

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

**CAROLINI JACQUES FIALHO**

**FATORES ASSOCIADOS À LESÃO LARINGOTRAQUEAL  
SECUNDÁRIA À INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL EM CRIANÇAS**

**Porto Alegre**

**2019**

CAROLINI JACQUES FIALHO

**FATORES ASSOCIADOS À LESÃO LARINGOTRAQUEAL  
SECUNDÁRIA À INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL EM CRIANÇAS**

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia Koja Breigeiron

**Porto Alegre**

**2019**

## **AGRADECIMENTOS**

O desenvolvimento deste trabalho não seria possível sem que meus pais, irmãos, namorado e amigos não estivessem comigo diariamente, me incentivando e sendo minha base, sendo minha força quando eu cansava e quando eu achava não ser capaz de ir além.

Este trabalho nasceu de uma parceria com a melhor mestre que eu poderia ter durante a minha graduação, Professora Márcia Koja Breigeiron que é, e sempre será, meu exemplo de profissional e pessoa e eu só posso agradecer por ter tido a chance de aprender um pouco da enfermagem pediátrica com alguém tão especial, com alguém que ama e respeita o que faz.

Realizar sonhos ao lado de quem amamos, ao lado de quem admiramos é algo inexplicável, agradeço a todos que, mesmo sem saber, foram fundamentais nesta grande jornada, especialmente à minha mãe e pai, dedico esta conquista a vocês!

*“Na pediatria não há adultos em miniatura, há crianças. Acreditam em magia, fazem de conta que há um pó mágico no soro deles, têm esperança, cruzam os dedos e fazem pedidos. Por isso, são mais resistentes que os adultos, recuperam-se mais rápido, sobrevivem a coisas piores. Eles acreditam. Na pediatria temos milagres e magia. Na pediatria tudo é possível.”*

*Shonda Rhimes*

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	6
2 OBJETIVOS .....	8
2.1 Geral.....	8
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	9
3.1 Particularidades da pediatria e a intubação .....	9
3.2 Tipos de lesões .....	9
3.3 Fatores associados .....	10
3.4 Cuidados de enfermagem.....	10
4 MÉTODO.....	12
4.1 Tipo de estudo .....	12
4.2 Campo .....	12
4.3 População e amostra.....	13
4.4 Coleta dos Dados.....	13
4.5 Análise dos dados.....	14
4.6 Aspectos éticos.....	14
REFERÊNCIAS .....	15
ARTIGO ORIGINAL.....	17
APÊNDICE A .....	18
ANEXO A.....	19
ANEXO B .....	20
ANEXO C .....	24
ANEXO D.....	25

## 1 INTRODUÇÃO

A enfermagem presta assistência direta aos pacientes e acompanha todo o curso clínico nos casos em que é necessária a intubação endotraqueal. A intubação traqueal é a colocação de um tubo dentro da traqueia, seja através da via oral, ou da via nasal. É indicada em todas as situações que necessitam de vias aéreas permeáveis e com controle da ventilação pulmonar (MATSUMOTO; CARVALHO, 2007)

Cuidados prestados ao paciente, tais como banho no leito, mudança de decúbito, transporte, troca de fixação do dispositivo ventilatório e mobilização são momentos críticos e podem levar à extubação acidental, podendo aumentar o tempo de internação hospitalar (RAMALHO NETO *et al.*, 2014). Neste contexto, Ing e colaboradores (2012) identificaram aumento na frequência de extubação inadvertida e de reintubações em um hospital norte americano. Diante disso, os autores discorrem sobre a necessidade de maior cuidado durante o transporte de pacientes e na realização de procedimentos próximos à via aérea destes, e recomendam o aumento da vigilância em crianças, principalmente em menores de três anos de idade.

A respiração mediante um tubo endotraqueal não é fisiológica, entretanto essencial em muitas situações, no entanto apresenta risco para o desenvolvimento de lesões laríngeas. As causas de lesões laríngeas pós-intubação orotraqueal são diversas, podendo variar em relação a sua gravidade (CAVALHO; BRITO; MOTA, 2012).

Dentre os diferentes tipos de lesões laríngeas está a estenose subglótica adquirida, que é responsável por 90% dos casos de estreitamento subglótico em crianças, sendo geralmente secundária à intubação endotraqueal prolongada (MAUNSELL *et al.*, 2014). Para Schweiger e colaboradores (2013), devido à alta incidência de crianças que desenvolveram estenose subglótica em um hospital no Sul do Brasil, e tiveram complicações moderadas a graves imediatamente após a extubação, existe a necessidade de maior investigação quanto aos fatores associados para tal condição patológica.

Para tanto, é imprescindível que o enfermeiro compreenda os sinais clínicos e os fatores associados à ocorrência de lesão de mucosa laringotraqueal, reforçando este conhecimento por meio da educação permanente e da prática (CORDEIRO *et al.*, 2017; PINTO *et al.*, 2015). Além disso, instituir medidas preventivas quanto ao processo de

intubação endotraqueal pode reduzir o índice de afecções de vias aéreas de pacientes intubados (CAVALHO; BRITO; MOTA, 2012).

O desencadeamento de eventos adversos, tais como extubação acidental, lesões laríngeas pós-intubação e aumento das reinternações, pode decorrer dos cuidados exigidos para a manutenção do dispositivo ventilatório, em que mínimas falhas podem traduzir-se em danos irreparáveis para o paciente (PINTO *et al.*, 2015). Neste cenário, a enfermagem tem papel decisório, favorecendo a recuperação e alta hospitalar do paciente ou contribuindo para a protelação de ambas.

O interesse em entender os possíveis motivos que levam algumas crianças a terem complicações após intubação endotraqueal e outras não, surgiu a partir de experiências de estágio em unidade de tratamento intensivo pediátrico, onde foi observado a rotina de cuidados com os pacientes intubados.

Desta maneira, o presente estudo busca responder a seguinte questão norteadora de pesquisa: *Quais são os tipos de lesões laringotraqueais secundárias à intubação endotraqueal em crianças? Quais seriam os possíveis fatores associados às lesões laringotraqueais secundárias ao procedimento de intubação?*

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar os fatores associados a lesões laringotraqueais secundárias à intubação endotraqueal em crianças sob cuidados intensivos.

### **2.2 Específicos**

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico das crianças;
- Identificar os motivos clínicos para intubação endotraqueal;
- Identificar os tipos de lesões laringotraqueais relacionadas à intubação endotraqueal.
- Conhecer as intercorrências clínicas recorrentes ao procedimento de intubação endotraqueal.



### **3 REVISÃO DA LITERATURA**

#### **3.1 Particularidades da pediatria e a intubação**

As vias aéreas menores e a parede torácica mais complacente são algumas características que tornam o lactente mais vulnerável em comparação à criança em faixa etária mais avançada (BOAT, 2009). Em crianças com menos de 30 semanas de vida ainda há peculiaridades como o desenvolvimento incompleto dos alvéolos e capilares, deficiência de produção de surfactante e imaturidade do centro respiratório. Tais fatores podem contribuir para o aumento das complicações respiratórias, que, conseqüentemente, podem levar estas crianças a necessitarem de suporte ventilatório (QUIRINO; SANTOS, 2013).

Pacientes hospitalizados em unidades clínicas ou unidades de terapia intensiva podem necessitar de uso de dispositivo de via aérea que substitua ou auxilie na manutenção de sua ventilação. O uso do Tubo Endotraqueal (TET) e/ou cânula de traqueostomia são os principais instrumentos que comportam essa manutenção ventilatória, permitindo a instalação de oxigênio, remoção de secreções e a ventilação positiva (PINTO *et al.*, 2015).

A intubação pode ser considerada eletiva quando não há sinais iminentes de falência nos mecanismos de proteção das vias aéreas, de ventilação e/ou oxigenação, podendo ser escolhido o melhor método para intubação traqueal de acordo com o paciente. Também, a intubação pode ser de emergência, situação na qual é utilizada a técnica de intubação com sequência rápida para reduzir o risco de aspiração de conteúdo gástrico (Associação de Medicina Intensiva Brasileira e Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2013).

#### **3.2 Tipos de lesões**

O uso do dispositivo ventilatório pode acarretar lesões nas vias respiratórias superiores e inferiores (PINTO *et al.*, 2015). Dentre os diversos tipos de lesões está a estenose subglótica, que é um estreitamento da endolaringe, causa mais frequente de estridor e desconforto respiratório em crianças (MAUNSELL *et al.*, 2014). Cerca de 90% das estenoses adquiridas relacionam-se com a intubação endotraqueal prolongada. Quando

a pressão do TET contra a mucosa é maior que a pressão capilar, ocorre uma isquemia seguida por necrose e ulceração local (HOLINGER, 2009).

O tratamento das estenoses subglóticas adquiridas em pacientes pediátricos é, em geral, um caminho angustiante e penoso para pacientes e seus familiares. Nos casos agudos, o paciente encontra-se hospitalizado, intubado e sucessivamente falhando às tentativas de extubação, ou algumas vezes extubado, mas em insuficiência respiratória (MAUNSELL *et al.*, 2014).

A intubação endotraqueal pode propiciar o desenvolvimento de lesões laríngeas agudas, que devem ser monitoradas atentamente, pois estas podem ser precursoras de lesões crônicas com piora da clínica do paciente (LIMA, *et al.*, 2016).

O estridor, um som inspiratório áspero e de intensidade média associado à obstrução da área laríngea ou da traqueia extratorácica, geralmente é acompanhado da tosse e voz rouca. O estridor é observado com mais frequência em crianças que apresentam difteria, aspiração de corpo estranho ou que sofreram trauma de laringe por fatores externos (BOAT; GREEN, 2009). O estridor também é evidenciado no período pós extubação (NASCIMENTO *et al.*, 2015).

### **3.3 Fatores associados**

A duração da ventilação mecânica por mais de 24 horas é considerada um fator associado ao desenvolvimento de lesões laringotraqueais e este risco aumenta quando o tempo de intubação endotraqueal ultrapassa 72 horas (NASCIMENTO *et al.*, 2015).

Alguns sinais clínicos de lesão de mucosa laringotraqueal, como a rouquidão, a disfagia e a dor ao engolir, tem como fatores associados a pressão do *cuff* (ou balonete) acima de 25 cmH<sub>2</sub>O, o tempo prolongado de intubação e o tamanho inadequado do TET (CORDEIRO *et al.*, 2017). Outros fatores que predispõe a surgimento de estenose da laringe incluem fatores extrínsecos, como a intubação traumática, várias intubações subsequentes e movimento do TET (HOLINGER, 2009).

### **3.4 Cuidados de enfermagem**

A Enfermagem como integrante da equipe multidisciplinar participa ativamente das ações administrativas e assistenciais que envolvem o suporte invasivo e não invasivo

nos pacientes em ventilação mecânica (Associação de Medicina Intensiva Brasileira e Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2013).

Um estudo brasileiro, realizado em UTI adulto, apontou que quando os enfermeiros realizavam a mudança do ângulo da elevação da cabeceira da cama para 0°, 30° e 60° era possível observar a diminuição em relação a pressão do *cuff* do TET. Os cuidados que mais afetaram as pressões foram o banho de leito e a elevação da cabeceira da cama a 30°. A partir dos achados, os autores sugeriram a realização da medida da pressão do *cuff* por no mínimo duas vezes a cada turno de trabalho, de preferência após o banho de leito, a fim de evitar lesão endotraqueal e extubação acidental (BECCARIA et al., 2017). Neste contexto, o enfermeiro deve orientar sobre as medidas de prevenção e execução correta de cada cuidado. Deste modo, percebe-se o importante papel do enfermeiro na assistência direta ao paciente, mas também como educador e supervisor dos demais integrantes da equipe que realizam o cuidado.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Tipo de estudo**

Estudo transversal, retrospectivo e quantitativo. Estudos transversais permitem 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. Já o modelo quantitativo é especialmente projetado para gerar medidas precisas e confiáveis que permitam uma análise estatística apropriada para medir opiniões, atitudes e preferências como comportamentos (POLIT; BECK, 2011).

### **4.2 Campo**

As unidades de escolha para a realização da coleta de dados deste estudo foram: Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINEO) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no Estado do Rio Grande do Sul (RS).

A UTIPED possui 13 leitos crianças com patologias complexas, como qualquer tipo de desconforto respiratório que necessite de suporte ventilatório, e/ou submetidas a cirurgias de grande porte, e/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. Conta com 20 leitos nos quais dependendo do estado dos recém-nascidos, é fornecido suporte ventilatório por ventilação mecânica para plena recuperação (HCPA, 2017).

### 4.3 População e amostra

A população foi constituída por prontuários de crianças admitidas nas referidas unidades hospitalares no período de janeiro a dezembro de 2018. A amostra foi selecionada segundo os critérios de inclusão: 12 anos incompletos e histórico clínico de intubação endotraqueal. Pacientes com histórico prévio de lesão laringotraqueal foram excluídos do estudo.

O tamanho amostral foi calculado por meio do software WINPEPI versão 11,65<sup>®</sup>, e a partir de um levantamento dos prontuários, fornecido pela Coordenadoria de Gestão da Tecnologia da Informação (CGTI)/HCPA, conforme os critérios de inclusão estabelecidos. Tal levantamento indicou um total de 148<sup>1</sup> prontuários. Destes prontuários, um total de 75% das crianças apresentou alguma intercorrência (parada cardiorrespiratória; sangramentos local e falhas de intubação) durante o procedimento de intubação endotraqueal.

O cálculo amostral foi realizado para uma amostra a ser dividida em dois grupos (com lesão laringotraqueal e sem lesão laringotraqueal). O registro de intercorrência durante o procedimento de intubação direcionou o cálculo. Considerando uma proporção de 0,75 de intercorrências durante o procedimento de intubação endotraqueal no grupo com lesão laringotraqueal e 0,4 no grupo sem lesão, como também, 80% de poder estatístico e 5 % de significância, o tamanho amostral foi estimado em 62 prontuários para compor os dois grupos.

### 4.4 Coleta dos 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.

---

<sup>1</sup> Dado fornecido pela responsável técnica da Coordenadoria de Gestão de Tecnologia da Informação (CGTI) do HCPA, 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.

#### **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. Os dados foram analisados por estatística descritiva e analítica.

Os dados foram expressos em média, desvio padrão da média, mediana, intervalos quartis (25/75), frequência relativa e absoluta. Regressão de *Poisson* e Teste Qui-Quadrado foram utilizados. Um  $p < 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo (PESTANA; GAGEIRO, 2005).

As variáveis investigadas foram: sociodemográficas - idade, etnia e local de residência; clínicas - unidade de origem, diagnóstico principal na admissão nas unidades de terapia intensiva, internação prévia, tempo de internação (dias), indicação da intubação (clínica; cirúrgica), método de intubação (de urgência ou eletiva), tipo de intubação (naso ou orotraqueal), diâmetro do tubo endotraqueal (TET), número de tentativas de intubação, número total de intubações durante a internação, intercorrências durante o procedimento de intubação (parada cardiorrespiratória, sangramento da via aérea, falhas de intubação, agitação e escape de ar), tempo de intubação (horas), extubação acidental, presença e tipo de lesão laringotraqueal, realização de traqueostomia e registro da pressão do *cuff* do TET.

#### **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 20180519.

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.

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

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA E SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica**. Versão eletrônica oficial. 2013. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/237544/mod\\_resource/content/1/Consenso%20VM%202013.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/237544/mod_resource/content/1/Consenso%20VM%202013.pdf). Acesso em jun/2018.

BECCARIA, Lúcia Marinilza *et al.* **Tracheal cuff pressure change before and after the performance of nursing care**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 70, n. 6, p.1145-1150, dez. 2017.

BOAT, Thomas F.; GREEN, Thomas P. Sintomas respiratórios crônicos ou recorrentes. In: KLIEGMAN, Nelson Robert M. *et al.* **Tratado de pediatria**. 18. ed. Cap. 381. p. 1764-1768. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

CAVALHO, Glauber de; BRITO, Valeska; MOTA, Luiz. **Laryngeal complications by orotracheal intubation: Literature review**. International Archives Of Otorhinolaryngology, [s.l.], v. 16, n. 02, p.236-245, abr. 2012.

CORDEIRO, Aldenora Laísa Paiva de Carvalho *et al.* **Lesão de mucosa laringotraqueal e fatores associados após extubação endotraqueal: estudo piloto**. Acta Paulista de Enfermagem, [s.l.], v. 30, n. 3, p.316-322, maio 2017.

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

HATCH, L. Dupree *et al.* **Endotracheal Intubation in Neonates: A Prospective Study of Adverse Safety Events in 162 Infants**. The Journal Of Pediatrics, [s.l.], v. 168, p.62-66, jan. 2016.

HOLINGER, Lauren D. Estenose Laringotraqueal, Estenose subglótica. In: KLIEGMAN, Nelson Robert M. *et al.* **Tratado de pediatria**. 18. ed. Cap. 385. p. 1776-1777. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

ING, Caleb *et al.* **Incidence and causes of perioperative endotracheal reintubation in children: a review of 28 208 anesthetics**. Pediatric Anesthesia, [s.l.], v. 23, n. 7, p.621-626, 23 jul. 2012.

LIMA, Eliandra da Silveira de *et al.* **Incidence and endoscopic characteristics of acute laryngeal lesions in children undergoing endotracheal intubation**. Brazilian Journal Of Otorhinolaryngology, [s.l.], v. 82, n. 5, p.507-511, set. 2016.

MATSUMOTO, Toshio; CARVALHO, Werther Brunow de. Tracheal intubation. **Jornal de Pediatria**, v. 83, n. 7, p.83-90, 1 jun. 2007.

MAUNSELL, Rebecca *et al.* **Balloon laryngoplasty for acquired subglottic stenosis in children: predictive factors for success.** Brazilian Journal Of Otorhinolaryngology, [s.l.], v. 80, n. 5, p.409-415, set. 2014.

NASCIMENTO, Milena Siciliano *et al.* **Risk factors for post-extubation stridor in children: the role of orotracheal cannula.** Einstein (são Paulo), [s.l.], v. 13, n. 2, p.226-231, 9 jun. 2015.

NETTO, Catia 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.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes. **Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementariedade do SPSS.** 6. ed. Lisboa: Sílabo, Lda., 2014.

PINTO, Deisy Mello de *et al.* **Patient safety and the prevention of skin and mucosal lesions associated with airway invasive devices.** Revista da Escola de Enfermagem da Usp, [s.l.], v. 49, n. 5, p.775-782, out. 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011

QUIRINO, Marinalva Dias; SANTOS, Denise Santana Silva dos. **Admissão do prematuro extremo na terapia intensiva: o cuidar de enfermagem.** Revista de Enfermagem Ufpe Online, Recife, p.2938-2943, 2013.

RAMALHO NETO, José Melquiades *et al.* **Extubação acidental e os cuidados intensivos de enfermagem.** Rev Enferm Ufpe On Line, Recife, v. 11, n. 8, p.3945-3952, nov. 2014.

SCHWEIGER, C *et al.* **Incidence of post-intubation subglottic stenosis in children: prospective study.** The Journal Of Laryngology & Otology, [s.l.], v. 127, n. 04, p.399-403, 28 fev. 2013.



**ARTIGO ORIGINAL**

**Submetido na Revista Cogitare Enfermagem  
(Diretrizes para os autores - ANEXO D)**

**Carolini Jacques Fialho<sup>1</sup>; Márcia Koja Breigeiron<sup>2</sup>**

**FATORES ASSOCIADOS À LESÃO LARINGOTRAQUEAL SECUNDÁRIA À  
INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL EM CRIANÇAS**

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

<sup>2</sup>Enfermeira. 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	_____
Cor da pele	(1) Branca (2) Parda (3) Indígena (3) Amarela (4) Preta
Naturalidade	(1) Capital (2) Interior
Referência	Unidades de Terapia Intensiva
Morbidade	
Comorbidade	
Tempo de internação	(1) 1 semana (2) 2 semanas (3) 1 mês (4) Mais do que 1 mês

#### Dados Relacionados ao Procedimento

Intubação Traqueal	(1) Urgência (2) Eletiva
Número de tentativas	(1) Uma (2) Duas (3) Três (4) Mais do que três
Tipo de Intubação Traqueal	(1) Orotraqueal (2) Nasotraqueal
Controle da pressão do cuff	(1) Sim (2) Não
Balonete	(1) Sim (2) Não
Tamanho do TET	Nº: _____
Intercorrências	(1) Sim (2) Não
Duração da VM	(1) 24h (2) 36h (3) 72h (4) Mais do que 72h

#### Dados Relacionados entre procedimento

Extubação acidental	(1) SIM (2) NÃO
Número de intubações durante a internação	(1) Uma (2) Duas (3) Três (4) Mais do que três
Lesões	(1) Estenose subglótica (2) Estridor (3) Estenose de Laringe (4) Atelectasia (5) Trauma de traqueia torácica (6) Edema da laringe (7) Outras _____

# ANEXO A

## COMPESQ

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Marcia Koja Breigeiron

### Dados Gerais:

<b>Projeto Nº:</b>	35668	<b>Título:</b>	FATORES DE RISCO RELACIONADOS A LESÃO LARINGOTRAQUEAL POS-INTUBAÇÃO EM CRIANÇAS		
<b>Área de conhecimento:</b>	Enfermagem Pediátrica	<b>Início:</b>	01/10/2018	<b>Previsão de conclusão:</b>	30/12/2019
<b>Situação:</b>	Projeto em Andamento				
<b>Origem:</b>	Escola de Enfermagem	<b>Projeto da linha de pesquisa:</b> Estado nutricional em crianças e adolescentes			
<b>Local de Realização:</b>	Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre				
<b>Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.</b>					
<b>Objetivo:</b>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Analisar os tipos de lesão laringotraqueal secundários à intubação endotraqueal com os fatores de risco em crianças.</div>				

### Palavras Chave:

ENFERMAGEM  
INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL  
PEDIATRIA  
SEQUELAS

### Equipe UFRGS:

**Nome:** MARCIA KOJA BREIGEIRON  
Coordenador - Início: 01/10/2018 Previsão de término: 30/12/2019  
**Nome:** CAROLINI JACQUES FIALHO  
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](#)

### Anexos:

<a href="#">Projeto Completo</a>	<b>Data de Envio:</b> 20/07/2018
<a href="#">Instrumento de Coleta de Dados</a>	<b>Data de Envio:</b> 20/07/2018
<a href="#">Outro</a>	<b>Data de Envio:</b> 20/07/2018
<a href="#">Outro</a>	<b>Data de Envio:</b> 20/07/2018

## ANEXO B

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Número do Parecer: 3.005.337

#### DADOS DO PARECER

A enfermagem presta assistência direta aos pacientes e acompanha todo o curso clínico durante o período de intubação endotraqueal, realizando os principais cuidados para a manutenção deste procedimento. Dentre estes cuidados estão o banho no leito, a mudança de decúbito, o transporte do paciente, a troca de fixação do dispositivo ventilatório e a mobilização do paciente. Estes momentos são críticos, pois podem levar o paciente à extubação acidental. As consequências da extubação recaem tanto para o paciente quanto para a equipe multiprofissional em diversos aspectos, principalmente por ter o seu trabalho aumentado, e o paciente, conseqüentemente, tem grandes chances de ter a sua alta postergada. A respiração mediante um tubo endotraqueal não é fisiológica, entretanto essencial, em muitas situações. As causas de complicações laríngeas pós-intubação orotraqueal são diversas, assim como a sua gravidade. Dentre os diversos tipos de lesões está a estenose da região subglótica adquirida que é responsável pela maioria dos casos de estreitamento subglótico em crianças, sendo geralmente secundárias à intubação traqueal prolongada. A importância da enfermagem é destacada em alguns estudos que trazem a importância do enfermeiro em compreender os sinais clínicos e os fatores associados à ocorrência de lesão de mucosa laringotraqueal, e também reforçar a educação e a prática do cuidado, para que desta maneira seja possível melhorar a assistência, garantir a segurança do paciente, e adotar as devidas medidas preventivas ao paciente intubado as quais garantem a diminuição no índice de afecções das vias aéreas.

Delineamento: Estudo transversal, quantitativo, retrospectivo.

Amostra: O tamanho amostral foi considerado a partir de uma Query fornecida pela Coordenadoria de Gestão da Tecnologia da Informação (CGTI)/HCPA, a qual indicou um número de 514 crianças com diagnóstico de lesão laringotraqueal, e que foram internadas nas unidades de pediatria 10N, 10S, UTIP, UIO, UTINEO, e emergência pediátrica, bem como unidades cirúrgicas como CCA e UBC, durante o período de um ano (maio de 2017 a maio de 2018). Dessas, em 40% (205 crianças) a lesão laringotraqueal foi causada por procedimento de intubação traqueal. Deste modo, considerando um erro de 4%, intervalo de confiança de 95% e perda amostral de 20%, a amostra foi estimada em 150 prontuários para o presente estudo.

#### Objetivo Primário:

Analisar os tipos de lesão laringotraqueal secundários à intubação endotraqueal com os fatores de risco para tais lesões em crianças.

#### Objetivo Secundário:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, de morbidade e comorbidade das crianças;

- Identificar os tipos de lesões laringotraqueais;
- Identificar os motivos clínicos na intubação endotraqueal;
- Identificar os fatores de risco de lesões laringotraqueais pós-intubação relacionados: ao procedimento(intubação de urgência ou eletiva, número de tentativas, controle da pressão do cuff) e entre procedimentos (extubação acidental, número de intubações durante a internação, tempo entre cada intubação endotraqueal).

Objetivo da Pesquisa:

Possíveis Riscos: Quebra da confidencialidade das informações dos participantes.

Possíveis Benefícios: A pesquisa poderá contribuir para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e os resultados poderão auxiliar na realização de futuras pesquisas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Procedimentos – O estudo será realizado com base em dados oriundos de prontuários eletrônicos e os investigadores, utilizando-se de formulário padronizado, observarão e registrarão, retrospectivamente, os dados do prontuário eletrônico e em papel relacionados à pesquisa, conforme instrumento de coleta de dados.

É trabalho de TCC da escola de enfermagem.

Apresentados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nada a recomendar.

Recomendações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 2.801.714 foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 17/10/2018. Não apresenta novas pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto de 17/10/2018 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 consulta a prontuários de 150 participantes no Centro HCPA, de acordo com as informações do projeto. 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.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

#### Informações Básicas do Projeto

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1183467.pdf	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1183467.pdf	Márcia Koja Breigeiron	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1183467.pdf	17/10/2018 22:12:31	Márcia Koja Breigeiron	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1183467.pdf	Outros Resposta.pdf 17/10/2018 22:12:03	Márcia Koja Breigeiron	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1183467.pdf	Projeto_detalhado.pdf 17/10/2018 22:10:56	Márcia Koja Breigeiron	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1183467.pdf	Outros TUDP.pdf 05/09/2018 16:28:48	Márcia Koja Breigeiron	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1183467.pdf	Orçamento Orcamento.pdf 20/07/2018 18:27:51	Márcia Koja Breigeiron	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1183467.pdf	Outros Instrumento_coleta.pdf	Márcia Koja Breigeiron	Aceito

ões Básicas do Projeto	AS_DO_P ROJETO_1183467.pdf	20/07/2018 18:26:30	Koja Breigeiron	
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS DO_P ROJETO_1183467.pdf	Cronograma Cronograma.pdf 20/07/2018 18:25:32	Márcia Koja Breigeiron	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS DO_P ROJETO_1183467.pdf	Outros Delegacao_funcao.pdf 20/07/2018 18:25:16	Márcia Koja Breigeiron	Aceito

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

PORTO ALEGRE, 07 de Novembro de 2018

Marcia Mocellin Raymundo (Coordenador(a))

## ANEXO C

### TERMO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS DE PRONTUÁRIO



## Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação  
Termo de Compromisso para Utilização de Dados

#### Título do Projeto

FATORES DE RISCO RELACIONADOS À LESÃO LARINGOTRAQUEAL PÓS-INTUBAÇÃO EM CRIANÇAS	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	
Carolini Jacques Fialho	



## ANEXO D

### 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;

FONTES: 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.

**Modelo para download: Template do Artigo**

## **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. Inclui: 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](http://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

<b>Escolaridade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
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

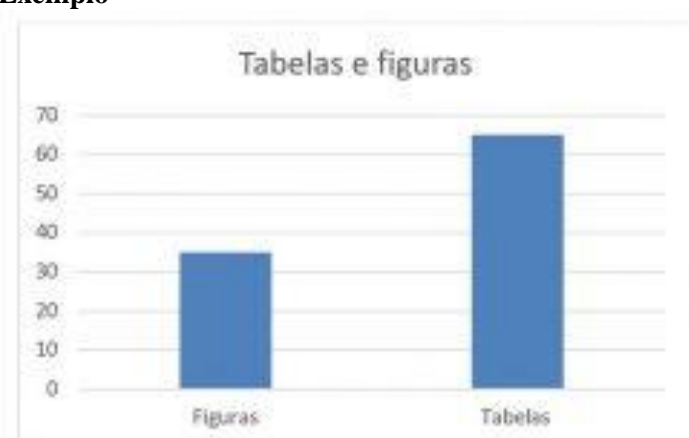


Figura 1 - Porcentagem figuras e tabelas. Curitiba, PR, Brasil, 2018

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<sup>(1)</sup>.

#### 2) Citação sequencial/intercalada

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

##### Exemplo:

<sup>(8-10)</sup> – a informação refere que as referências 8, 9 e 10 estão inclusas.

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

##### Exemplo:

<sup>(8,10)</sup> – 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:

<sup>(8:13)</sup> – 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:**

<sup>(8:345-6)</sup> 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)