

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

VANESSA REFOSCO DO NASCIMENTO

**FATORES ASSOCIADOS A ESTRIDOR EM CRIANÇAS ADMITIDAS
EM UNIDADE HOSPITALAR**

Porto Alegre

2019

VANESSA REFOSCO DO NASCIMENTO

**FATORES ASSOCIADOS A ESTRIDOR EM CRIANÇAS ADMITIDAS
EM UNIDADE HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, apresentado como requisito para aprovação do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Márcia Koja Breigeiron

Porto Alegre

2019

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas foram essenciais nessa fase de conclusão da longa e árdua caminhada que realizei para me tornar enfermeira.

Em primeiro lugar, tenho que agradecer a Deus por me dar a oportunidade de conseguir realizar meus sonhos, me dar força para continuar mesmo nos momentos difíceis, além de colocar as melhores pessoas na minha vida.

Agradeço à minha mãe, Marisul, e ao meu irmão, Luis Felipe, pelo amor incondicional, pelo apoio em todos os momentos e por me encorajar nos momentos de dúvidas e incertezas. Agradeço aos meus tios e primos por estarem nos momentos importantes ao meu lado, desde o vestibular e agora neste momento de conclusão de curso.

Agradeço minha amiga do coração Kauana, por estar sempre ao meu lado, tanto nos momentos de felicidade quanto naqueles momentos difíceis. Desde que nos conhecemos tornou-se uma irmã, conselheira e principalmente encorajadora, onde acreditava em mim mais que eu mesma. Obrigada à todas as pessoas que passaram na minha vida e lapidaram o meu melhor, proporcionando minha evolução pessoal e profissional.

Tenho um imenso orgulho de dizer que tive o privilégio de fazer parte, mesmo que por um breve momento, da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico Ambulatorial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os profissionais ali presentes foram imprescindíveis na minha formação, unindo nas suas atuações profissionais a ciência e humanização no trato com o paciente. Foi ali no CCA que aprendi o verdadeiro significado de ser enfermeira. Muito obrigada à Ivana Trevisan, chefia de enfermagem do CCA, por tornar-se mais que uma referência na enfermagem, mas uma amiga que quero levar por toda a vida. Durante meu convívio com ela, aprendi como ser uma verdadeira líder, sempre pensando no bem-estar da sua equipe, para que assim os bons resultados reflitam na assistência ao paciente.

Também quero agradecer imensamente às minhas professoras Márcia Koja Breigeiron e Elisabeth Thomé. São exemplos de profissionalismo, empatia e humildade. Foram elas que me proporcionaram as primeiras oportunidades de crescimento enquanto acadêmica de enfermagem, pensando no futuro profissional.

Por fim, tenho que agradecer à Universidade, local onde passei boa parte dos meus dias nestes anos de formação. Ali aprendi a ser uma pessoa melhor, a exercer minha profissão de forma equânime e igualitária, além de ampliar meu senso crítico e capacidade de argumentação.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 OBJETIVOS	7
2.1 Geral	7
2.2 Específicos.....	7
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	8
3.1 Fatores congênitos	8
3.2 Fatores externos.....	9
3.3 Estridor causado por procedimentos	9
4 MÉTODO	11
4.1 Tipo de estudo	11
4.2 Local do estudo.....	11
4.3 População e amostra	12
4.4 Coleta de dados.....	13
4.6 Aspectos éticos	14
REFERÊNCIAS	15
ARTIGO ORIGINAL	19
APÊNDICE A.....	20
ANEXO A	22
ANEXO B	23
ANEXO C.....	26
ANEXO D.....	27

1 INTRODUÇÃO

Alterações nas condições climáticas geram mudança no comportamento das pessoas, onde a maioria aglomera-se em ambientes mais fechados com o intuito de evitar as baixas temperaturas. A aglomeração aliada às mudanças bruscas nas temperaturas propicia o surgimento de doenças respiratórias, principalmente nas crianças, o que, muitas, vezes acarretam doenças respiratórias graves, levando à internação hospitalar, podendo ser necessários cuidados mais intensivos em Unidade de Terapia Intensiva.

Diante de pacientes com graves desconfortos respiratórios em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), a instalação de ventilação mecânica é utilizada como recurso assistencial para garantia da estabilidade fisiológica. Tal recurso diminui a incidência de mortalidade de pacientes pediátricos em situação de desconforto respiratório (MELO et al., 2015).

Considerando a necessidade de instalação de ventilação mecânica, onde dispositivos endotraqueais (cânulas) fazem parte deste processo, lesões decorrentes do manuseio de cânulas, seja em contexto anestésico, cirúrgico ou clínico, podem acarretar aumento de morbidade. A mucosa laringotraqueal, por se tratar de uma estrutura muito delicada, pode sofrer lesões por diversos fatores, principalmente durante emergências. A mucosa de crianças, sobretudo, tem maior fragilidade (NETTO, 2014).

Um relatório realizado em hospitais europeus pela *European Center of Disease Prevention and Control* (ECDPC) no período de 2011 e 2012 indicou que, em um total de 1.500 infecções relacionadas aos cuidados de saúde, 19,4% eram referentes a infecções de trato respiratório, percentual superado apenas por infecções de sítio cirúrgico (19,6%) (ECDPC, 2013). Lesões associadas à mucosa laringotraqueal mais comuns encontradas são: edema de glote, granulomas de cordas vocais, disfonia, paralisia de cordas vocais, atelectasia, estenose de traqueia e estridor laríngeo (MOTA; CARVALHO; BRITO, 2012).

Estridores caracterizam-se por um som agudo audível durante a passagem de ar laminar por uma estrutura mais estreita (RODRIGUEZ et al, 2012). Pode ser inspiratório, quando este espaço estreito para a passagem de ar está acima das pregas vocais; expiratório, quando o estreitamento está abaixo da carina traqueal; e bifásico quando este estreitamento está localizado na luz da traqueia (RODRIGUEZ et al, 2012).

Lesões associadas à realização de procedimentos invasivos podem estar relacionadas a situações de imperícia durante a realização destes procedimentos, ou a situações congênitas ou adquiridas, favorecendo, muitas vezes, a clínica de estridor (ADA, ISILDAK,

SARITZALI, 2010; NETTO, 2014). Estridor é considerado a comorbidade mais prevalente pós-intubação endotraqueal, acontecendo em cerca de 30% dos casos (PRINCIPI et al, 2011). Tal injúria pode prolongar-se por toda a internação hospitalar da criança, correndo o risco de ser necessária uma nova intubação endotraqueal (NASCIMENTO et al, 2015).

O enfermeiro exerce papel fundamental na assistência, na supervisão e execução de procedimentos básicos e complexos na assistência do cuidado a crianças, tendo também a função de liderar a equipe que realizará o cuidado (SANTOS; GUIRARDELLO, 2007). Cuidados básicos como orientação da equipe sobre lavagem correta das mãos e desinfecção adequada de dispositivos instalados no paciente são de extrema importância na prevenção de qualquer injúria infecciosa como consequência dos cuidados de saúde (OLIVEIRA et al, 2013). Em situações de intubação endotraqueal, é recomendado que seja analisado pelo enfermeiro a relação entre o tamanho da cânula com o peso e idade da criança, bem como a avaliação diária da pressão gerada pelo *cuff*, uma vez que o atrito entre a cânula e a mucosa podem gerar lesões (NASCIMENTO et al, 2015).

Deste modo, o conhecimento de fatores que podem levar ao surgimento de estridores em pacientes pediátricos é uma forma de garantia da assistência de enfermagem qualificada.

O presente estudo buscará responder a seguinte questão norteadora de pesquisa: Quais os fatores associados mais prevalentes relacionados à ocorrência de estridor em crianças?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar os fatores associados ao estridor em crianças admitidas em unidades hospitalares.

2.2 Específicos

- Identificar a prevalência de estridor em crianças.
- Identificar os fatores associados a estridor em crianças, segundo a faixa etária.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Estridor acontece devido a uma obstrução nas estruturas da via aérea que permite a passagem de ar, podendo estar presente na luz da traqueia, faringe e laringe (GUYTON, HALL, 2006). Crianças e lactentes, por apresentarem uma estrutura cartilaginosa ainda em formação, são mais propensas a apresentarem estridor após alguma situação de compressão da via aérea (RODRIGUEZ et al, 2012). Este comprometimento na passagem de ar pode trazer uma grande repercussão na respiração espontânea, deglutição e, a longo prazo, um comprometimento na voz (RODRIGUEZ et al, 2012).

Lesões que geram estridor podem ocorrer após a realização de procedimentos invasivos, como intubação orotraqueal, e até mesmo em procedimentos não invasivos, como sondagem nasoenteral e nasogástrica (ADA, ISILDAK, SARITZALI, 2010). Complicações em situações de imperícia durante o processo de intubação ou durante o cuidado ao paciente podem gerar laringomalácia adquirida, estenose subglótica e imobilidade laríngea, entre outras, nas quais trazem o estridor como sinal clínico (NETTO, 2014).

3.1 Fatores congênitos

Doenças congênitais são aquelas adquiridas durante a formação embrionária e que geram malformação de sistemas importantes, como por exemplo o sistema respiratório. Fatores endógenos, bem como fatores advindos de situações externas influenciam na divisão celular durante o processo de formação dos órgãos na fase embrionária (PERALES, 2016).

A laringomalácia caracteriza-se como uma flacidez na cartilagem subglótica, na qual é convertida para um colapso na glote. Desta forma, na laringomalácia o estridor ocorre durante a inspiração, com piora do quadro quando a criança necessita de um maior aporte ventilatório (EDMONSON, BENT & CHAN, 2011). Esta comorbidade é responsável por 60% dos casos das anomalias congênitais de laringe, sendo umas das maiores patologias responsáveis pelo surgimento de estridor na infância (THORNE, GARETZ, 2015).

As cordas vocais são formadas por estruturas musculares e enervadas pelo nervo vago e nervo recorrente, responsáveis pelo reflexo de deglutição e tosse, além de serem responsáveis pela respiração e fonação (SILVA et al, 2016). Síndromes e patologias que geram danos ao sistema neurológico, onde podem resultar em alguma lesão destes nervos, geram paralisias de cordas vocais (SILVA et al, 2016).

Após o acometimento da paralisia das cordas vocais, o paciente pode apresentar sinais de rouquidão durante a inspiração, tosse fraca e dispneia (DANKBAAR; PAMEIJER, 2014). Casos de paralisia bilateral das cordas vocais podem resultar em condições de obstrução total da glote e, conseqüentemente, estridor (AL-KHTOUM et al, 2013).

3.2 Fatores externos

Fatores externos como vírus também podem resultar em comorbidades que apresentam estridor como sinal clínico. Um exemplo disso é a papilomatose respiratória recorrente, onde o vírus *human papiloma vírus* (HPV) é o principal agente desta doença (VENKATEZAN, PINE, UNDERBRINK, 2012). Este vírus tem por característica alojar-se no trato digestório, entretanto em crianças, é mais comumente encontrado na região laríngea, no qual resulta em estridor agudo e nódulos nas pregas vocais (MONNIER, 2011). A papilomatose respiratória é considerada uma condição rara, ocorrendo em 4 a cada 100.000 casos, porém, pelo HPV tratar-se de uma doença sexualmente transmissível, é fortemente associada a populações em maior situação de vulnerabilidade (VENKATEZAN, PINE, UNDERBRINK, 2012). Se não diagnosticada de forma precoce, o vírus alojado na região laríngea se prolifera, progredindo até a árvore brônquica, na qual pode ser observado um estridor bifásico (MONNIER, 2011).

A traqueomalácia é uma situação de saúde na qual a cartilagem da parede da traqueia passa a tornar-se frágil, podendo gerar um rompimento da parede traqueal. Pode estar associada a condições iatrogênica ou congênita. Em crianças, a traqueomalácia adquirida ocorre devido a algum dano local, como por exemplo situações de trauma, compressões de cartilagem da traqueia, e até mesmo tempo prolongado de ventilação positiva (HYSINGER, 2018).

Em condições congênitas, a traqueomalácia pode estar associada a defeitos cardíacos congênitos em que ocorre compressão na parede da traqueia (CARDEN, BOISELLE, ERNEST, 2005). Nesta doença, encontramos estridor durante a fase inspiratória. Além disso, podem ser encontrados sintomas como dispneia aos esforços e tosse (MAJID et al, 2014).

3.3 Estridor causado por procedimentos

Pelo fato de da traqueia ser uma estrutura delicada, diversos fatores podem contribuir para a lesão da mucosa traqueal, dentre estes a intubação endotraqueal (CORDEIRO et al, 2017). Intubações prolongadas, ou seja, além de 48 horas, podem causar danos na mucosa

laringotraqueal levando ao surgimento do estridor (MEDEIROS et al, 2014). A multifatorialidade da prevalência de estridor pós extubação é diversa, mas dentre os principais fatores encontramos a inatividade muscular orofaríngea e possíveis inflamações de mucosa que podem ocasionar ulceração e até perda tecidual (MEDEIROS et al, 2014).

Uma das consequências da intubação orotraqueal prolongada é a estenose subglótica, com incidência de 2,8 a 11,3% dos casos (SCHWEIGER et al, 2013). A movimentação excessiva nas crianças em situação de intubação associada ao tempo prolongado da permanência do tubo em contato com a mucosa é um dos maiores fatores de risco para o desenvolvimento de estenose subglótica (SCHWEIGER et al, 2017).

Laringoespasmos após a extubação orotraqueal também é considerado um grande fator de risco para o desenvolvimento de fechamento de pregas vocais, e conseqüentemente, o surgimento de estridor laríngeo. Em adultos, é responsável por 23% dos casos de danos respiratórios após o período cirúrgico (MOKHTAR, BADAWY, 2018). Tal situação pode ser causada por um reflexo natural de defesa do organismo após episódios de secreção, aspirações de corpo estranho e na incidência de dor na mucosa durante uma cirurgia (NISHINO, 2000). É considerada uma condição de saúde grave, pois pode levar à hipóxia pulmonar e posteriormente à necrose do tecido (LEMYZEM, 2014; GHOFAILY et al, 2013).

Neste contexto, o enfermeiro deve estar atento aos sinais indicativos de lesão da mucosa laringotraqueal, bem como ajustar o planejamento da assistência prestada, para que no fim seja atingido o objetivo da terapia (FISHER et al, 2011). É imprescindível que seja realizado uma análise minuciosa da situação clínica da criança ao longo de uma internação hospitalar, em especial aquelas crianças que foram submetidas a procedimentos cirúrgicos e procedimentos mais invasivos. Diante disso, o profissional deve estar atento ao primeiro sinal do surgimento de estridor.

Uma forma de avaliação clínica é a interrogação do surgimento de sinais indicativos de estenose de traqueia questionando os familiares sobre o início do surgimento dos sintomas sugestivos à estridor, tais como dificuldade de respiração na criança, e algum sinal de esforço respiratório (RODRIGUEZ et al, 2012). Aliando uma anamnese eficaz e exames complementares, pode ser realizado um diagnóstico precoce, evitando que esta comorbidade traga mais impacto para a vida da criança. Desta forma, profissionais de uma equipe multiprofissional devem estar preparados para um correto atendimento a estes pacientes, tanto em situações pós surgimento da lesão, mas principalmente sua atuação deverá ser maior na prevenção de comorbidades.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

O estudo transversal, retrospectivo e quantitativo. O estudo transversal permite a coleta de dados em um determinado ponto no tempo, sendo que os fenômenos de investigação são obtidos durante o período da coleta de dados. O estudo retrospectivo é aquele no qual as informações de interesse estão contidas em registros anteriores, em arquivos de dados como, por exemplo, em prontuários hospitalares. O estudo quantitativo permite quantificar um problema por meio da geração de dados numéricos ou dados que podem ser transformados em estatísticas utilizáveis (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Local do estudo

Foram analisados prontuários de crianças que tiveram passagem pelas unidades de internação e ambulatoriais pediátricas, de neonatologia e obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS. As unidades selecionadas foram: Unidade de Internação 10 Sul, Unidade de Internação 10 Norte, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIPED), Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINEO), Unidade de Internação Obstétrica 11 Sul, Emergência Pediátrica, Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA) e Unidade de Bloco Cirúrgico (UBC).

A UTIPED possui 13 leitos crianças com patologias complexas, como qualquer tipo de desconforto respiratório que necessite de suporte ventilatório, ou submetidas a cirurgias de grande porte, ou uso de hemodiálise intermitente. Compreende crianças da faixa etária de 28 dias a 14 anos, além de prestar assistência a adolescentes com mais de 14 anos até 18 anos incompletos (HCPA, 2017).

A UTINEO atende recém-nascidos, prematuros e a termo, que necessitam de cuidados intensivos após o nascimento devido a patologias congênitas ou em decorrência de partos distócicos. Contam com 20 leitos que, dependendo do estado dos recém-nascidos, é fornecido suporte ventilatório por ventilação mecânica para plena recuperação (HCPA, 2017).

As unidades de internação 10 Norte e 10 Sul são unidades exclusivamente pediátricas, onde contam com aproximadamente 90 leitos, no qual prestam assistência a uma população com faixa etária de 29 dias até 14 anos de idade. São atendidos nestas unidades crianças que passam por transtornos de saúde de origem respiratórios e nutricionais, desordens genéticas, bem como crianças que necessitam de algum tratamento de saúde específico após transplantes hepáticos ou reabilitação intestinal (HCPA, 2017).

O Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA) e Unidade de Bloco Cirúrgico são unidades cirúrgicas do HCPA onde são realizados procedimentos cirúrgicos de pequeno, médio e grande porte, respectivamente. Passam pelo CCA cerca de 200 pacientes ao dia, dentre estes estão crianças que são submetidas a cirurgias laríngeas para dilatação de traqueia ou reavaliação de traqueostomia. O CCA conta com cinco leitos para recuperação pediátrica, onde são oferecidos cuidados enfermagem durante a internação da criança (HCPA, 2017).

O Serviço de Emergência é a porta de entrada dos pacientes submetidos a atendimentos de urgência e emergência com a finalidade de resolutividade em situações de saúde que causem risco de vida iminente. Dividida em emergência adulto e emergência pediátrica, onde a emergência pediátrica conta com cerca de nove leitos de enfermagem, adjunto a uma sala de isolamento para situações de doenças respiratórias infectocontagiosas (HCPA, 2017).

4.3 População e amostra

A população alvo foi constituída de crianças admitidas nas referidas unidades hospitalares no período de janeiro a dezembro de 2018.

A amostra foi selecionada segundo os critérios de inclusão: crianças com até 12 anos incompletos e diagnóstico na admissão relacionado ao trato respiratório superior, conforme o Código Internacional de Doenças (CID): Papilomavírus (B97.7); Laringite aguda (J04.0); Laringofaringite aguda (J06.0); Bronquiolite (J21); Hipertrofia de amígdalas (J35.1); Paralisia de cordas vocais e da laringe (J38.0), como: Paralisia de cordas vocais; Edema de laringe (J38.4); Outras doenças de laringe (J38.7), tais como: Granuloma de laringe e Papiloma de laringe; Estenose subglótica (Q31.1); Laringomalácia congênita (Q31.5) e Traqueomalácia (Q32.0), consequentes ou não do uso de ventilação mecânica (WHO, 2018). Foram excluídas as crianças transferidas para outra instituição de saúde em menos de 24 horas da admissão hospitalar no HCPA.

Diagnóstico de estridor laríngeo, em qualquer momento da internação hospitalar, foi a variável de escolha para a seleção de dois grupos (com estridor laríngeo e sem estridor laríngeo) O cálculo amostral foi realizado por meio do software WINPEPI versão 11,65[®].

O tamanho amostral foi considerado a partir de um levantamento de prontuários fornecido pela Coordenadoria de Gestão da Tecnologia da Informação (CGTI)/HCPA, a qual

indicou um número de 514¹ crianças internadas no período proposto, conforme critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Destas, um total de 65% apresentou diagnóstico de estridor laríngeo em algum momento da internação. Portanto, considerando uma proporção de 0,4 de crianças sem estridor laríngeo e de 0,65 de crianças com estridor laríngeo, poder estatístico de 80% e significância de 5%, o tamanho amostral foi estimado em 140 prontuários como amostra final para compor os dois grupos (com estridor laríngeo e sem estridor laríngeo).

4.4 Coleta de dados

Trata-se de um estudo com fonte de coleta de dados secundários, restrita a prontuários. Os dados foram extraídos dos prontuários e repassados para um instrumento (APÊNDICE A) elaborado pelos autores exclusivamente para esta investigação.

Para a amostra final, os prontuários foram sorteados a partir do levantamento concedido.

4.5 Análise dos dados

Para a análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0.

As variáveis foram nominais (idade), categóricas (*epidemiológicas*: naturalidade, unidade de referência; *clínicas*: diagnóstico primário e secundário, internação prévia, intubação de emergência, tipo de procedimento diagnóstico, unidade de referência, uso de intubação endotraqueal, tipo de intubação endotraqueal, número de tentativas de intubação endotraqueal, utilização de *cuff*, controle de *cuff*, tamanho da cânula endotraqueal, tempo de intubação endotraqueal, complicações clínicas). Dentre estas, as variáveis explicativas foram: tipo de intubação endotraqueal, número de tentativas de intubação endotraqueal, controle de *cuff*, tamanho da cânula endotraqueal e tempo de intubação endotraqueal; e a variável desfecho: complicações clínicas.

Os dados foram armazenados pelo *Statistical Software for the Social Sciences*[®] (SPSS) versão 18 e expressos em média, desvio padrão, mediana, intervalo interquartil (25/75) e

¹ Dado da Coordenadoria de Gestão de Tecnologia da Informação (CGTI) do HCPA, fornecido pela responsável técnica, sob a solicitação de uma *query* (instrumento disponibilizado pela coordenadoria para levantamento de dados). Disponível em <<https://intranet.hcpa.edu.br/content/view/2551/1278/>>. Acesso em: 11 mar. 2018.

frequência absoluta e relativa. Regressão de *Poisson* e Teste Qui-Quadrado foram utilizados, considerando valores de $p < 0,05$ estatisticamente significativos (TADANO; UGAYA; FRANCO, 2009; PESTANA; GAGEIRO, 2005).

4.6 Aspectos éticos

O projeto foi submetido à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (ANEXO A) e ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (ANEXO B) com aprovação sob o número 20180400.

Os princípios éticos foram respeitados, mantendo-se o anonimato sobre a identificação dos participantes da pesquisa, conforme a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Para coleta dos dados foi utilizado o Termo de Utilização de Dados de Prontuário, disponibilizado pelo HCPA para pesquisa de campo, assinado pelas pesquisadoras responsáveis (ANEXO C).

REFERÊNCIAS

ADA, Mehmet, ISILDAK, Huseyin, SARITZALI, Gkioukxel. Congenital vocal cord paralysis. **J Craniofac Surg**; 21:273-4; 2010

AL-KHTOUM, Nemer et al. Acquired unilateral vocal fold paralysis: Retrospective analysis of a single institutional experience. **North American Journal Of Medical Sciences**, [s.l.], v. 5, n. 12, p.699-702, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3877531/?report=reader>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012: **diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

CARDEN, Karden et al. Tracheomalacia and Tracheobronchomalacia in Children and Adults. *Chest*, [s.l.], v. 127, n. 3, p.984-1005, mar. 2005. **Elsevier BV**. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1378/chest.127.3.984>. Acesso em: 07 jun. 2018.

CORDEIRO, Aldenora Laísa Paiva de Carvalho et al. Lesão de mucosa laringotraqueal e fatores associados após extubação endotraqueal: estudo piloto. **Acta Paul Enfermagem**, Uberaba, v. 3, n. 30, p.316-322, jun. 2017.

DANKBAAR, Jan Willem; PAMEIJER, F. A. Vocal cord paralysis: anatomy, imaging and pathology. *Insights into Imaging*, [s.l.], v. 5, n. 6, p.743-751, 15 out. 2014. **Springer Nature**. <http://dx.doi.org/10.1007/s13244-014-0364-y>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263806/pdf/13244_2014_Article_364.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2018.

EDMONDSON, Natalie E.; BENT, John P.; CHAN, Christine. Laryngomalacia: The role of gender and ethnicity. **International Journal Of Pediatric Otorhinolaryngology**, [s.l.], v. 75, n. 12, p.1562-1564, dez. 2011. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijporl.2011.09.008>.

EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Estocolmo: [s.i], 2013. Disponível em: <<https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2018.

FISHER, C. A. et al. Cuidado ao paciente: sistema respiratório. In: MORTON, Patrícia Gorden; FONTAINE, D. K. Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística. 9. ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2011.

GHOFAILY, Lourdes Al et al. Negative Pressure pulmonary edema after laryngospasm a revisit with a case report. **Journal Anesth Clin. Res.** 3:252. 2013

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HCPA; GENF. **Relatório do Serviço de Enfermagem Pediátrica**. Porto Alegre: [s.i], 2017. 9 p.

HYSINGER, Erick B. Laryngomalacia, Tracheomalacia and Bronchomalacia. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, [s.l.]. **Elsevier BV**. v.48, n. 4, p.113-118, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cppeds.2018.03.002>. Acesso em: 07 jun. 2018.

LEMYSE, Malcon; JIHAD, Mallat. Understanding negative pressure pulmonary edema. **Intensive Care Med**. 40:1140---3. 2014

MAJID, Adnan et al. Evaluation of Tracheobronchomalacia by Dynamic Flexible Bronchoscopy. A Pilot Study. *Annals of The American Thoracic Society*, [s.l.], **American Thoracic Society** v. 11,n.6, p.951-955. 2014. <http://dx.doi.org/10.1513/annalsats.201312-435bc>.

MEDEIROS, Gisele Chagas de et al. Clinical dysphagia risk predictors after prolonged orotracheal intubation. *Clinics*, [s.l.], v. 69, n. 01, p.8-14, 1 jan. 2014. **Fundação Faculdade de Medicina**. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2014\(01\)02](http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2014(01)02). Acesso em: 07 jun. 2018.

MELO, Elizabeth Mesquita et al. Evolução clínica dos pacientes em uso de ventilação mecânica em terapia intensiva. **Revista de Enfermagem Ufpe**, Recife, v. 2, n. 9, p.610-616, fev. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10379/11124>. Acesso em: 25 jun. 2018.

MOKHTAR, Ali M.; BADAWY, Ahmed A. Dose baixa de propofol versus lidocaína para alívio de laringoespasmos resistentes pós-extubação em paciente obstétrica. **Brazilian Journal Of Anesthesiology**, [s.l.], v. 68, n. 1, p.57-61, jan. 2018. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2017.03.009>. Acesso em: 07 jun. 2018.

MONNIER; Philippe. Recurrent Respiratory Papillomatosis. In **Pediatric airway surgery**. Management of laryngotracheal stenosis in infants and children. Springer, Switzerland: 220-7, 2011.

MOTA, Luiz Alberto Alves; CARVALHO, Glauber Barbosa; BRITO, Valeska Almeida. Complicações laríngeas por intubação orotraqueal: revisão de literatura. **International Archives of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 236-245, apr./june. 2012.

NASCIMENTO, Milena Siciliano et al. Fatores de risco para estridor pós-extubação em crianças: o papel da cânula orotraqueal. **Einstein**. São Paulo, v. 13, n. 2, p.226-231, 9 jun. 2015.. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082015ao3255>. Acesso em: 07 jun. 2018.

NETTO, Cátia de Souza Saleh. **Lesões laríngeas agudas pós extubação: Fatores de risco e associação com estridor**. 2013. 88 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescentes, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

NISHINO, Takashi. Physiological and pathophysiological implications of upper airway reflexes in humans. **Japanese Journal of Physiology**. 50:3---14. 2000.

OLIVEIRA, Kalyane Kelly Duarte de et al. Assistência de Enfermagem aos pais e ao recém-nascido de risco em uma UTI neonatal. **Revista de Enfermagem Upe Online**, Recife - Pe, v. 6, n. 7, p.4452-4458, jun. 2013.

PESTANA, M.; GAGEIRO, J. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 4. ed. Lisboa: **Edições Silabo**, 2005.

PERALES, José Gareca. **Desenvolvimento pulmonar embrionário**. In: PERALES, José Gareca; PISTE, Ivan Pollastrini; COSTA JUNIOR, Altair. **Doenças respiratórias na infância: aspectos biomoleculares, clínicos e cirúrgicos**. Cap. 1. p. 24-33. Elsevier, Rio de Janeiro, 2016.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. Ed. Porto Alegre:Artmed, 2011. 670p.

PRINCIPI, Tania et al. Complications of mechanical ventilation in the pediatric population. **Pediatr Pulmonol**; 46(5):452-7, 2011.

RODRÍGUEZ, Hugo et al. Estridores Laríngeos. In: SIH, Tania et al. **Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO: Interamerican Association of Pediatric Otorhinolaryngology**. São Paulo: Copyright, p. 95-128, 2012.

SANTOS, Luciana Soares dos Santos; GUIARDELLO, Edinêis de Brito. Demandas de atenção do enfermeiro no ambiente de trabalho. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. 15(1):27-33, 2007.

SCHWEIGER, Cláudia et al. Incidence of post-intubation subglottic stenosis in children: prospective study. **J Laryngol Otol**. P:127:399—403, 2013.

SCHWEIGER, Cláudia et al. Undersedation is a risk factor for the development of subglottic stenosis in intubated children. **J Pediatr (Rio J)**. 93:351-5; 2017.

SILVA, Ana Costa Pereira et al. Paralisia das cordas vocais - 8 anos de experiência no Centro Hospitalar do Porto. **Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-facial**, Porto, v. 54, n. 3, p.169-173, 2016. Disponível em: <<https://www.journalsporl.com/index.php/sporl/article/view/363/525>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

TADANO, Yara de Souza, UGAYA, Cássia Maria Lie, FRANCO, Admilson Teixeira. Método de regressão de Poisson: metodologia para avaliação do impacto da poluição atmosférica na saúde populacional. **Ambiente & Sociedade**, v. XII, n. 2, p. 241-255, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/asoc/v12n2/a03v12n2.pdf>. Acesso em: 21 set. 2018.

THORNE, Marc C.; GARETZ, Susan L. Laryngomalacia: Review and Summary of Current Clinical Practice in 2015. **Pediatric Respiratory Reviews**, [s.l.], v. 17, p.3-8, jan. 2016. Elsevier BV. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.prrv.2015.02.002>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

VENKATESAN, Naren N, PINE, Harold S, UNDERBRINK, Michael P. **Recurrent respiratory papillomatosis**. *Otolaryngol Clin North Am.* 45:671-94, 2012.

World Health Organization (WHO). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics: ICD-11. Eleventh Revision.* 2018. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/icd/en/>. Acesso em: 15 jun. 2018.

ARTIGO ORIGINAL

**Ver publicação em Revista Cogitare Enfermagem
(Diretrizes para os autores - ANEXO D)**

Vanessa Refosco do Nascimento¹, Márcia Koja Breigeiron²

**FATORES ASSOCIADOS A ESTRIDOR EM CRIANÇAS ADMITIDAS
EM UNIDADE HOSPITALAR**

¹Acadêmica de Enfermagem. Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre/RS/Brasil

²Enfermeira. Doutora em Ciências Biológicas/Fisiologia. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFRGS. Porto Alegre/RS/Brasil

Artigo original

Autor Correspondente

Márcia Koja Breigeiron
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Rua São Manoel, 963
CEP 90620-110, Porto Alegre, RS, Brasil.
mbreigeiron@gmail.com
(51) 3308-5241

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Dados Demográficos e Clínicos

Prontuário: _____	
Idade em meses:	_____ meses
Grupo etário:	(1) 0-11 meses e 29 dias (2) 1 ano – 2 anos, 11 meses e 29 dias (3) 3 anos – 5 anos, 11 meses e 29 dias (4) 5 anos – 8 anos, 11 meses e 29 dias (5) Maior que 8 anos
Raça	(1) Branca (2) Parda (3) Indígena (4) Amarela (5) Preta
Naturalidade	(1) Capital (2) Interior
Referência	(1) Unidade de internação pediátrica (2) Unidade de terapia intensiva (3) Unidade internação Obstétrica (4) Emergência (5) Centro cirúrgico ambulatorial (6) Bloco cirúrgico
Diagnóstico Primário	(1) Papilomavírus (2) Laringite aguda (3) Laringofaringite aguda (4) Bronquiolite (5) Hipertrofia de amígdalas (6) Paralisia de cordas vocais (7) Edema de laringe (8) Granuloma de laringe (9) Papiloma de laringe (10) Estenose subglótica (11) Laringomalácia congênita (12) Traqueomalácia (13) Estridor
Internação hospitalar prévia?	(1) Sim (2) Não
Tempo de internação:	(1) 1 semana (2) 15 dias (3) 1 mês (4) Mais que 1 mês
Presença de estridor durante internação hospitalar?	(1) Sim (2) Não
Necessidade de intubação?	(1) Sim (2) Não
Intubação de emergência?	(1) Sim (2) Não
Tipo de intubação traqueal	(1) Orotraqueal (2) Nasotraqueal

	(3) Traqueostomia
Tentativas de intubação	(1) Uma tentativa (2) Duas tentativas (3) Três tentativas (4) + de 3 tentativas
Utilização de <i>Cuff</i>	(1) Sim (2) Não
Controle de <i>Cuff</i>	(1) Sim (2) Não
Tamanho da Cânula Orotraqueal	(1) 2 mm (2) 2,5 mm (3) 3 mm (4) 3,5 mm (5) 4 mm (6) 4,5 mm (7) 5 mm (8) 5,5 mm (9) 6 mm (10) 6,5 mm (11) 7 mm (12) 7,5 mm
Duração de ventilação mecânica	(1) 24 horas (2) 36 horas (3) 72 horas (4) < 72 horas
Complicações:	(1) Estenose subglótica (2) Estridor (3) Estenose de laringe (4) Atelectasia (5) Trauma de traqueia e estridor (6) Edema de laringe (7) Outras (8) Estenose subglótica pós procedimento (9) Paralisia de cordas vocais (10) Pólipo de cordas vocais
Motivo duração VM:	(1) Procedimento eletivo (2) Internação clínica (3) Clínico/cirúrgico
Uso de traqueostomia:	(1) Sim (2) Não
Uso de métodos diagnósticos:	(1) Métodos diagnósticos (2) Microcirurgia de laringe (3) Não realizou
Uso de sonda:	(1) Sim (2) Não

ANEXO A
PARECER DE APROVAÇÃO DA COMPESQUEENF – UFRGS

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Vanessa Refosco Do Nascimento

Dados Gerais:

Projeto Nº:	35667	Título:	FATORES DE RISCO PARA ESTRIDOR EM CRIANÇAS ADMITIDAS EM UM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL		
Área de conhecimento:	Enfermagem Pediátrica	Início:	01/10/2018	Previsão de conclusão:	30/12/2019
Situação:	Projeto em Andamento				
Origem:	Escola de Enfermagem	Projeto da linha de pesquisa: Estado nutricional em crianças e adolescentes			
Local de Realização:	Comite de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre				
Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.					
Objetivo:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 40px;">Conhecer os fatores de risco mais prevalentes para o surgimento de estridor em crianças admitidas em unidades hospitalares.</div>				

Palavras Chave:

ENFERMAGEM
ESTRIDOR
FATORES DE RISCO
PEDIATRIA

Equipe UFRGS:

Nome: MARCIA KOJA BREIGEIRON
Coordenador - Início: 01/10/2018 Previsão de término: 30/12/2019
Nome: VANESSA REFOSCO DO NASCIMENTO
Técnico: Outra Função - Início: 01/10/2018 Previsão de término: 30/12/2019

Avaliações:

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 02/11/2018 [Clique aqui para visualizar o parecer](#).

ANEXO B
PARECER DE APROVAÇÃO DA CEP\HCPA

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES DE RISCO PARA ESTRIDOR EM CRIANÇAS ADMITIDAS EM UM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL.

Pesquisador: Márcia Koja Breigeiron

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 95196418.0.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.836.083

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa para conclusão de curso de Enfermagem. O estudo será do tipo transversal, retrospectivo. Serão analisados prontuários de crianças que tiveram passagem pelas unidades de

internação e ambulatoriais pediátricas, de neonatologia e obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. As unidades selecionadas foram: Unidade de Internação 10 Sul, Unidade de Internação 10 Norte, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIPED), Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINEO), Unidade de Internação Obstétrica 11 Sul, Emergência Pediátrica, Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA) e Unidade de Bloco Cirúrgico (UBC). A população alvo será constituída de crianças que passaram pela internação e ambulatório nas referidas unidades hospitalares no período de maio de 2017 a maio de 2018.

Estridores caracterizam-se por um som agudo audível durante a passagem de ar laminar por uma estrutura mais estreita. Acontecem devido a uma obstrução nas estruturas da via aérea que permite a passagem de ar, podendo estar presente edema na luz da traqueia, na faringe e na laringe. É a comorbidade mais prevalente, acontecendo em cerca de 30% dos casos.

A amostra será selecionada segundo os seguintes critérios de inclusão: crianças de até 12 anos incompletos, internadas ou que possuem diagnóstico de estridor durante sua passagem na internação hospitalar. Recém-nascidos que passaram por situação de sofrimento fetal, no qual culminou para instalação de ventilação mecânica para aporte respiratório. O estudo não prevê

critérios de exclusão.

A coleta de dados será realizada por meio de revisão de prontuários com formulário semiestruturado.

Objetivo da Pesquisa:

Geral

Conhecer os fatores de risco mais prevalentes para o surgimento de estridor em crianças admitidas em unidades hospitalares.

Específicos

*Analisar a relação entre faixa etária e fatores de risco.

*Identificar os fatores de risco para estridor como: congênitos, clínicos ou secundários ao tratamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Cálculo amostral – segundo os pesquisadores: Considerando um erro de 4%, intervalo de confiança de 95% e perda amostral de 20%, a amostra foi estimada em 392 prontuários para o presente estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Solicita dispensa de TCLE. Preenchido e assinado o termo de utilização de dados de prontuário

Recomendações:

* Rever a construção do primeiro parágrafo da introdução de modo que se relacione com o restante do texto.

* Sugerimos consulta na Unidade de Bioestatística para ajustar a análise de dados.

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.836.083

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta pendências e está em condições de aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (Projeto versão de 03/08/2018 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Os pesquisadores devem atentar ao cumprimento dos seguintes itens:

- a) Este projeto está aprovado para inclusão de 392 prontuários de participantes no Centro HCPA, de acordo com as informações do projeto apresentado. Qualquer alteração deste número deverá ser comunicada ao CEP e ao Serviço de Gestão em Pesquisa para autorizações e atualizações cabíveis.
- b) O projeto deverá ser cadastrado no sistema AGHUse Pesquisa para fins de avaliação logística e financeira e somente poderá ser iniciado após aprovação final do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação.
- c) Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP.
- d) Deverão ser encaminhados ao CEP relatórios semestrais e um relatório final do projeto.
- e) A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

Orçamento	Orcamento.pdf	17:04:44	Breigeiron	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	03/08/2018 17:04:20	Márcia Koja Breigeiron	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	03/08/2018 16:47:14	Márcia Koja Breigeiron	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

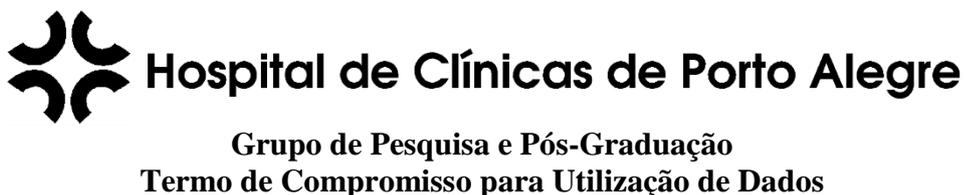
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 22 de Agosto de 2018

Assinado por:
Bruna Pasqualini Genro
(Coordenador)

ANEXO C
TERMO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS DE PRONTUÁRIO

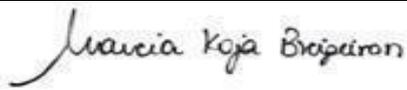
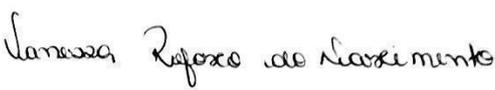


Título do Projeto

FATORES ASSOCIADOS A ESTRIDOR EM CRIANÇAS ADMITIDAS EM UNIDADE HOSPITALAR	Cadastro no GPPG
---	-------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 29 de junho de 2018.

Nome dos pesquisadores	Assinaturas
Márcia Koja Breigeiron	
Vanessa Refosco do Nascimento	

ANEXO D

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA COGITARE ENFERMAGEM

Normas para preparo do artigo

CATEGORIAS DE ARTIGO – Limite de palavras, incluindo referências.

1. Editorial – Limite máximo de 600 palavras

Matéria de responsabilidade do Conselho de Editoração.

2. Artigos originais – Limite máximo 4500 palavras

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 que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos; **Resultados:** deverá ser apresentado 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.

3. Revisão – Limite máximo de 5000 palavras

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

4. Reflexão – Limite máximo de 2000 palavras

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.

5. Comunicação livre – Limite máximo de 2000 palavras

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.

6. Relato de experiência/caso – Limite máximo 2000 palavras

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 assegurassem 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.

ANÁLISE DE PLÁGIO

A partir de Janeiro de 2018, uma nova etapa foi inserida no processo de revisão dos manuscritos. Utilizaremos um *software* para analisar os artigos para detecção de plágio, tendo os seguintes resultados:

– Até 25% de plágio – será enviada uma carta aos autores, contendo orientações e recomendações;

– Acima de 26% de plágio – será realizada a captação dos autores e da instituição, sendo cumpridas as questões e deveres éticos em relação aos trabalhos científicos

FORMATAÇÃO GERAL DO DOCUMENTO

FORMATO: “.doc”;

FOLHA: Tamanho A4;

MARGENS: 2,5 cm nas quatro margens;

FONTE: Times New Roman; fonte 12 (incluindo tabelas e referências). Para citação direta com mais de 3 linhas, utilizar fonte 10.

ITÁLICO: Somente para palavras ou expressões em idioma diferente do qual o manuscrito foi redigido ou em transliteração de depoimentos.

NOTAS DE RODAPÉ: a partir da segunda página, usar os seguintes símbolos e nesta sequência: †, ‡, §, ††, ‡‡, §§, †††, etc.

ESPAÇAMENTO: Duplo no decorrer do manuscrito, inclusive no resumo.

Simples para título, descritores, citação direta com mais de três linhas, em transliteração de depoimento e referências bibliográficas.

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Título (somente no mesmo idioma do artigo)
2. Resumo (somente no mesmo idioma do artigo)
3. Descritores (somente no mesmo idioma do artigo)
4. Introdução
5. Metodologia
6. Resultados
7. Discussão
8. Considerações finais/conclusão
9. Referências

OBS.: 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.

Em virtude da Portaria CAPES 206, de 4 de setembro de 2018, que dispõe sobre a obrigatoriedade de citação da CAPES, solicitamos a todos os autores que informem o recebimento de auxílio à pesquisa em todos os manuscritos submetidos. A partir desta data, os autores devem fazer referência ao apoio recebido que decorram de atividades financiadas pela CAPES, integral ou parcialmente.

FORMATAÇÃO DA ESTRUTURA DO MANUSCRITO

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

As palavras “**RESUMO**”, “**DESCRITORES**”, “**INTRODUÇÃO**”, “**MÉTODO**”, “**RESULTADOS**”, “**DISCUSSÃO**”, “**CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO**”, “**REFERÊNCIAS**” e demais que iniciam as seções do corpo do manuscrito devem ser digitadas em **CAIXA ALTA, NEGRITO E ALINHADAS À ESQUERDA**.

TÍTULO

Deve aparecer no mesmo idioma do manuscrito;

Tem limite de 16 palavras;

CAIXA ALTA, NEGRITO, ESPAÇAMENTO SIMPLES E CENTRALIZADO.

RESUMO

Incluir, de forma estruturada, informações de acordo com a categoria do artigo. Incluir: objetivo, método, resultados e conclusão.

Texto limitado a 150 palavras, no idioma no qual o artigo foi redigido;

Não poderão conter abreviaturas, nem siglas.

DESCRITORES

Apresentados imediatamente abaixo do resumo e no mesmo idioma deste, sendo a palavra “descritores” em: **CAIXA ALTA E EM NEGRITO;**

Inserir 5 descritores, separando-os por ponto e vírgula, e a primeira letra de cada descritor em caixa alta;

Os descritores devem identificar ou refletir os principais tópicos do artigo;

Preferencialmente, as palavras utilizadas nos descritores não devem aparecer no título;

Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DECS)

→ <http://decs.bvs.br>; Lembrar de clicar em: “Descritor Exato”.

Também poderão ser utilizados descritores do Medical Subject Headings (MeSH)

→ www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html.

Espaçamento simples entre linhas, conforme exemplo:

DESCRITORES: Educação; Cuidados de enfermagem; Aprendizagem; Enfermagem; Ensino.

INTRODUÇÃO

Deve 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

Deve 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 **parecer de aprovação** por Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a legislação vigente.

Ressalta-se a importância da inserção do Parecer do Comitê de Ética na sessão “documentação suplementar”, no ato da submissão do artigo.

RESULTADOS

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

Inserir sempre o **valor de “n” e a porcentagem entre parênteses**. Lembrando que n abaixo de 10 deverá estar escrito por extenso e igual ou acima de 10 deverá ser numérico. **Exemplo:** “Dos 100 participantes, 15 (15%) referiram melhora do quadro e seis (6%) referiram piora”.

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 reapresentados 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

Destinar nesta seção os agradecimentos as agências de financiamentos ou organizações que de alguma forma contribuíram para a realização do estudo.

Não se aplica agradecer pessoas ou autores que colaboraram na pesquisa.

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. Citar o número do edital ao qual a pesquisa está vinculada. Em virtude da Portaria CAPES 206, de 4 de setembro de 2018, que dispõe sobre a obrigatoriedade de citação da CAPES, solicitamos a todos os autores que informem o recebimento de auxílio à pesquisa em todos os manuscritos submetidos. A partir desta data, os autores devem fazer referência ao apoio recebido que decorram de atividades financiadas pela CAPES, integral ou parcialmente.

REFERÊNCIAS

As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto pela primeira vez, e apresentadas de acordo com o **estilo Vancouver**.

Limite máximo de 30 referências;

Exclusivamente, para Artigo de Revisão, não há limite quanto ao número de referências;

Sugere-se incluir referências atuais e estritamente pertinentes à problemática abordada, evitando número excessivo de referências em uma mesma citação;

Artigos disponíveis *online* devem ser citados segundo normas de versão eletrônica;

ANEXOS

Os anexos, quando indispensáveis, devem ser citados no texto e inseridos após as referências.

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, deve ser citada e constar nas referências.

– O cabeçalho e as fontes (quando houver) devem ser escritos em fonte Times New Roman, tamanho 12, com espaçamento simples entre as linhas;

– Deve ser inserida o mais próximo possível do texto;

Tabelas

Forma não discursiva de apresentar as informações, das quais o dado numérico se destaca como informação principal. Tem por finalidade a apresentação de informações tratadas estaticamente, sistematizando dados de modo a facilitar a leitura e interpretação das informações.

– Abertas nas laterais, não se utiliza de linhas para fechar;

– 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;
Toda tabela deve ter título, escrito na parte superior (topo), constituído da palavra Tabela, seguido do número em algarismo arábico que a identifica.

Após o título da tabela, incluir nome da cidade, estado, país e ano, separados por vírgula e sem o uso do ponto final, conforme exemplo abaixo.

Exemplo:

Tabela 1 - Características socioeconômicas de gestantes portadores de diabetes mellitus tipo II. Curitiba, PR, Brasil, 2015

Escolaridade	n	%
Analfabeta	9	9
Lê e escreve	10	10
Ensino fundamental completo	21	21
Ensino médio completo	43	43
Ensino superior completo	17	17

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

Quadros

Quadros se compõem de informações qualitativas e textuais e devem ser inseridos o mais próximo possível do trecho a que se referem. Diferente das tabelas, os quadros são formados por linhas verticais e horizontais com as extremidades fechadas.

Todo quadro deve ter um título, escrito na parte superior, constituído da palavra Quadro, seguido do número em algarismo arábico que o identifica.

Após o título do quadro, incluir nome da cidade, estado, país e ano, conforme exemplo abaixo.

Exemplo:

Quadro 1 - Cursos da UFPR. Curitiba, PR, Brasil, 2018

Curso	Área	Campus
Enfermagem	Ciências da Saúde	Jardim Botânico
Geologia	Ciências da Terra	Centro Politécnico
Administração	Sociais aplicadas	Jardim Botânico
Direito	Ciência Jurídica	Prédio Histórico
Matemática	Ciências Exatas	Centro Politécnico

Figuras (Gráficos, Diagramas, Fotos)

Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura.

Devem ser apresentadas no texto, o mais próximo possível da indicação.

O título da figura deve ser colocado imediatamente abaixo desta, separado por ponto do nome da cidade, estado, país e ano, separados por vírgula e sem ponto final.

Exemplo:

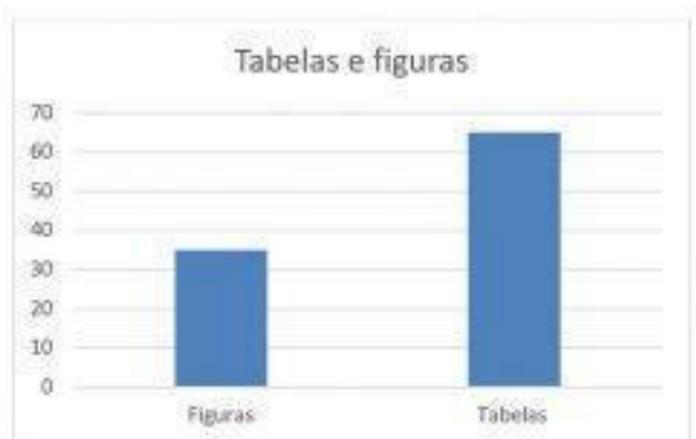


Figura 1 - Porcentagem figuras e tabelas. Curitiba, PR, Brasil, 2018

As figuras devem ser anexadas em arquivo separado, com qualidade necessária à publicação, preferencialmente, no formato JPEG, GIF, TIFF ou PNG, com resolução mínima de 300 dpi.

Serão aceitos gráficos e diagramas coloridos; não serão aceitas fotos coloridas e fotos de pessoas (exceto as de acesso público, já publicadas).

ORIENTAÇÕES PARA CITAÇÕES E DEPOIMENTOS

1) Citação indireta ou paráfrase

Informar o número da referência imediatamente ao término do texto, sem espaço, 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 devem 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 devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo:

^(8:345-6) 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, com espaçamento simples entre linhas, sem aspas.

Comentários do autor devem estar entre colchetes e sem itálico.

A identificação do sujeito deve ser codificada (explicar a codificação na metodologia), 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)