá conter o método empregado, período e local em que foi desenvolvida a pesquisa, população/amostra, critérios de inclusão e de exclusão, fontes e instrumentos de coleta de dados, método de análise de dados.
- Para pesquisa que envolva seres humanos os autores deverão explicitar a observação de princípios éticos, em acordo com a legislação do país de origem do manuscrito, e informar o número do protocolo de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a legislação vigente.

RESULTADOS

- Informações limitadas aos resultados da pesquisa. O texto deve complementar informações contidas em ilustrações apresentadas, não repetindo os dados.

- Quando o manuscrito apresentar tabelas, gráficos ou figuras, as informações devem ser complementares e não repetidas.

DISCUSSÃO

Apresentação de aspectos relevantes e interpretação dos dados obtidos. Relação e discussão com resultados de pesquisas, implicações e

- limitações do estudo. Não devem ser rerepresentados dados que constem nos resultados.

CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para pesquisas futuras;
- Fundamentadas nos objetivos, resultados e discussão, evitando afirmações não relacionadas ao estudo e/ou novas interpretações. Incluir as contribuições do estudo realizado.

AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFILIAÇÕES

- É responsabilidade dos autores as informações e autorizações relativas aos itens mencionados acima;
- Deverá contar em uma nova seção, logo após a conclusão. Citar o número do edital ao qual a pesquisa está vinculada.

REFERÊNCIAS

- Limite máximo de 30 referências. Sugere-se incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada, evitando número excessivo de referências em uma mesma citação. Exclusivamente para Artigo de Revisão não há limite quanto ao número de referências.
- As referências deverão ser atuais e pertinentes à temática abordada
- Artigos disponíveis online deverão ser citados segundo normas de versão eletrônica. As referências deverão ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecerem no texto pela primeira vez, e apresentadas de acordo com o estilo Vancouver.

ANEXOS

- Os anexos, quando indispensáveis, deverão ser citados no texto e inseridos após as referências. Em caso de ilustrações, deverão ser observadas as orientações do item 5.3.

4.4 ORIENTAÇÕES PARA ILUSTRAÇÕES

- Por ilustrações entendem-se tabelas, quadros e figuras (gráficos, diagramas, fotos).
- São permitidas, no máximo, 5 ilustrações as quais devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos
- Devem ser indicadas no texto com a primeira letra maiúscula.

Exemplo: Tabela 2, Quadro 1, Figura 3.

- A fonte das informações da ilustração, quando resultante de outra pesquisa, deverá ser citada e constar nas referências.
- As ilustrações devem ser designadas como Figuras, exceto para Tabela e Quadros.

Tabelas e quadros

- Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura
- Utilizar traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e, na parte inferior da tabela;
- Não devem apresentar nem linhas verticais e horizontais no interior da tabela
- Deverão ser indicados no texto, inseridas o mais próximo possível da indicação, e desenhadas com ferramenta apropriada do *Microsoft Word for Windows 98*[®] ou compatíveis.
- O título de tabelas e quadros deve ser colocado imediatamente acima destes, separado por ponto final do nome da cidade e ano das informações resultantes de pesquisa. Esses últimos separados por vírgula e sem ponto final.
- Utilizar fonte Times New Roman, tamanho 12, espaçamento simples entre linhas.

Exemplo1: Quadro 1 - Intervenções de enfermagem. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2010

Exemplo2: Tabela 1 – Características socioeconômicas de gestantes portadoras de diabetes *mellitus* tipo II. Curitiba, PR, Brasil, 2015

- Os títulos das colunas devem ser curtos; quando abreviados devem constar por extenso na legenda.

Figuras (Gráficos, Diagramas, Fotos)

- Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura.
- Deverão ser apresentadas no texto, o mais próximo possível da indicação, e anexadas em arquivo separado, com qualidade necessária à publicação. Preferencialmente, no formato JPEG, GIF ou TIFF, com resolução mínima de 300 dpi.
- O título da figura deve ser colocado imediatamente abaixo desta, separado por ponto do nome da cidade e ano das informações. Esses últimos separados por vírgula e sem ponto final.

Exemplo: Figura 1 - Estilos de liderança segundo a Teoria do Grid Gerencial. São Paulo, 2011

- Não são publicadas fotos coloridas e fotos de pessoas (exceto as de acesso público, já publicadas).

4.5 ORIENTAÇÕES PARA CITAÇÕES E DEPOIMENTOS

1) Citação indireta ou paráfrase

- Informar o número da referência imediatamente ao término do texto, entre parênteses, e antes do sinal gráfico.

Exemplo: O enfermeiro contribui para a prevenção de condições incapacitantes⁽¹⁾.

2) Citação sequencial/intercalada

- Separar os números de cada referência por traço, quando for sequencial.

Exemplo:⁽⁸⁻¹⁰⁾ - a informação refere que as referências 8, 9 e 10 estão inclusas.

- Separar os números de cada referência por vírgula, quando for intercalada.

Exemplo:^(8,10) - a informação refere que as referências 8 e 10 estão inclusas.

3) Citação direta com até três linhas

- Inserida no corpo do parágrafo e entre aspas. O número e página correspondentes à citação literal deverão constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo:^(8:13) – a informação se refere à referência 8, página 13.

4) Citação direta com mais de três linhas

- Constar em novo parágrafo, justificado à direita e com recuo de 4 cm da margem esquerda, digitada em fonte Times New Roman 10, espaço simples entre linhas, sem aspas.
- O número e página correspondentes à citação direta deverão constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo:^(8:345-9) - o número 8 se refere à referência e o 345-9 às páginas.

5) Depoimento

- A transliteração de depoimento deverá constar em novo parágrafo, digitada em fonte *Times New Roman* 12, itálico, espaço simples entre linhas, sem aspas.
- Comentários do autor deverão estar entre colchetes e sem itálico. A identificação do participante deverá ser codificada, entre parênteses, sem itálico e separada do depoimento por ponto.

Exemplo: [Comunicação] é você expressar algo, dizer alguma coisa a alguém é o ato de se comunicar [...]. (Familiar 2)

4.5 ORIENTAÇÕES PARA REFERÊNCIAS

Disponibilizamos abaixo exemplos de apresentação de referências, baseados no estilo Vancouver. Para outros exemplos consultar o site: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Os títulos dos periódicos deverão estar abreviados e de acordo com informação na página oficial eletrônica do periódico ou no Catálogo Coletivo Nacional (<http://bdtd.ibict.br/busca>).

Observação: Quando o artigo possuir DOI, deverá ser utilizado.

ARTIGO

Autoria Pessoal com até Seis Autores

Lenardt MH, Hammerschmidt KSA, Modesto AP, Borghi ACS. O sistema de conhecimento e de cuidado dos idosos em hemodiálise concernente a terapia medicamentosa. *Cogitare enferm.* [Internet] 2008;13(2) [acesso em 04 jan 2011]. Disponível: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://132.248.9.34/hevila/Cogitareenfermagem/2008/vol13/no2/1.pdf>

Autoria Pessoal com mais de Seis Autores

Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro FAF, *et al.* Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. *Ciênc. saúde colet.* [Internet] 2009;14(4) [acesso em 09 mar 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400031>

Autoria de Organização

European Society of Hypertension (ESH), European Society of Cardiology (ESC). Guidelines for the management of arterial hypertension. *J. Hypertens.* [Internet] 2007;31(7) [acesso em 06 dez 2014]. Disponível: <http://www.esh2013.org/wordpress/wp-content/uploads/2013/06/ESC-ESH-Guidelines-2013.pdf>

Autoria Pessoal e de Organização

Margulies EH, Blanchette M, NISC Comparative Sequencing Program, Haussler D, Green ED. Identification and characterization of multi-species conserved sequences. *Genome res.* 2003; 13(12):2507-18.

Sem indicação de Autoria

21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ.* 2002;325(7357):184.

Com números em Algarismos Romanos

Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. *Bioethics.* 2002;16(2):iii-v.

Volume com Suplemento

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. *Headache.* [Internet] 2002;42 Suppl 2 [acesso em 23 set 2014]. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12028325>

Número com Suplemento

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. *Neurology.* 2002;58(12 Suppl 7):S6-12

Volume ou Número com Partes

Abend SM, Kulish N. The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. *Int. j. psychoanal.* [Internet] 2002;83(Pt 2) [acesso em 26 nov 2014]. Disponível: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1516/EPM9-WQAV-5L37-X3T1/abstract>

Número Considerado no Todo

Pediatric Critical Care Medicine. Society for Critical Care Medicine. Hagerstown (MD) [Internet] 2003;4(2) [acesso em 13 jul 2014]. Disponível: <http://www.worldcat.org/title/critical-care-medicine-official-journal-of-the-society-of-critical-care-medicine/oclc/231040325>

Número Especial

Cruz EDA, Moreira I, Quiquío ZF. Prevenção de infecções associadas a cateter venoso central em pacientes neutropênicos. *Cogitare enferm.* [Internet] 2000;5(n.esp):46-55.

Artigo sem Número e/ou Volume

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. Clin. orthop. relat. res. [Internet] 2002;(401) [acesso em 11 abr 2014]. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12151900>

Artigo Indicado de Acordo com a Categoria da Publicação

Tor M, Turker H. International approaches to the prescription of long-term oxygen therapy [letter]. Eur. respir. j. [Internet] 2002;20(1) [acesso em 02 mai 2014]. Disponível: <http://erj.ersjournals.com/content/20/1/242.full.pdf>

Artigo Publicado Eletronicamente antes da Versão Impressa

Ribeiro Adolfo Monteiro, Guimarães Maria José, Lima Marília de Carvalho, Sarinho Sílvia Wanick, Coutinho Sônia Bechara. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Rev Saúde Pública;43(1). ahead of print Epub 13 fev 2009.

Artigo no Prelo

Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. J. bras. pneumol. No prelo 2009.

Artigo publicado na Internet

Roehrs H, Maftum MA, Stefanelli MC. A comunicação terapêutica sustentando a relação interpessoal entre adolescente e professor do ensino fundamental. Online Braz J Nurs. [Internet] 2007;6(3) [acesso em 30 out 2014]. Disponível: <http://www.uff.brobjnnursing/index.php/nursing/articleviewArticle/j.1676-4285.2007.1>

Artigo Provido de DOI

Castillo BAA, Marziale MHP, Castillo MMA, Facundo FRG, Meza MVG. Situações estressantes de vida, uso e abuso de álcool e drogas em idosos de Monterrey, México. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso em 11 nov 2014];16(n.esp). Disponível: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000700002>

LIVRO**Livro Padrão**

- Wall ML. Tecnologias educativas: subsídios para a assistência de enfermagem a grupos. Goiânia: AB; 2001.
- Mendes EV. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde: uma agenda para a saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
- Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Capítulo de Livro (quando o autor do capítulo não é o mesmo do livro)

Nascimento SR, Meier MJ. Uma visão tecnológica do exame físico. In: Westphalen MEA, Carraro TE, organizadores. Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB; 2001. p. 57-76.

Capítulo de Livro (quando o autor do capítulo é o mesmo do livro)

Veronesi R. Doenças infecciosas. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982. Eritema infeccioso. p. 32-4.

Livro cujo Autor é Editor ou Organizador

Lefréve F, Lefréve AMC, Teixeira JJV, organizadores. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica na pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.

Hoskins LM. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: Carrol Johnson RM, editors. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the eighth conference, 1989. Philadelphia: Lippincott; 1989. p. 126-31.

Livro com Autor Cooperativo

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). População censitada e estimada, segundo os municípios de São Paulo em 2007. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2007.

Livro com Indicação de Tradutor

Teorias de enfermagem. Trad. de Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Livro com Data Desconhecida ou Estimada

Marcuzzi A. Alimentazione: risorse e possibilità. Bologna: Malipiero S.p.A; [data desconhecida]. 72 p.

Livro na Internet

Killings DB, ed. Anglo-Saxon chronicle [Internet]. Berkeley: Berkeley Digital Library; 1995 July [acesso em 03 nov 2014]
Disponível: www.sunsite.berkeley.edu.

Parte de Livro em Internet

MedlinePlus health topics [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). Alzheimer's disease [acesso em 29 dez 2014]; [aproximadamente 8 p.]. Disponível: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/alzheimersdisease.html>

Livro de Série

Kleinman A. Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980. (Comparative studies of health systems and medical care; 3).

Livro Eletrônico, CD, DVD

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

Texas Heart Institute. Aortic valve replacement [CD-ROM]. West Hartford (CT): ORlive; c2005. 1 CD-ROM: sound, color, 4 3/4 in.
Maftum MA, Reichembch MT, Canabrava DS, Sanglard TS. O cuidado à saúde de familiares de pessoas em sofrimento mental [CD-ROM]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2005.

TESE E DISSERTAÇÃO*

- Wyatt TH. Pilot testing Okay with Asthma(TM): a digital story for psychosocial asthma management [dissertation]. Charlottesville (VA): University of Virginia; 2003. 109 p. Disponível: <http://okay-with-asthma.org/>.
- Maftum MA. O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2004.
- Kalinowski CE. O trabalho da enfermeira na rede básica de saúde: um estudo de caso [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.

*Dar preferência para artigos derivados do estudo

RELATÓRIO

Ministério da Saúde (BR). III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não - efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde; 2002. 211 p. Relatório final.

JORNAL

- Chiaradia T. Obesidade e câncer de mama: uma relação perigosa. 2007. [acesso em 20 out 2008]. Disponível: <http://dieta.uol.com.br/Edicoes/154/artigo67009-1.asp>

- Inscrições para o Enem podem ser feitas. Folha de S. Paulo [Internet] São Paulo; 2001 [acesso em 17 abr 2001]. Disponível: www.uol.com.br/folha/ (14 Mar 2001).
- Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12;Sect. A:2 (col. 4).

LEGISLAÇÃO

- Ministério da Saúde (BR). Decreto n. 1948, de 3 de julho de 1996: regulamenta a Lei n. 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, [Internet] 05 jan 1994 [acesso em 08 mar 2009]. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8842.htm>
- Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1:1.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado;1988.
- Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2012.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 272, de 27 agosto 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: COFEN; 2002.

HOME PAGE

- Associação Nacional de Empresas de Pesquisa [Internet]. Belo Horizonte: Associação Nacional de Empresas de Pesquisa; [acesso em 13 dez 2005]. Critério de Classificação Econômica Brasil; [3 telas]. Disponível: <http://www.anep.org.br/codigosguias/CCEB.pdf>
- Hooper JF. Psychiatry & the Law: Forensic Psychiatric Resource Page [Internet]. Tuscaloosa (AL): University of Alabama, Department of Psychiatry and Neurology; 1999 Jan 1 [atualizada em 08 jul 2006; acesso em 23 fev 2007]. Disponível: <http://bama.ua.edu/~jhooper/>

BASE DE DADOS

Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software; 2004.

TRABALHO APRESENTADO E PUBLICADO EM EVENTO

Souza SRRK, Fiewski MFC, Reisdorfer MCT. A gestante trabalhadora em enfermagem: um estudo ergonômico da atividade. In: 1º Seminário Internacional sobre o Trabalho na Enfermagem; 2003 Ago. p. 7-9; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: ABEn; 2003.

TRABALHO APRESENTADO EM EVENTO E NÃO PUBLICADO

Philippi Jr A. Transporte e qualidade ambiental [apresentação ao Seminário Riscos do Cotidiano no Espaço Urbano: Desafios para a Saúde Pública; 20 set 1994; Rio de Janeiro, Brasil].

DOCUMENTOS DIVERSOS

Verbetes de Dicionário

Ferreira ABH. Aurélio, século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999. Colono; p. 504.

Apostila e Similares

Rodrigues JG. Orientação à pesquisa bibliográfica. Rio de Janeiro; 2002. [apostila da disciplina Orientação à Pesquisa Bibliográfica - Curso de Pós-Graduação - Instituto Oswaldo Cruz].

Documento publicado na Internet

Organização Internacional do Trabalho (OIT). A eliminação do trabalho infantil: um objetivo ao nosso alcance. Suplemento - Brasil Relatório Global - 2006. 2006. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível: http://www.oitbrasil.org.br/info/download/GR_2006_Suplemento_Brasil.pdf

5- NORMAS PARA SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

O manuscrito poderá ser submetido ao Sistema Eletrônico de Revistas – SER no site www.ser.ufpr.br/cogitare uma única vez.

Após a conferência do artigo e da documentação, se houver alguma pendência, a revista solicitará a correção. Caso a solicitação de adequação não seja atendida no prazo estabelecido a submissão será cancelada.

5.1 TAXA DE SUBMISSÃO

Os autores deverão recolher a Taxa de Submissão de R\$ 100,00 por meio de pagamento de boleto bancário disponível no link: <http://www.funpar.ufpr.br:9010/Home/Index/000005>

Não será devolvida a Taxa de Submissão para os manuscritos cancelados ou não aceitos para publicação.

Comprovante do depósito da Taxa de Submissão

O pagamento deverá ser feito com boleto bancário, no valor de R\$100,00, disponível no

link: <http://www.funpar.ufpr.br:9010/Home/Index/000005> e o recibo enviado como documento complementar.

Não haverá devolução da taxa de submissão caso o manuscrito não seja aprovado.

5.2 DOCUMENTOS

Documento de Submissão do Manuscrito

Este documento inclui a declaração de responsabilidade, de transferência de direitos autorais, de participação no manuscrito e de conflito de interesses.

Deverá ser preenchido e assinado por todos os autores, depois anexado como documento complementar.

Documento de Submissão do Manuscrito

Eu (Nós), _____ autor(es) do manuscrito “ _____ ”, declaro(amos) que minha (nossa) contribuição foi de concepção e planejamento do projeto de pesquisa; coleta e/ou análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito; revisão do manuscrito; outra (especificar).

Declaro (amos) que se trata de manuscrito original e que esta versão, integral ou parcial, não foi publicada ou está sendo considerada para publicação em outro periódico, seja no formato impresso ou eletrônico.

Declaro (amos) que os direitos autorais referentes ao manuscrito quando publicado se tornarão propriedade exclusiva da Cogitare Enfermagem.

Assumo (imos) total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os participantes do estudo.

Declaro (amos) não haver conflito de interesses financeiro e/ou de afiliações*.

Confirmo (amos) que as pessoas que contribuíram neste manuscrito, mas que não atendem aos critérios para autoria, foram mencionadas nos agradecimentos. As pessoas ou organizações citadas nos agradecimentos permitiram por escrito a referida menção.

Declaro (amos) que, caso seja solicitado, estou (amos) à disposição para fornecer dados sobre os quais o manuscrito está fundamentado, para exame do Conselho de Editoração.

_____, ____ de _____ de _____

*Em caso de haver conflito de interesses financeiro e/ou de afiliações, este item deve ser suprimido deste texto e informado no corpo do manuscrito, de acordo com as Normas para Publicação de Artigos da Cogitare Enfermagem.

Cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Para artigo de pesquisa que envolva seres humanos, enviar cópia do parecer de aprovação, com o respectivo número do protocolo, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa e de acordo com a legislação do país de origem do manuscrito. A cópia deve ser anexada como documento complementar.

Comprovante do depósito da Taxa de Submissão

O pagamento deverá ser feito com boleto bancário, no valor de R\$100,00, disponível no

link: <http://www.funpar.ufpr.br:9010/Home/Index/000005> e o recibo enviado como documento complementar.

Não haverá devolução da taxa de submissão caso o manuscrito não seja aprovado.

6- NORMAS APÓS ACEITE DO ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO

A Cogitare Enfermagem encaminhará ao Autor Correspondente a versão final do artigo. Este é responsável por consultar os demais autores e manifestar o aceite da versão final para publicação.

O autor correspondente deverá enviar a Cogitare Enfermagem o recibo de depósito da **Taxa de Publicação única no valor de R\$ 400,00**. O pagamento deverá ser feito com de boleto bancário disponível no link:

<http://www.funpar.ufpr.br:9010/Home/Index/000006>

As solicitações de correções, após a publicação eletrônica do artigo, deverão ser encaminhadas no prazo de 15 dias da publicação.