

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**A PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

DEBORAH DIAS GARCIA

**PORTO ALEGRE
2015**

DEBORAH DIAS GARCIA

**A PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Anne Marie Weissheimer

Porto Alegre

2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me sustentado durante todos os momentos difíceis que enfrentei, por ter iluminado meu caminho para a escolha desta profissão maravilhosa que enche meu coração de orgulho e alegria e por ter me feito filha de quem sou.

Aos meus pais por sempre estarem presentes e apoiarem as minhas decisões, me dando força e segurança para seguir em frente, sendo fontes inesgotáveis de amor, zelo, paz, incentivo e compreensão. À minha mãe, por ser o maior exemplo da minha vida e uma guerreira incansável. Ao meu pai, por me transmitir tranquilidade e ser igualmente incansável nos momentos difíceis. Vocês são meu alicerce.

Ao amor da minha vida, Marcos Franco, por me aturar nas muitas crises de choro e ansiedade, por se manter firme e ao meu lado nas situações conturbadas, por compreender as fases que atravessei e por sempre me acalmar, confortar, motivar e acreditar no meu potencial. Eu te amo.

Aos meus familiares, que de alguma forma contribuíram para que eu conseguisse chegar até aqui, por toda torcida e incentivo.

Às minhas amigas e irmãs Lia Trajano e Patrícia Venzon Muller, por toda amizade, cumplicidade, risadas e abraços, vocês são os maiores presentes que a UFRGS me deu e sem vocês eu jamais teria conseguido chegar até aqui.

A todos os meus colegas, por compreenderem os momentos complicados que vivi durante a graduação, por sempre estarem disponíveis, por alegrarem meus dias e pelas palavras de conforto, em especial à Silvana Santos, Paula Garcia e Tatiane Trindade.

À minha orientadora Anne Marie Weissheimer, que enfrentou comigo muitas tempestades, sem nunca esquecer o bom humor.

Aos professores e profissionais que contribuíram para minha formação, por todos os ensinamentos. Com vocês aprendi a essência do cuidado humanizado, a ser profissional, sem deixar de ser carinhosa, a ter olhar crítico, sem deixar de ofertar conforto a quem precisa, a não ver um paciente e sim outro ser humano.

Por fim, agradeço a todos que torceram pelo meu sucesso.

*“Conheça todas as teorias,
domine todas as técnicas,
mas ao tocar uma alma humana,
seja apenas outra alma humana.”*
(Carl Jung)

RESUMO

Introdução: Ao longo dos anos o Ministério da Saúde tem investido para diminuir a morbimortalidade materna e infantil. Em 2011 foi criada a Rede Cegonha, com objetivo de assegurar à mulher atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério. O puerpério representa uma fase delicada e pode ser dividido em imediato, mediato ou tardio, sendo representado por vários significados com diferentes níveis de importância para cada mulher. Este é o período mais adequado para avaliar a assistência fornecida à mulher, pois a puérpera já vivenciou todas as fases, conseguindo assim avaliar o cuidado recebido. O presente estudo objetivou conhecer a percepção das puérperas sobre a assistência de enfermagem durante cada etapa do ciclo gestatório-puerperal. **Método:** Esta revisão integrativa da literatura seguiu a sistematização proposta por Cooper. Foram utilizadas as bases de dados LILAS, SCIELO, BDEF E MEDLINE, e os descritores *Enfermagem*, *Período pós-parto* e *Cuidados de enfermagem*. Critérios de inclusão: Artigos originais que abordassem o tema; publicados no Brasil entre 2005 e 2014; disponíveis em meio eletrônico na íntegra. A avaliação foi realizada através de instrumento de coleta de dados e a análise por meio de quadro sinóptico. Os resultados foram apresentados como artigo, conforme normas do periódico escolhido. **Resultados:** A amostra final foi composta por 19 artigos. Nos estudos sobre pré-natal a classificação em dois foi como satisfatória, dois como insatisfatória em dois houve ambas as classificações. Sete estudos abordaram trabalho de parto e parto, dos quais três avaliaram a assistência de enfermagem como satisfatória, dois como insatisfatória e dois apresentaram resultados mistos. No puerpério a avaliação foi satisfatória em três estudos, insatisfatória em quatro e houve opinião diversificada em sete artigos. **Conclusão:** Todas as etapas do ciclo gravídico puerperal necessitam de atenção. No pré-natal foi evidenciada a necessidade de investimento em educação em saúde. O trabalho do enfermeiro é reconhecido quando este demonstra interesse e preocupação com a mulher. Há lacunas de orientação sobre No puerpério foram verificadas lacunas de orientação para de complicações na amamentação e cuidados corporais da puérpera. O diálogo, a empatia, o respeito e a cordialidade foram decisivos para a avaliação do cuidado pelas puérperas.

Descritores: Enfermagem; Período pós-parto; Cuidados de enfermagem.

SUMÁRIO

RESUMO	4
1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	9
2.1 OBJETIVO GERAL	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3 METODOLOGIA	10
3.1 Tipo de estudo.....	10
3.2 Primeira etapa: formulação do problema	10
3.3 Segunda etapa: coleta de dados	10
3.4 Terceira etapa: avaliação dos dados.....	11
3.5 Quarta etapa: análise e interpretação dos dados	12
3.6 Quinta etapa: apresentação dos resultados.....	12
3.7 Aspectos éticos.....	12
4 RESULTADOS – ARTIGO	13
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	33
APÊNDICE B – QUADRO SINÓPTICO	34
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM.....	35
ANEXO B.....	44

1 INTRODUÇÃO

A saúde da mulher no Brasil foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitadas, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto (BRASIL, 2011b). Com a criação do Ministério da Saúde (MS) em 1953, as ações destinadas à saúde materno-infantil passaram a ser coordenadas na forma de programas (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). Mesmo com a implantação dessa nova forma de abordagem, a visão sobre a saúde da mulher, continuou voltada para o aspecto biológico (BRASIL, 2011b).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a fim de melhorar a assistência destinada a este grupo da população (BRASIL, 1984). Um dos objetivos do PAISM era contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todas as fases da vida. As diretrizes do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher incluíam ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher desde o pré-natal até o puerpério e incluindo algumas voltadas aos períodos de climatério, planejamento familiar, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e dos cânceres de colo de útero e de mama (BRASIL, 1984). Além de ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011b). O programa também tinha como característica a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal. As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais (BRASIL, 2011b). Dessa forma, ocasionou-se a fragmentação da assistência e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher.

A fim de amenizar a ainda presente visão bio-patológica empregada aos atendimentos de saúde às mulheres durante o ciclo gestacional, o MS criou o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN). Instituído no ano 2000, o programa enfatizou os direitos da mulher, propondo a humanização como estratégia para melhoria da qualidade na atenção em todos os níveis de assistência. Suas principais ações para a redução da mortalidade materna visam garantir o direito da gestante ao acesso a atendimento digno e qualificado na gestação, parto e puerpério (ALMEIDA; TANAKA, 2009; BARBASTEFANO; VARGENS, 2009).

O PHPN prevê, também, a valorização de aspectos psicossociais e a inclusão do parceiro e da família durante o ciclo gestatório (SILVA; BRITO, 2010), visto que estudos demonstram que a mulher que recebe apoio social e psicológico apresenta menos sintomas físicos e emocionais, menos complicações no trabalho de parto e no parto, além de uma adaptação mais fácil ao pós-parto (PESAMOSCA; FONSECA; GOMES, 2008).

Após a tentativa de melhoria com o PHPN o MS surge, em 2003, com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que passa a contemplar a atenção a segmentos da população feminina ainda invisibilizados e a problemas emergentes que, apesar de afetar sua saúde, não vinham sendo contemplados pelo PAISM. As ações, que, até então, eram oferecidas na forma de programas, passam a compor então uma política de saúde (ZOCCHÉ, 2014).

Ainda no âmbito da saúde da mulher, no ano de 2005, é criada a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, e, em 2006, surge a Política Nacional de Planejamento Familiar. Também em 2006, surge uma nova estratégia de gestão e fortalecimento das políticas de saúde: O Pacto pela Vida. No que diz respeito à saúde das mulheres, o Pacto segue investindo no controle do câncer de colo de útero e de mama e na redução da mortalidade materno-infantil (ZOCCHÉ, 2014).

Frente a este cenário, em 2011, o MS lançou a Rede Cegonha, normatizada pela Portaria nº 1.459, que institui em seu Artigo 1º, parágrafo único, uma rede de cuidados com objetivo de “assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011a). Esta rede prevê ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, transporte seguro e implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito a acompanhante no momento do parto (BRASIL, 2011a).

Suas ações estão inseridas em quatro componentes: (1) Pré-natal; (2) Parto e nascimento; (3) Puerpério e atenção integral à saúde da criança; (4) Sistema logístico, transporte sanitário e regulação. Sendo que o “componente puerpério” da Rede Cegonha prevê o acompanhamento da puérpera e da criança na atenção primária, com visita domiciliar na primeira semana após o parto (BRASIL, 2011a).

O puerpério ou período pós-parto representa uma fase delicada do ciclo reprodutivo feminino. As mulheres vivenciam os primeiros dias após o parto com uma mistura de sentimentos, que vão da euforia pelo nascimento do filho ao medo e insegurança nos cuidados que devem dispensar ao novo ser sob sua responsabilidade. O período puerperal pode ser dividido em imediato, mediato ou tardio, sendo representado por vários significados com diferentes níveis de importância para cada mulher e família (LIMA-LARA; FERNANDES, 2010).

As transformações que se iniciam no puerpério, com a finalidade de restabelecer o organismo da mulher à situação não gravídica, ocorrem não somente nos aspectos físicos, mas no seu todo. A mulher neste momento, como em todos os outros, deve ser vista como um ser integral, não excluindo seu componente psicológico e emocional (BRASIL, 2001).

Embora o puerpério seja um momento delicado e envolto por transições abruptas, ele também é o período mais adequado para realizar avaliações quanto a assistência fornecida à mulher em cada etapa do ciclo gravídico puerperal. Pois nesta fase, embora a mulher ainda esteja se adaptando e criando um vínculo com seu bebê, ela consegue avaliar os pontos positivos e negativos do cuidado recebido, bem como as fases e situações que deveriam ter sido enfatizadas durante sua preparação para a maternidade.

Desta forma, o presente estudo visa conhecer a percepção das mulheres que estão vivendo o terceiro componente da rede cegonha, relacionado a assistência de enfermagem fornecida durante todo o ciclo gestacional e puerperal. Com o intuito de responder a questão: Qual a percepção das puérperas a respeito da assistência fornecida pela equipe de enfermagem durante o ciclo gravídico-puerperal? O cuidado fornecido no pré-natal, parto e puerpério tem sido satisfatório?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a percepção das puérperas a respeito da assistência fornecida pela equipe de enfermagem durante o ciclo gravídico-puerperal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar a satisfação das puérperas com os cuidados e orientações de enfermagem recebidos.

Verificar para qual fase do ciclo gestacional as orientações de enfermagem são mais direcionadas.

Verificar qual fase do ciclo gestacional, na visão das mulheres, necessita de maiores cuidados e orientações.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Neste estudo foi realizada uma revisão integrativa (RI) da literatura, que segundo Ganong (1987) integra pesquisas realizadas sobre um determinado assunto a fim de discutir hipóteses, indicando novos temas a serem investigados. Além disso, a revisão integrativa é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (COOPER, 1982).

Os procedimentos metodológicos que foram utilizados neste estudo seguiram a sistematização proposta por Cooper (1982), que se compõe de cinco etapas: *formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação e apresentação dos resultados.*

3.2 Primeira etapa: formulação do problema

A formulação do problema ocorreu através das questões norteadoras: Como as puérperas percebem as orientações e o cuidado fornecidos pela equipe de enfermagem? A assistência recebida foi satisfatória ou insatisfatória?

3.3 Segunda etapa: coleta de dados

Segundo Cooper (1982), esta etapa corresponde à definição das bases de dados a serem utilizadas, seleção dos descritores mais adequados à pesquisa, estipulação dos critérios de inclusão e exclusão e período de busca dos artigos científicos.

Foram utilizadas as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) selecionados foram Enfermagem, Período pós-parto e Cuidados de enfermagem.

Para obter a amostra de artigos que respondem à questão norteadora deste estudo, realizou-se o cruzamento entre os descritores nas quatro bases de dados selecionadas. Como resultado foram encontrados, 230 artigos na base de dados LILACS, sendo que, cinco foram excluídos por não disporem de texto completo, 14 por estarem fora do período determinado e 157 por não abordarem o tema central do estudo, sendo selecionados 54 artigos. Na base de dados SCIELO encontraram-se 24 artigos, dos quais quatro foram excluídos por não estarem dentro do período escolhido e 13 por não abordarem o tema central, restando sete artigos para análise. Na BDEF surgiram como resultado 162 estudos, sendo que, 97 foram excluídos por não pertencerem ao período desejado e 42 por não relatarem o assunto necessário, permanecendo 23 estudos. Por fim, na base de dados MEDLINE encontraram-se 466 artigos dos quais se excluíram seis por não haver disponibilidade de texto completo, 218 por não retratarem o tema central e 230 por não pertencerem à janela temporal necessária, restando 12 artigos para análise.

Para seleção da amostra foram aplicados os seguintes critérios:

- Critério de inclusão: Artigos originais que abordem o tema central; publicados no Brasil entre os anos de 2005 a 2014; que estejam disponíveis em meio eletrônico e na íntegra.

- Critérios de exclusão: Teses, dissertações, documentos governamentais, artigos repetidos nas diferentes bases de dados e publicações realizadas antes de 2005.

3.4 Terceira etapa: avaliação dos dados

O registro da avaliação dos artigos selecionados foi realizado a partir de um instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A) contendo informações sintetizadas dos artigos estudados. Este instrumento é composto por dados por informações inerentes às questões norteadoras, nele foram registradas as seguintes informações: Identificação do artigo (autores, título, periódico, ano); Objetivo/ questão norteadora; Metodologia (tipo de estudo, população, local de estudo); Resultados; Conclusões. Todos os artigos foram numerados.

3.5 Quarta etapa: análise e interpretação dos dados

Segundo Cooper (1982), a finalidade desta etapa é compactar, examinar e contestar os dados obtidos através dos artigos científicos. Para isto foi elaborado um quadro sinóptico (APÊNDICE B) que compreende as informações sintetizadas dos estudos, possibilitando uma análise objetiva e comparativa dos achados.

3.6 Quinta etapa: apresentação dos resultados

Os resultados obtidos serão apresentados na forma de artigo, o mesmo seguirá as normas de apresentação e formatação da Revista Gaúcha de Enfermagem (ANEXO A).

3.7 Aspectos éticos

O presente estudo respeitou os aspectos éticos, garantindo a autenticidade das ideias e definições dos artigos pesquisados, empregando as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) para referências e citações aos autores. Devido a alterações nos planos iniciais de pesquisa da autora e sua orientadora, esta RI não foi encaminhada para apreciação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem, como é praxe. Entretanto, houve comunicação com o responsável pela atividade de ensino Trabalho de Conclusão de Curso II para sua ciência e concordância (ANEXO B).

4 RESULTADOS – ARTIGO

PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

GARCIA, Déborah Dias; WEISSHEIMER, Anne Marie.

RESUMO

Objetivou-se conhecer a percepção das puérperas sobre a assistência de enfermagem durante as etapas do ciclo gestatório-puerperal. Optou-se pelo método de revisão integrativa com busca nas bases de dados LILAS, SCIELO, BDNF E MEDLINE, utilizando os descritores: Enfermagem, Período pós-parto e Cuidados de enfermagem. Foram selecionados estudos originais que abordassem o tema, publicados no Brasil entre 2005 e 2014 e que estivessem disponíveis em meio eletrônico na íntegra. Após análise obteve-se amostra de 19 estudos. Os resultados foram divididos nas categorias: pré-natal; trabalho de parto e parto; puerpério. Todas as etapas do ciclo gravídico puerperal necessitam de atenção. O pré-natal necessita de investimento em educação em saúde. No puerpério foram verificadas lacunas sobre orientações de prevenção a complicações na amamentação e cuidados corporais da puérpera. O diálogo, a empatia, o respeito e a cordialidade foram decisivos para a avaliação do cuidado pelas puérperas.

Descritores: Enfermagem. Período pós-parto. Cuidados de enfermagem.

INTRODUÇÃO

A saúde da mulher no Brasil foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitadas, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto⁽¹⁾. Com a criação do Ministério da Saúde (MS) em 1953, as ações destinadas à saúde materno-infantil passaram a ser coordenadas na forma de programas⁽²⁾. Mesmo com a implantação dessa nova abordagem, a visão sobre a saúde da mulher, continuou voltada para o aspecto biológico⁽¹⁾.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a fim de melhorar a assistência destinada a este grupo da população⁽³⁾. Um dos objetivos do PAISM era contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todas as fases da vida. Além de ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de

Saúde (SUS)⁽¹⁾. O programa também tinha como característica a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal. As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais⁽¹⁾. Dessa forma, ocasionou-se a fragmentação da assistência e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher.

A fim de amenizar a ainda presente visão bio-patológica empregada aos atendimentos de saúde às mulheres durante o ciclo gestacional, o MS criou o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN). Instituído no ano 2000, o programa enfatizou os direitos da mulher, suas principais ações para a redução da mortalidade materna visam garantir o direito da mulher ao acesso a atendimento digno e qualificado na gestação, parto e puerpério⁽⁴⁻⁵⁾.

O PHPN prevê, também, a valorização de aspectos psicossociais e a inclusão do parceiro e a família durante o ciclo gestatório⁽⁶⁾, visto que estudos demonstram que a mulher que recebe apoio social e psicológico apresenta menos sintomas físicos e emocionais, menos complicações no trabalho de parto e no parto, além de uma adaptação mais fácil ao pós-parto⁽⁷⁾.

Em 2011, o MS lançou a Rede Cegonha, normatizada pela Portaria nº 1.459, que institui uma rede de cuidados com objetivo de “assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como a criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis”⁽⁸⁾. Esta rede prevê ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, transporte seguro e implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito a acompanhante no momento do parto⁽⁸⁾.

Suas ações estão distribuídas em quatro componentes: (1) Pré-natal; (2) Parto e nascimento; (3) Puerpério e atenção integral à saúde da criança; (4) Sistema logístico, transporte sanitário e regulação. Sendo que o “componente puerpério” da Rede Cegonha prevê o acompanhamento da puérpera e da criança na atenção primária, com visita domiciliar na primeira semana após o parto⁽⁸⁾.

O puerpério ou período pós-parto representa uma fase delicada do ciclo reprodutivo feminino, podendo ser dividido em imediato, tardio e remoto. As mulheres vivenciam os primeiros dias após o parto com uma mistura de sentimentos, que vão da euforia pelo nascimento do filho ao medo e insegurança nos cuidados a este novo ser totalmente dependente dela⁽⁹⁾.

É comum que neste momento a mulher experimente sentimentos contraditórios e sintase insegura. Por isso cabe à equipe de saúde estar disponível para perceber a necessidade de cada mulher de ser ouvida com a devida atenção⁽¹⁰⁾.

Embora o puerpério seja um momento delicado e envolto por transições abruptas, ele também é o período mais adequado para realizar avaliações quanto a assistência fornecida à mulher em cada etapa do ciclo gravídico puerperal, pois os acontecimentos são recentes, permitindo que ela avalie o cuidado recebido.

O presente estudo teve como objetivos conhecer a percepção das puérperas a respeito da assistência fornecida pela equipe de enfermagem durante o ciclo gravídico-puerperal, identificar a satisfação das puérperas com os cuidados e orientações recebidos e verificar qual fase do ciclo gestacional necessita de maior assistência, na visão das mulheres.

MÉTODO

Neste estudo foi realizada uma revisão integrativa (RI) da literatura, por ser um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática⁽¹¹⁾.

Os procedimentos metodológicos que foram utilizados neste estudo seguiram a sistematização proposta por Cooper⁽¹¹⁾, que se compõe de cinco etapas: *formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação e apresentação dos resultados*.

A formulação do problema ocorreu através das questões norteadoras: Qual a percepção das puérperas a respeito da assistência fornecida pela equipe de enfermagem durante o ciclo gravídico-puerperal? O cuidado fornecido no pré-natal, parto e puerpério tem sido satisfatório?

A etapa de coleta de dados corresponde à definição das bases de dados a serem utilizadas, seleção dos descritores mais adequados à pesquisa, estipulação dos critérios de inclusão e exclusão e período de busca dos artigos científicos⁽¹¹⁾. Foram utilizadas as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) selecionados foram *Enfermagem, Período pós-parto e Cuidados de enfermagem*. Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: artigos originais que abordem o tema central; publicados no Brasil entre os anos de 2005 a 2014; que estejam disponíveis em meio

eletrônico e na íntegra. Foram excluídas teses, dissertações, documentos governamentais, artigos repetidos nas diferentes bases de dados e publicações realizadas antes de 2005.

A análise dos dados se deu por meio do registro da avaliação dos artigos selecionados, realizada a partir de um instrumento de coleta de dados contendo informações sintetizadas dos artigos estudados. O instrumento foi composto por dados por informações inerentes às questões norteadoras, nele foram registradas as seguintes informações: Identificação do artigo (autores, título, periódico, ano); Objetivo/questão norteadora; Metodologia (tipo de estudo, população, local de estudo); Resultados; Conclusões. Todos os artigos foram numerados.

A finalidade da etapa de análise e interpretação é compactar, examinar e contestar os dados obtidos através dos artigos científicos⁽¹¹⁾. Para isto foi elaborado um quadro sinóptico que auxiliou na compreensão das informações sintetizadas dos estudos, possibilitando uma análise objetiva e comparativa dos achados.

Os resultados obtidos são apresentados de forma descritiva e através de tabelas e fluxograma, permitindo melhor compreensão e visualização da síntese dos achados e a comparação realizada entre os estudos selecionados a fim de obter o conhecimento sobre a percepção das puérperas sobre a assistência recebida pela equipe de enfermagem.

O presente estudo respeitou os aspectos éticos, garantindo a autenticidade das ideias e definições dos artigos pesquisados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para obter os estudos que respondem os questionamentos desta pesquisa, realizou-se o cruzamento entre os descritores selecionados nas quatro bases de dados escolhidas. Como resultado foram encontrados, 230 artigos na base de dados LILACS, sendo que, cinco foram excluídos por não disporem de texto completo, 14 por estarem fora do período determinado e 157 por não abordarem o tema central do estudo, sendo pré-selecionados 54 artigos. Na base de dados SCIELO encontraram-se 24 artigos, dos quais quatro foram excluídos por não estarem dentro do período escolhido e 13 por não abordarem o tema central, restando sete artigos para análise. Na BDENF surgiram como resultado 162 estudos, sendo que, 97 foram excluídos por não pertencerem ao período desejado e 42 por não relatarem o assunto necessário, permanecendo 23 estudos. Por fim, na base de dados MEDLINE encontraram-se 466 artigos dos quais se excluíram seis por não haver disponibilidade de texto completo, 218 por não retratarem o tema central e 230 por não pertencerem à janela temporal necessária, restando 12 artigos para análise. A Tabela 1 demonstra a categorização das publicações segundo os critérios de inclusão e exclusão.

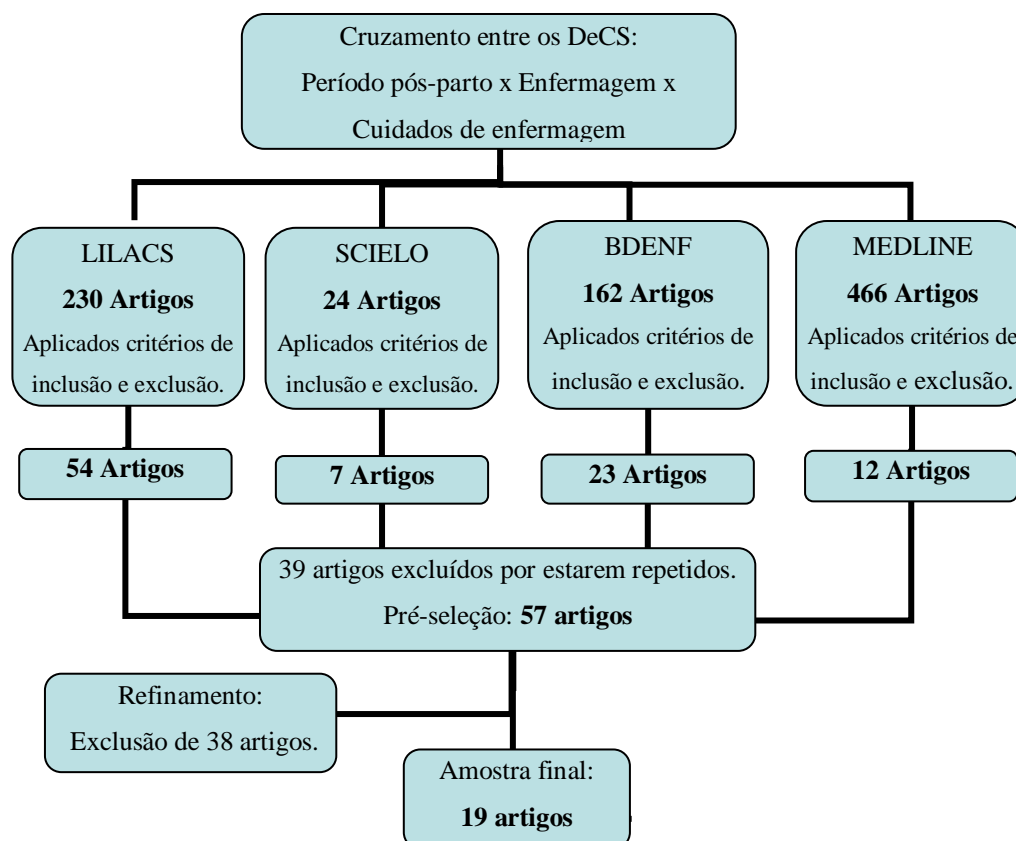
Tabela 1 – Resultado da categorização das publicações conforme critérios de inclusão e exclusão. Porto Alegre, RS, 2015.

CATEGORIA	N	%
Artigos encontrados	882	100
Não abordam o tema	430	48,75
Fora do período	345	39,11
Sem texto completo	11	1,24
Compõe a amostra	96	10,88

Fonte: Dados da pesquisa.

Dos 96 artigos pré-selecionados, 39 foram excluídos por estarem repetidos, permanecendo uma amostra inicial de 57 artigos. Estes foram submetidos a um refinamento, com leitura criteriosa do texto completo. Após este processo, foram excluídos 38 artigos por não responderem à questão norteadora, resultando em uma amostra final de 19 artigos. O processo completo de seleção pode ser visualizado no fluxograma apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma do processo seletivo dos artigos encontrados para compor esta revisão integrativa da literatura. Porto Alegre, RS, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa.

Na amostra estudada pode-se verificar que os autores optaram em 12 (63,16%) artigos pelo uso do método de pesquisas qualitativo, o mais expressivamente usado, tal fato pode se dar devido ao enfoque desta metodologia, visto que essa forma de pesquisa responde a questões de vivências dos sujeitos, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes⁽¹²⁾, permitindo ao pesquisador captar a maneira pela qual os indivíduos pensam e reagem frente às questões apresentadas⁽¹³⁾. Entretanto, em quatro (21,05%) artigos os autores preferiram aplicar o método quantitativo, atribuindo valores às respostas obtidas ou codificações para as questões fechadas, também foram encontradas duas revisões integrativas (10,53%) e um estudo que utilizou a associação livre de palavras, que se refere a 5,26% da amostra.

Dos 19 artigos selecionados encontramos dois que abordavam o pré-natal, um que abordava pré-natal e puerpério, dois que abordavam somente o trabalho de parto e o parto, quatro que retratavam o parto e o puerpério, oito que abordavam somente o puerpério e dois que abordavam todo o ciclo gestacional.

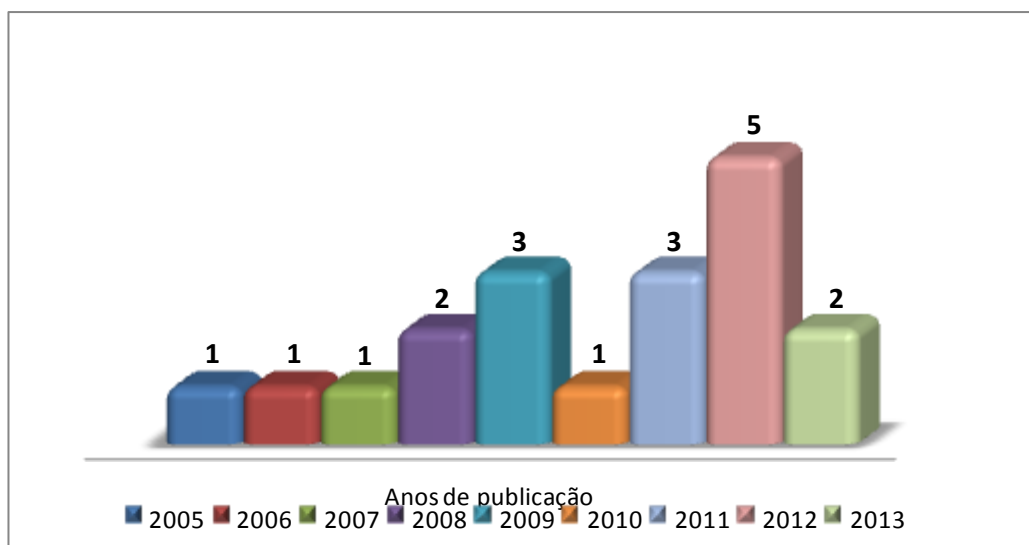
A distribuição da metodologia utilizada e dos temas pode ser verificada na Tabela 2, enquanto que a distribuição dos períodos de publicação estão presentes no Gráfico 1.

Tabela 2 – Distribuição da metodologia utilizada em cada tema.
Porto Alegre, RS, 2015.

	Qualitativo		Quantitativo		Revisão Integrativa		Teste de associação livre de palavras	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pré-natal	1	50	1	50	-	-	-	-
Parto	2	66,66	1	33,33	-	-	-	-
Puerpério	7	87,5	1	12,5	-	-	-	-
Pré-natal e puerpério	1	50	1	50	-	-	-	-
Parto e puerpério	-	-	-	-	1	50	1	50
Pré-natal, parto e puerpério	1	50	-	-	1	50	-	-
TOTAL	12	63,16	4	21,05	2	10,53	1	5,26

Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 1 – Distribuição dos anos de publicação dos artigos.
Porto Alegre, RS, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa.

A maternidade é uma experiência de grande importância na vida da mulher, durante sua trajetória para “tornar-se mãe” ela precisa passar pelas fases do ciclo gestatório-puerperal (pré-natal, parto e puerpério). Esse momento pode ser caracterizado como de variadas mudanças, relacionadas tanto ao processo fisiológico de evolução da gestação em si, como ao processo de mudanças emocionais e sociais⁽¹³⁻¹⁴⁾. Durante esse percurso, as mulheres estão mais suscetíveis a influências externas, que podem ser atribuídas à fragilidade emocional, mas também à insegurança causada por essa nova etapa no ciclo de vida.

Visando melhor preparar e acompanhar a mulher nessa fase, o Ministério da Saúde (MS) tem dado ênfase aos cuidados às gestantes e às puérperas com a criação de programas de saúde, como o incentivo à realização do pré-natal com um mínimo de seis consultas, e humanização da assistência prestada em todas as etapas do ciclo, incluindo o acolhimento adequado, ações de educação em saúde e visitas domiciliares⁽⁸⁾.

Ao analisar como as puérperas avaliam a assistência de enfermagem no, obteve-se três categorias: *Pré-natal*, *Trabalho de parto e parto*, e *Puerpério*.

Pré-Natal

O pré-natal (PN) compreende um conjunto de procedimentos que objetiva prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis durante a gestação, que possam prejudicar a mulher ou seu conceito⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Além disso, é nessa fase que a mulher irá se preparar física e emocionalmente para exercer seu papel de mãe.

O pré-natal, além de um instrumento de avaliação física, deve ser utilizado pelos profissionais de saúde como forma de proporcionar educação em saúde para as gestantes e sua família. Nele devem ser abordados todos os fatores que poderão influenciar a evolução da gestação, cuidados que a mulher deve ter com seu corpo e seus hábitos de vida, além de preparar a gestante para o momento do parto e introduzir, também, os cuidados com o recém-nascido, técnicas e fundamentos do aleitamento materno exclusivo.

Nos seis estudos selecionados que abordavam o pré-natal houve uma distribuição homogênea quanto à classificação da assistência por parte das puérperas, sendo que em 33% dos estudos a classificação foi como satisfatória, 33% como insatisfatória e 33% mesclaram as duas classificações.

Alguns estudos apontaram que houve ineficiência no processo de comunicação entre as gestantes e os profissionais durante o pré-natal⁽¹⁷⁾. As puérperas relataram que o acolhimento nas unidades de saúde não tem sido efetivo, com barreiras de acesso e dificuldade de compreensão entre os atores, o que corrobora com os achados de Parada e Tonete⁽¹⁸⁾. Entretanto, sobre a assistência recebida, muitas mulheres disseram estar satisfeitas, devido à atenção e empatia do pré-natalista, atribuindo o grau de satisfação ao vínculo formado com o profissional⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, contudo revelaram que a proximidade do parto trouxe sentimentos negativos, atrelados principalmente ao medo do desconhecido, o que poderia ter sido amenizado com orientações sobre o trabalho de parto durante as consultas pré-natais⁽¹⁷⁾.

A falta de orientação sobre amamentação foi uma das principais queixas das puérperas, conforme os estudos de Barreto, Silva e Christoffel⁽¹⁹⁾, Azevedo, Reis, Freitas, Lima, Costa, Pinheiro et al⁽²⁰⁾ e Batista, Farias e Melo⁽²¹⁾. Um estudo demonstra que, embora 47 (94%) puérperas tenham realizado pré-natal, 29 (58%) delas relataram não ter recebido nenhuma orientação sobre o aleitamento materno durante a gravidez e 21 (42%) mulheres tiveram dificuldade com o aleitamento, tendo como principal influência a técnica incorreta de amamentação⁽¹⁹⁾. Tal informação é corroborada pelos achados de Batista, Farias e Melo⁽²¹⁾ que obtiveram como resultado, a insatisfação de algumas puérperas com a assistência de enfermagem, por não terem sido orientadas em nenhum momento da gestação, sobre a importância do aleitamento materno exclusivo. As entrevistadas não sentiram falta das orientações durante o pré-natal, visto que, não conheciam a complexidade do ato de amamentar, mas perceberam claramente, durante o puerpério, a diferença que as informações poderiam ter feito, fazendo-as crer em descompromisso e desinteresse por parte de alguns profissionais⁽¹⁹⁾.

Na pesquisa de Azevedo, Reis, Freitas, Lima, Costa, Pinheiro et al⁽²⁰⁾, também foi evidenciada a ausência ou pouca ênfase sobre amamentação durante o pré-natal, embora a equipe de enfermagem tenha sido citada como a classe profissional mais atuante nas orientações, chama atenção o fato de que apenas 23 (9,1%) puérperas foram orientadas no PN e que 33 (13,1%) não receberam orientação em nenhuma etapa do ciclo gestatório puerperal. Este estudo infere, ainda, a importância de se certificar que as orientações fornecidas foram assimiladas de forma correta pela usuária.

Embora as puérperas não tenham verbalizado de forma objetiva as questões relativas aos seus direitos, como por exemplo, a presença do acompanhante durante o parto, pode-se inferir, que a maioria não possuía conhecimento de tais questões, como pode ser verificado na fala encontrada no estudo de Parada e Tonete⁽¹⁸⁾: “Minha tia ficou o tempo todo do meu lado, o médico deixou... eu não queria ficar sozinha e foi muito bom.”. O que reporta para o pré-natal, pois o pré-natalista tem o dever de apresentar à gestante as leis que a protegem, assim como lhe informar seus direitos.

A pesquisa realizada por Parada e Tonete⁽¹⁸⁾, traz que, embora possam ter havido lacunas referentes às orientações, as puérperas classificaram o pré-natal como satisfatório, visto que, o vínculo criado entre as usuárias e os profissionais as fez sentir à vontade para fazer os questionamentos que desejavam, durante o decorrer da gravidez. Além disso, Progianti e Costa⁽²²⁾ demonstram que o pré-natal, na visão das mulheres, é tido como tranquilizador, devido às práticas educativas realizadas por enfermeiras em grupos para gestantes. Ao sanar as dúvidas dessa população, o profissional lhes confere segurança, empoderando a mulher para assumir seu papel como mãe e protagonista das situações. Isso demonstra novamente a importância da forma de interação durante as consultas de pré-natal, que quando realizadas com escuta, atenção, respeito e cordialidade cooperam com o trabalho do enfermeiro, pois fará a gestante ter segurança em por em prática as orientações recebidas, protegendo a si e ao seu conceito, devido a maior probabilidade de adesão ao pré-natal e tornará mais provável seu retorno para as avaliações de puerpério.

Trabalho de Parto e Parto

Para muitas gestantes o momento do parto é envolto por mitos, estigmas e sentimentos ambíguos de medo e felicidade. Existe o medo de que algo possa estar errado com bebê, preocupação com seu próprio bem-estar, além do medo da dor durante o trabalho de parto, como pode ser constatado em todos os estudos analisados. As gestantes primíparas geralmente temem o desconhecido, enquanto que as mulheres com experiências anteriores,

podem ter uma lembrança ruim, devido a um trabalho de parto prolongado e difícil, temendo que isso se repita⁽²³⁾. Contudo, há sensação de felicidade pelo final da espera, em ver e por segurar seu filho pela primeira vez.

Outra preocupação das parturientes refere-se à assistência que irá receber do médico e da enfermeira. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde⁽¹⁰⁾, o atendimento à parturiente deve ser realizado sob o viés da humanização, visto que o processo de parturição é algo natural, não representando, na maioria dos casos, risco à saúde da mulher e da criança, desta forma não sendo necessárias intervenções e procedimentos medicalizados e permitindo que a parturiente retome seu papel ativo de protagonista, muitas vezes esquecido ou ignorado pelos profissionais da saúde⁽²³⁾.

Durante a análise foram encontrados sete estudos que abordavam a temática do trabalho de parto e parto, dos quais três (42,86%) avaliaram a assistência de enfermagem fornecida como satisfatória, dois (28,57%) como insatisfatória e dois (28,57%) estudos apresentaram resultados mistos, sendo o cuidado classificado por algumas puérperas como positivo e por outras como negativo.

A revisão elaborada por Carneiro, Teixeira, Silva, Carvalho, Silva e Silva⁽¹⁷⁾ e o estudo de Parada e Tonete⁽¹⁸⁾ apresentam evidências de que a experiência de partos anteriores é fator decisivo para escolha da via de parto, mas que a escolha também é influenciada pelas representações sociais e pela pressão dos profissionais da saúde. As mulheres tendem a relacionar o parto normal com a recuperação mais rápida e a cesariana à ausência da dor. Ao longo dos anos a dor do parto tem sido difundida na sociedade como algo insuportável e desumano, que pode ser facilmente driblada optando-se pela realização de uma cirurgia ao invés de um parto. Contudo, muitas mulheres nunca foram orientadas sobre as interferências negativas que isso pode trazer para o bebê, tampouco conhecem a informação dos riscos a que seria exposta e que estes são muito maiores do que os envolvidos no parto natural.

Em alguns estudos a assistência foi considerada insatisfatória, sendo a hospitalização vista pelas mulheres, como uma ameaça a sua dignidade, devido ao desrespeito dos profissionais ao tocá-las, pela falta de privacidade, despersonalização e por terem suas vontades e questionamentos ignorados^(17,24).

Embora haja diretrizes da OMS e evidências científicas sobre as práticas desnecessárias na assistência ao parto, ações como tricotomia, enema, restrição hídrica e alimentar e confinamento ao leito ainda fazem parte das rotinas de centros obstétricos do país⁽²⁵⁻²⁶⁾, deixando em segundo plano as ações de humanização da assistência.

Ao analisar os resultados, verifica-se que embora algumas orientações fornecidas por enfermeiros tenham fundamento e objetivo concreto, a parturiente não compreende as informações ficando desconfortável e pouco colaborativa⁽²⁶⁾. Isso ocorre porque os profissionais tendem a subestimar a capacidade de compreensão da mulher, não se preocupando em tentar explicar a situação. A falta de comunicação também é notada em locais que tentaram implementar a humanização à assistência, as mulheres desconhecem medidas não farmacológicas para alívio da dor, bem como técnicas de relaxamento, e ainda olham com estranhamento para formas de parir que não sejam “tradicionais”, por isso não basta lhe dizer que ela deve caminhar ou fazer uso de uma bola, ou tampouco ofertar banquetas e formas diferentes de dar à luz, se não houver diálogo e disponibilidade do profissional em ouvi-la⁽²⁷⁾.

Mas também emergiram pontos positivos nas avaliações de algumas puérperas, como o acolhimento na chegada à maternidade, agilidade no atendimento, respeito à permanência de acompanhante e atenção e carinho de alguns profissionais⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Em alguns estudos as mulheres classificaram o cuidado de enfermagem como humanizado, valorizando as ações de interesse da equipe pelo seu bem estar e conforto, demonstrações de compreensão, orientações e incentivo ao uso de medidas não farmacológicas para o alívio da dor, e principalmente, por não ter deixado as parturientes desamparadas. Durante o período expulsivo, as orientações também foram consideradas benéficas e representativas do cuidado de enfermagem, pois segundo as puérperas, contribuíram para a progressão do parto e as tranquilizou⁽²⁷⁻²⁸⁾. A importância da presença do enfermeiro no momento do parto foi destacada, atribuindo aos profissionais sentimentos de gratidão por terem sido carinhosos, transmitindo segurança e tranquilidade, como apresentado em uma fala:

A enfermeira segurou a minha mão, me ajudou muito ali [...] Ficou o tempo todo lá junto e foi muito bom, deu pra acalmar bastante. É gente que cuida da gente com carinho⁽¹⁸⁾.

Isso demonstra que mesmo quando não está assistindo ao parto, o enfermeiro tem papel essencial no cuidado às parturientes.

Na pesquisa de Stancato, Vergilio e Bosco⁽²⁹⁾ é apresentada a satisfação de puérperas que tiveram seus partos realizados por enfermeiras obstetras em uma casa de parto. É citado que 35,96% das puérperas atendidas classificaram a assistência como excelente, 57,02% como boa e 7,02% como regular, não havendo nenhuma mulher que considerasse insatisfatória a assistência recebida. Os fatores mais citados pelas mulheres como determinantes para a classificação da assistência foram o respeito à personalidade e ao corpo

da parturiente, a atenção, o carinho e a segurança que as enfermeiras forneciam, além do preparo recebido durante a gestação.

O trabalho do enfermeiro para assistência ao parto normal sem distócia é respaldado pela Lei nº 7.498 de 1986 que regulamenta o exercício profissional da Enfermagem⁽³⁰⁾. Dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) o enfermeiro também ganhou espaço para atuar, quando especialista em obstetrícia, a partir da Portaria MS/GM 2.815, de 29 de maio de 1998 que inclui, na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, o procedimento "parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra" e que teve como finalidade principal reconhecer a assistência prestada por esta classe profissional, no contexto de humanização do parto, visto que essa categoria tem o cuidado intrínseco à profissão⁽¹⁰⁾.

Como apresentado por Busanello, Lunardi Filho, Kerber, Lunardi e Santos⁽²⁴⁾, o cuidado de enfermagem pode contribuir para a participação da mulher na tomada de decisão acerca da sua saúde, ao valorizar e implementar práticas educativas no campo da atenção obstétrica, pois quanto maior o envolvimento das mulheres nas decisões, maior sua capacidade do exercício da autonomia, o que não exclui ou diminui a importância dos profissionais que a assistem. Em contrapartida, o cuidado de enfermagem, também pode fazer o papel inverso, desfavorecendo a participação da mulher ao bloquear a comunicação com as usuárias ao impor conhecimentos científicos e menosprezar o saber popular.

Em todos os estudos analisados percebeu-se a submissão de muitas parturientes, inclusive naquelas atendidas em casas de parto. As mulheres sentem-se acudadas por não saberem como devem se portar, acatando as "ordens" dos profissionais sem questionar. Embora exista a preocupação de alguns profissionais em deixar a mulher perceber que é protagonista de seu parto, a cultura de que para tudo é preciso o cuidado médico, com tecnologias e procedimentos estéreis, está enraizada na sociedade, não permitindo que as mulheres exerçam plenamente seu papel de mãe e responsável pelo seu corpo. Este fato pode ser atribuído ao medo de que alguma coisa dê errado e prejudique seu filho, por isso enfatiza-se, novamente, a importância das orientações fornecidas à mulher, para que a mesma desenvolva segurança e consiga empoderar-se como parturiente e protagonista.

Puerpério

O puerpério é a fase que se inicia logo após o quarto período do parto e se estende por tempo indeterminado. Ele se caracteriza por uma nova etapa de adaptações físicas e emocionais, a mulher precisa desconstruir a concepção do corpo grávido e encarar os dilemas da maternidade, que se aproxima dela de uma forma mais palpável⁽³¹⁾. Didaticamente este

período pode ser dividido em três momentos: imediato, que se inicia no primeiro e chega ao fim no décimo dia após o parto; tardio, se estende do 11º ao 42º dia; e remoto, inicia a partir do 43º dia, sem haver um período determinado para chegar ao fim⁽¹⁰⁾.

O puerpério foi a etapa do ciclo gestatório-puerperal mais encontrada nos resultados da busca, para conhecer qual a percepção das puérperas sobre o cuidado de enfermagem, no ciclo gravídico-puerperal, com uma amostra de 14 artigos. As puérperas avaliaram a assistência fornecida pela equipe de enfermagem como positiva ou satisfatória em três (21,43%) estudos, negativa ou insatisfatória em quatro (28,57%) pesquisas e houve opinião mista em relação aos cuidados em sete (50%) artigos.

O puerpério é o uma fase de muitas realizações e real percepção da nova situação. Muitas mulheres, especialmente as primíparas, só terão compreensão da responsabilidade, das dúvidas e dificuldades quando o bebê estiver em seus braços. Por esse motivo, o puerpério é um momento que merece grande atenção dos profissionais da saúde⁽³¹⁾. Ao questionar as mulheres sobre o que as motivou para realizar o acompanhamento no puerpério, surgiram diversas respostas, sendo as mais recorrentes a qualidade satisfatória do pré-natal, o vínculo criado entre a usuária e os profissionais da atenção primária, a preocupação com seu bem-estar físico e dúvidas quanto aos cuidados com o RN⁽³²⁾.

A consulta de enfermagem foi referenciada como um espaço de acolhimento, que permite a exposição de dúvidas e sentimentos. A consulta de enfermagem difere-se das demais justamente por ser um momento de cuidado, de zelo com a paciente que está sendo atendida; embora seja de grande importância avaliar as questões físicas das puérperas, esse espaço não deve ser voltado apenas a essa finalidade. Como encontrado no estudo de Ângelo e Brito⁽³²⁾, a consulta de enfermagem deve ser um local de escuta, as mulheres por vezes usam esse momento para realizar desabaços, expor seus medos com a nova responsabilidade e dúvidas quanto ao seu corpo. O profissional precisa estar atento ao comportamento e estado emocional da mulher durante o período puerperal, e consulta puerperal de enfermagem é o momento ideal para realizar essa avaliação de forma não invasiva, com o objetivo de identificar possíveis alterações, como sinais de rejeição ao RN que podem ser indícios de depressão pós-parto, uma doença comum durante essa fase de adaptação⁽³³⁻³⁵⁾.

As pesquisas estudadas demonstraram que o grande enfoque dos profissionais de saúde durante a realização de orientações, seja no puerpério imediato, remoto ou tardio, são voltadas para os cuidados com o recém-nascido. Houve diversos relatos sobre orientações a cerca da técnica adequada para dar banho, de higiene do coto umbilical, importância de realizar as vacinas e pega adequada durante a amamentação^(18,33,36-37). Entretanto verificou-se

também, que as puérperas são carentes de orientações sobre o cuidado com o seu próprio corpo, independente da via de parto. Orientações como, por exemplo, observação dos lóquios, cuidados com a ferida operatória e planejamento familiar surgiram apenas em um estudo⁽³³⁾. É preciso estar atento para o fato de que as puérperas podem ter sido orientadas para essas questões, sem se recordar, mas isso indica também, que a informação não chegou até elas da forma mais adequada, visto que a mensagem não foi assimilada.

Algumas puérperas expressaram insegurança para realizar os cuidados necessários com o RN. As mulheres referem que os profissionais da enfermagem deveriam redirecionar o cuidado, a fim de incluí-las ao invés de fazer por elas. Embora algumas mães tenham recebido informações de como realizar alguns cuidados, elas não se sentiram seguras para desempenhá-los, pois não houve nenhuma demonstração, fazendo com que estas mulheres não se sentissem aptas para desempenhar com segurança a maternidade^(17,37-38).

A questão que esteve presente em sete estudos, sendo desta forma a mais recorrente, foi a amamentação^(20-21,33,36,38-40). As dificuldades foram relatadas tanto por primíparas quanto por mulheres com um filho ou mais. O estudo de Davim, Araujo, Galvão, Gomes e Mota⁽³⁹⁾ traz que o acompanhamento da amamentação pela enfermeira do alojamento conjunto (AC), ocorre apenas quando algum profissional percebe que a puérpera está com dificuldades, a questão a ser refletida nesse caso é se os profissionais estão suficientemente atentos para perceber sutilezas que podem estar ocorrendo, principalmente em realidades de superlotação.

Como apresentado na seção sobre o PN, essa questão é alvo de muitas dúvidas e aparentemente poucas orientações ou orientação insuficiente, compreende-se o fato da mulher estar mais atenta a essa realidade após o nascimento da criança, entretanto é reforçado que o preparo deve ser iniciado durante o pré-natal. A explicação sobre a técnica de posicionamento e forma do RN abocanhar a mama pode ser mais complexa para que as gestantes compreendam, mas nada impede que orientações sobre cuidados com as mamas, assim como a prevenção de danos ao tecido mamário sejam fornecidas. O enfoque curativo foi recorrente nos estudos que abordavam as puérperas no alojamento conjunto, sendo a educação em saúde voltada para tratamentos na evidência de fissuras mamilares e ingurgitamento mamário, não sendo citados cuidados para a prevenção destes danos⁽²⁰⁾. Nos estudos referentes à visita domiciliar realizada às puérperas, percebeu-se que grande parte estava com dificuldades de amamentação, já apresentando fissuras e dor, na maioria dos casos por não conseguir posicionar o bebê para uma pega adequada, enfatizando a necessidade de mais ações preventivas⁽³³⁾.

Sobre o alojamento conjunto houve um misto de sentimentos. No estudo de Davim, Araújo, Galvão, Gomes e Mota⁽³⁹⁾ 99% das mulheres referiram terem sido bem acolhidas ao chegar no setor, mas deram como sugestão de melhoria da assistência, que os profissionais estejam mais presentes, principalmente para aquelas mulheres que não contam com auxílio de um acompanhante⁽³⁹⁻⁴⁰⁾. A avaliação contrapõe-se à encontrada por Almeida e Silva⁽³⁷⁾ e Rodrigues, Fernandes, Silva e Rodrigues⁽⁴⁰⁾, em seus estudos as puérperas referiram o AC como um local de desumanização, abandono, com falta de garantia de cuidado qualificado e desvalorização das queixas da mulher, qualificando a assistência de enfermagem como horrível e humilhante.

As puérperas relatam que são as pacientes que se ajudam entre si, pois não há auxílio da equipe de enfermagem; no mesmo estudo emergiram falas de puérperas que reconheceram a sobrecarga de trabalho das enfermeiras⁽³⁷⁾, mas o excesso de trabalho não deve ser usado como justificativa para tratar as pacientes como ocorreu em alguns relatos^(37,40). Já no estudo realizado por Moura, Costa e Teixeira⁽⁴¹⁾, todas as puérperas relataram bom atendimento por parte da equipe de enfermagem. Neste estudo, assim como em outros, as questões de humanização foram respeitadas, contudo não houve por parte das mulheres relatos que demonstrem as orientações e cuidados ofertados, a avaliação da assistência deu-se exclusivamente sob o olhar das relações interpessoais^(28,41). As puérperas também apontaram melhorias necessárias ao AC, como o aumento do número de profissionais de enfermagem, para que o cuidado fosse mais satisfatório e eficaz⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾.

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, além dos cuidados no AC e das consultas de puerpério na atenção primária, as puérperas devem receber visitas domiciliares do enfermeiro da equipe de saúde da família durante a primeira semana de vida do RN⁽⁸⁾. Alguns estudos informam que nem todas as mulheres receberam esse cuidado^(21,40), mas aquelas que contaram com a ação relataram grande importância, pois lhes conferiu segurança e ajudou a solucionar dúvidas e problemas, principalmente sobre o aleitamento materno, creditando à assistência uma avaliação satisfatória⁽³³⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos 19 estudos que compuseram esta pesquisa verificou-se que em oito houve satisfação das mulheres a respeito do cuidado recebido, oito apresentaram insatisfação e 10 trouxeram resultados positivos e negativos, e por se tratarem de estudos qualitativos não se pode identificar se a parcela de satisfação é superior ou inferior a de insatisfação.

Verificou-se também que todas as etapas do ciclo gravídico puerperal necessitam de maior atenção. O pré-natal foi alvo de muitas críticas, sendo evidenciada a necessidade da equipe de saúde investir principalmente em educação em saúde, abordando os direitos das mulheres, bem como as leis que a protegem. O pré-natalista precisa se mostrar disponível para ouvir e esclarecer as dúvidas das gestantes, pois assim ele confere segurança à usuária, facilitando seu processo de empoderamento. As consultas de pré-natal realizadas com escuta qualificada e cordialidade trazem benefícios tanto ao enfermeiro, como pré-natalista, quanto à gestante e, conseqüentemente, ao conceito, pois proporciona maior adesão ao pré-natal e aumento da probabilidade de retorno desta mulher à unidade durante o puerpério.

Em relação ao trabalho de parto e ao parto, contatou-se que a maior parte das gestantes teme este momento, por não ter informações suficientes sobre o que irá enfrentar e quais procedimentos serão realizados, sentindo-se inseguras devido à falta de comunicação entre elas e os profissionais durante a evolução do trabalho de parto. O enfermeiro, ao demonstrar interesse e preocupação, teve sua atuação reconhecida pelas parturientes, sendo visto como agente tranquilizador e facilitador na hora do parto. As informações fornecidas às mulheres em trabalho de parto faz com que elas se sintam preparadas e valorizadas para agir como protagonistas de seus partos.

O puerpério se mostrou o momento em que as mulheres referiram sentir mais falta dos cuidados, fase que também demonstrou carência de orientações para a prevenção de complicações, voltadas principalmente às questões de amamentação. Esta carência também foi sentida pelas puérperas em relação às orientações voltadas para o seu próprio cuidado, visto que a maior ênfase dos profissionais, tanto no alojamento conjunto quanto nas visitas domiciliares, foram os cuidados com o recém-nascido. Embora o RN tenha sido foco das orientações, as puérperas não se sentiram seguras para realizar os cuidados, pois houve ausência de demonstrações de como realizar os cuidados explanados pelos profissionais.

Os profissionais de saúde, em especial os da enfermagem, precisam estar mais próximos das usuárias, demonstrando compreender a fase de transição que está sendo enfrentada, ofertando informações que lhe ajudem a compreender as mudanças físicas e emocionais que estão sendo vividas. O diálogo, a empatia, o respeito e a cordialidade se mostraram fatores decisivos para a avaliação do cuidado sob o olhar das puérperas.

Espera-se com este estudo que os profissionais da enfermagem, que realizam assistência à mulher durante qualquer etapa do ciclo gravídico puerperal, compreendam a importância da assistência qualificada pautada sobre o viés da humanização.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF); 2011.
2. Nagahama EEI, Santiago SMA. Institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*. 2005;10(3):651-657.
3. Ministério da Saúde (BR), Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília (DF); 1984.
4. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev. Saúde Pública*. 2009;43(1):98-104.
5. Barbastefano PS, Vargens OMC. Prevenção da mortalidade materna: desafio para o enfermeiro. *Rev. Bras. Enferm. Brasília*. 2009;62(2):278-282.
6. Silva FCB, Brito RS. Percepção de gestantes acerca das atitudes do companheiro diante da sua ausência no Pré-natal. *Rev. Rene. Fortaleza*. 2010;11(3):95-102.
7. Pesamosca LG, Fonseca AD, Gomes VL. O. Percepção de gestantes acerca da importância do envolvimento paterno nas consultas pré-natal: um olhar de gênero. *Rev. Min. Enferm*. 2008;12(1):182-188.
8. Ministério da saúde (BR), Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Brasília; 2011.
9. Lima-Lara AC, Fernandes RAQ. Qualidade de vida no puerpério mediato: um estudo quantitativo. *Online Brazilian Journal of Nursing*. [Internet]. 2010 [citado 2015 jun. 23];9(1):1-10. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/2815/643>.
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília; 2001.
11. Cooper HM. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. *Review of Educational Research*. 1982;52(2):291-302.
12. Silva AV, Oliveira DM, Grei EVE, Gonçalves PC, Gesteira ECR. Fatores de risco para o desmame precoce na perspectiva das puérperas: resultados e discussão. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2009;27(3):220-5.
13. Bergamaschi, SFF, Praça NS. Vivências da puérpera adolescente no cuidado do recém-nascido, no domicílio. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(3):454-60.
14. Piccinini CA, Carvalho FT, Ourique LR, Lopes RS. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o Pré-natal. *Psic.: Teor. E Pesq., Brasília*, v. 28, n. 1, p. 27-33, 2012.

15. Rodrigues EM, Nascimento RG, Araújo A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2011;45(5):1041-1047.
16. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2009;25(11):2507-2516.
17. Carneiro MS, Teixeira E, Silva SED, Carvalho LR, Silva BAC, Silva LFL. Dimensões da saúde materna na perspectiva das representações sociais. *Rev Min Enferm.* 2013;17(2):446-453.
18. Parada CMGL, Tonete VLP. Healthcare during the pregnancy-puerperium cycle from the perspective of public service users. *Interface Comunic., Saúde, Educ.* 2008;12(24):35-46.
19. Barreto CA, Silva LR, Christoffel MM. Aleitamento materno: a visão das puérperas. *Rev. Eletr. Enf. [Internet].* 2009;11(3):605-11.
20. Azevedo DS, Reis ACS, Freitas LV, Lima TM, Costa PB, Pinheiro PNC, et al. Conhecimento de primíparas sobre aleitamento materno estudo descritivo quantitativo. *Online Brazilian Journal of Nursing. [Internet].* 2009 [citado 2015 mai. 19];8(2):1- 8. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/j.16764285.2009.2357/532>.
21. Batista KRA, Farias MCAD, Melo WSN. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. *Saúde em Debate.* 2013;37(96):130-138.
22. Proganti JM, Costa RF. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(2):257-63.
23. Cavalcante FN, Oliveira LV, Ribeiro MMOM, Nery IS. Sentimentos vivenciados por mulheres durante trabalho de parto e parto. *Revista Baiana de Enfermagem.* 2007;21(1):31-40.
24. Busanello J, Lunardi Filho WD, Kerber NPC, Lunardi VL, Santos SS. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(4):807-14.
25. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Unidade de Maternidade Segura. Genebra; 1996.
26. Silva EC, Santos IMM. A percepção das mulheres acerca da sua parturi(a)ção. *Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online.* 2009;1(2):111-123.
27. Oliveira ASS, Rodrigues DP, Guedes MV. Percepção de puérperas acerca do cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. *Rev. Enferm. UERJ.* 2011;19(2):249-54.
28. Rodrigues DPR, Fernandes AFC, Rodrigues MSP, Jorge MSB, Silva RM. Representações sociais de mulheres sobre o cuidado de enfermagem recebido no puerpério. *Rev Enferm UERJ.* 2007;15(2):197-204.

29. Stancato K, Vergilio MSTG, Bosco CS. Avaliação da estrutura e assistência em sala de pré-parto, parto e pós-parto imediato-ppp de um hospital universitário. *Cienc Cuid Saude*. 2011;10(3):541-548.
30. Ministério da Saúde (BR). Decreto Nº 8.778, de 1946: regulamenta a Lei 7.498, sancionada em 25 de junho de 1986, a qual dispõe sobre a regulamentação do Exercício da Enfermagem. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil*. 1986 jun.
31. Bernardi MC, Carraro TE. Poder vital de puérperas durante o cuidado de enfermagem no domicílio. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(1):142-50.
32. Angelo BHB, Brito RS. Consulta puerperal: o que leva as mulheres a buscarem essa assistência? *Rev Rene*. 2012;13(5):1163-70.
33. Oliveira JFB, Quirino GS, Rodrigues DP. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. *Rev Rene*. 2012;13(1):74-84.
34. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada, manual técnico. Brasília; 2006.
35. Konradt CE, Silva RA, Jansen K, Vianna DM, Quevedo LA, Souza LDM, et al. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2011;33(2):76-79.
36. Kalinowski LC, Favero L, Carraro TE, Wall ML, Lacerda MR. A puérpera primípara no domicílio e a enfermagem: teoria fundamentada nos dados. *Online Brazilian Journal of Nursing*. [Internet]. 2012 [citado 2015 jun. 23]; 11(3):701-19. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/3852/pdf>.
37. Almeida MS, Silva IA. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):347-54.
38. Bulhosa MS, Santos MG, Lunardi VL. Percepção de puérperas sobre o cuidado de enfermagem em unidade de alojamento conjunto. *Cogitare Enferm*. 2005;10(1):42-7.
39. Davim RMB, Araújo MGP, Galvão MCB, Gomes AP, Mota GM. Qualidade da assistência em alojamento conjunto: opinião de puérperas. *Rev enferm UFPE on line*. 2010;4(1):262-69. Doi: 10.5205/01012007.
40. Rodrigues DP, Fernandes AFC, Silva RM, Rodrigues MSP. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(2):277-86.
41. Moura MAV, Costa GRM, Teixeira CS. Momentos de verdade da assistência de enfermagem à puérpera: um enfoque na qualidade. *Rev. enferm. UERJ*. 2010;18(3):429-34.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Saúde Pública**. [S.l.], v. 43, n. 1, p. 98-104, 2009.
- BARBASTEFANO, P. S.; VARGENS, O. M. C. Prevenção da mortalidade materna: desafio para o enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 62, n. 2, p. 278-282, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília, 1984.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília, 2011a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes. 1. ed., 2. Reimpr. Brasília, 2011b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001.
- COOPER, H. M. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. **Review of Educational Research**. [S.l.], v. 52, n. 2, p. 291-302, 1982.
- GANONG, L. H. Integrative review of nursing research. **Res. Nursing Health**. [S.l.], v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.
- LIMA-LARA, A. C.; FERNANDES, R. A. Q. Qualidade de vida no puerpério mediato: um estudo quantitativo. **Online Brazilian Journal of Nursing**. São Paulo, v. 9, n. 1, p. 1-10, 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/j.16764285.2010.2815/643>>. Acesso em: 29 jun. 2015.
- NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A. Institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.
- PESAMOSCA, L. G.; FONSECA, A. D.; GOMES, V. L. O. Percepção de gestantes acerca da importância do envolvimento paterno nas consultas pré-natal: um olhar de gênero. **Rev. Min. Enferm.** Minas Gerais, v. 12, n. 1, p. 182-188, 2008.
- SILVA, F. C. B.; BRITO, R. S. Percepção de gestantes acerca das atitudes do companheiro diante da sua ausência no Pré-natal. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 3, p.95-102, 2010.
- ZOCHE, D. A. A. **Produzindo identidades e necessidades em experiências de puerpério**. 2014. 124 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, 2014.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

1. Identificação do artigo nº ____	
Título:	Autores:
Periódico:	Ano de publicação:
2. Objetivos/ questão norteadora:	
3. Metodologia:	
Tipo de estudo:	
População:	
Local de estudo:	
4. Resultados:	
5. Conclusões:	

APÊNDICE B – QUADRO SINÓPTICO

Nº	Título	Autoria e ano	Objetivo	Resultados	Conclusões
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM

Orientações para os autores

1 Apresentação

A Revista Gaúcha de Enfermagem (RGE) foi criada em 1976, pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com o objetivo de proporcionar aos enfermeiros do sul do país um veículo para divulgação de seus trabalhos. Quarta publicação no país e primeira da área no estado do Rio Grande do Sul, a RGE surgiu após a Revista Brasileira de Enfermagem, Enfermagem em Novas Dimensões (não mais em circulação) e Revista da Escola de Enfermagem da USP.

Está indexada no MEDLINE (desde 1986) e na base SCOPUS. Na área de Enfermagem, vem sendo classificada desde 2009 no estrato B1 do Qualis Periódicos, sistema criado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

A publicação também em meio eletrônico teve início em maio de 2008, com o uso da plataforma SEER (Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas). Encontram-se disponibilizados *online* os resumos dos artigos publicados desde 1983 e textos completos desde 1998.

Inicialmente, sua periodicidade era semestral, passou para quadrimestral em 2003 e para trimestral em 2006 (março, junho, setembro e dezembro).

A abreviatura de seu título é Rev Gaúcha Enferm, que deve ser utilizada em bibliografias, notas de rodapé, referências e notas bibliográficas.

Fontes de indexação

Bases Internacionais

- CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature)
- CUIDEN (Base de datos de Enfermería en español: <http://www.index-f.com>)
- International Nursing Index
- Index Medicus Latino-Americano, nas Bases de Dados Medline
- LILACS: <http://www.bireme.br>
- LAPTOC (Latin American Periodicals Tables of Contents: <http://lanic.utexas.edu/project/arl>)
- LatIndex (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal: www.latindex.unam.mx/NUEVOLAT/busquedas/indicetema.html)
- SCOPUS: <http://www.scopus.com>

Bases Nacionais

- BDEF (da BIREME: <http://www.bireme.br>)
- SciELO – Scientific Electronic Library Online (<http://www.scielo.br/rgenf>)

Participação em catálogos coletivos:

- CCN (Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Periódicas, do IBICT: <http://www.ibict.br/ccn/aceso.htm>)
- SeCS (Seriados em Ciências da Saúde, da BIREME: <http://www.bireme.br/bvs/P/pvd.htm>)

Publicação

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem.

Missão

Contribuir para a divulgação do conhecimento na área da saúde, publicando a produção científica de interesse para a Enfermagem.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição da Comissão Editorial da RGE.

2 Processo de avaliação

A Revista Gaúcha de Enfermagem adota o sistema de avaliação por pares (*peer-review*) sigilosos, omitindo os nomes dos autores e consultores, para avaliação do conteúdo e adequação técnico-científica do manuscrito.

No entanto, a decisão final quanto à publicação pertence à Comissão Editorial. No caso dos manuscritos aceitos para publicação, os direitos autorais são transferidos para a Revista Gaúcha de Enfermagem.

A Comissão Editorial (CED) é formada por nove docentes da Escola de Enfermagem da UFRGS, sendo um Editor-Chefe, um Editor-assistente e seis Editores de Área, e é auxiliada por um servidor técnico-administrativo e dois alunos bolsistas. Para a avaliação dos manuscritos, a Revista conta com a colaboração de consultores de instituições nacionais e internacionais.

A Revista apoia os princípios da Declaração de Helsinque, e espera que os autores dos manuscritos submetidos tenham obtido aprovação ética e seguido as exigências legais para pesquisas com seres humanos, incluindo o consentimento informado, de acordo com procedimentos de sua instituição e de seu país. Em conformidade com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, as pesquisas que envolvem seres humanos devem ser aprovadas por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

A Revista apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas.

A Revista recomenda enfaticamente a não fragmentação de relatórios de uma mesma pesquisa em múltiplos manuscritos.

Artigos que apresentarem semelhanças com outros já publicados não serão aceitos.

2.1 Pré-avaliação

O manuscrito, após submissão à RGE via *online*, passa por um processo de pré-avaliação pelo Editor Assistente, que avalia o atendimento às normas de publicação, relevância do artigo, bem como aspectos básicos do método e redação científica. Nesta etapa, o artigo poderá ser recusado pelo Editor Assistente, ao qual se reserva o direito de não emitir parecer consubstanciado sobre o mesmo. Caso atenda os pré-requisitos, o manuscrito é encaminhado ao Editor de Área, especialista na temática do texto.

2.2 Encaminhamento e monitoramento da avaliação

O Editor de Área seleciona dois consultores *ad hoc*, especialistas na temática do artigo em avaliação, e encaminha o manuscrito para sua avaliação por meio de formulário específico. Cabe, ainda, ao Editor de Área o monitoramento do processo de revisão e encaminhamento dos pareceres.

2.3 Avaliações pelos consultores

A identidade do(s) autor (es) e da sua instituição de origem são mantidas em sigilo para os dois consultores *ad hoc* bem como vice-versa. A avaliação dos consultores se dá de forma independente.

Os artigos que cumprem as normas da Revista são avaliados pelos consultores no que se refere ao mérito, originalidade, pertinência de seu conteúdo, qualidade acadêmica, conveniência de publicação e relevância para a Enfermagem e áreas afins.

Os pareceres dos consultores são apreciados pelo Editor de Área, que encaminha aos autores quando os pareceres sugerem reformulações, ou à CED, quando os pareceres sugerem recusa do manuscrito.

2.4 Reformulações do manuscrito pelos autores

O manuscrito, com as primeiras reformulações solicitadas pelos consultores *ad hoc*, deve retornar ao Editor de Área por e-mail no prazo máximo de sete (7) dias consecutivos. Fora desse prazo será considerada nova submissão. O Editor de Área encaminhará o manuscrito reformulado para avaliação da CED.

2.5 Avaliação da CED

A CED, com base nos pareceres dos consultores *ad hoc*, avaliará o manuscrito e decidirá pelo aceite, encaminhamento aos autores para novas reformulações ou pela recusa de publicação. A CED é o fórum que decide pela publicação ou não do manuscrito. Os manuscritos serão, portanto, aceitos, reformulados ou recusados. Em qualquer uma das possibilidades o autor é comunicado.

2.6 Parecer biblioteconômico

O manuscrito aprovado pela CED para publicação é encaminhado para Parecer Biblioteconômico. Nesta etapa, o manuscrito ainda poderá ser encaminhado aos autores com fins de reformulações no que tange a adequações às normas da RGE.

2.7 Cartas de aceite/tradução/editoração

Juntamente com a carta de aceite da publicação, solicitar-se-á ao(s) autor (es) a tradução do manuscrito para o idioma inglês, o que deverá ser feito por uma das empresas indicadas pela RGE. Após este processo, o manuscrito será encaminhado para editoração (diagramação e publicação).

2.8 Definição da publicação

A CED definirá o volume e o número da RGE em que o artigo será publicado e comunicará ao(s) autor (es). A prova tipográfica será realizada pelo Editor Chefe.

2.9 Publicação online

Após a diagramação, será divulgada a versão *online* em PDF do volume/número da RGE em que o artigo será publicado. O autor, identificando a necessidade de solicitar uma **errata**, deverá enviá-la à Revista no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo, e ficará a critério da Revista a decisão sobre sua relevância e possível distribuição.

Os autores podem acompanhar o processo de avaliação do seu manuscrito pelo sistema SEER. As decisões são comunicadas aos autores por e-mail.

3 Instruções para os autores

ORIENTAÇÕES GERAIS

Os artigos para publicação devem ser enviados exclusivamente à Revista Gaúcha de Enfermagem (RGE), sendo permitida sua reprodução em outras publicações mediante autorização do Conselho Editorial, devendo, neste caso, constar a citação da publicação original.

Na RGE podem ser publicados artigos escritos por especialistas em outras áreas, desde que o tema seja de interesse para a área de Enfermagem.

Para submeter o manuscrito não é preciso ser assinante da Revista. Contudo, deverá ser efetuado pagamento das taxas de submissão (no momento da submissão do artigo; esta taxa não será ressarcida aos autores diante do arquivamento ou recusa do manuscrito); e de publicação (no momento do aceite do manuscrito para publicação).

Ao ser designado para publicação, o manuscrito deverá ser transcrito para a versão em idioma inglês, cuja taxa de serviços deverá ser acordada com a empresa tradutora recomendada pela RGE.

Os manuscritos poderão ser encaminhados em português, espanhol ou inglês.

A submissão dos artigos deverá ser feita, exclusivamente, *online* pelo site: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem>

No momento da submissão, o nome completo de cada autor, instituição de origem, país, *e-mail* e resumo da biografia (afiliação completa e credenciais) devem ser informados apenas nos metadados. Os agradecimentos por ajuda financeira, assistência técnica e outros auxílios para a execução do trabalho não deverão ser mencionados no momento da submissão. Somente após o aceite do trabalho estas informações serão inseridas após as Referências.

Os autores dos trabalhos encaminhados para avaliação deverão enviar uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, elaborada conforme modelo da Revista (“Sobre” > “Políticas” > “Modelo de Declaração de Responsabilidade”), assinada por todos os autores, e encaminhá-la como documento suplementar junto com o artigo.

Nos manuscritos resultantes de estudos que envolvem seres humanos, os autores deverão indicar os procedimentos adotados para atender o que determina a Resolução N°466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (ou a Resolução 196/96 para estudos anteriores a junho de 2013), bem como o número do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa no corpo do texto. Uma cópia do protocolo deverá ser encaminhada à RGE como documento suplementar.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores tenham interesses que, mesmo não sendo completamente aparentes, possam influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Quando os autores submetem um manuscrito, são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar o conteúdo do trabalho submetido à RGE.

APRESENTAÇÕES DOS ORIGINAIS

A redação deve ser clara e concisa, com a exposição precisa dos objetivos. A argumentação deve estar fundamentada em evidências bem justificadas.

Para o preparo do manuscrito, recomenda-se a busca e citação de artigos pertinentes ao tema, previamente publicados na literatura científica nacional e internacional, facilitando a contextualização, coerência e continuidade para os leitores.

A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, o direito de decidir quanto a alterações e correções.

Os trabalhos devem ser encaminhados em *Word for Windows*, fonte *Times New Roman* 12, espaçamento duplo (inclusive os resumos), com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm. Quando os artigos forem redigidos em português, devem respeitar o Acordo Ortográfico de 1990, promulgado em 29 de dezembro de 2008.

Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e o resumo devem ser em caixa-alta e em negrito (ex.: **TÍTULO; RESUMO**); *abstract* e *resumen*, em caixa-alta, negrito e itálico (ex.: **ABSTRACT; RESUMEN**); seção primária, em caixa-alta e negrito (ex.: **INTRODUÇÃO**); e seção secundária, em caixa-baixa e negrito (ex.: **Histórico**). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto (ex.: -, *, etc.] e alíneas [a), b), c)...).

A extensão dos artigos originais, revisões sistemáticas e revisões integrativas deve ser de no máximo 20 páginas, enquanto as reflexões teóricas devem ter, no máximo, 10 páginas.

A Revista publica as seguintes seções:

Editorial: é texto de responsabilidade da Comissão Editorial (CED) da Revista, que poderá convidar autoridades para redigi-lo. O editorial deverá obedecer ao limite de 500 palavras;

Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita. Devem obedecer à seguinte estrutura: a introdução deve apresentar a questão norteadora, justificativa, revisão da literatura (pertinente e relevante) e objetivos coerentes com a proposta do estudo. Os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Os resultados devem ser descritos em sequência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. A discussão, que pode ser redigida junto com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura e a interpretação dos autores. As conclusões ou considerações finais devem destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para novas pesquisas. Devem obedecer ao limite de **20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e conter 20 referências, no máximo)**;

Artigos de revisão sistemática: são contribuições cujo método de pesquisa é conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais quantitativos que tem por objetivo responder a uma questão específica e de relevância para a enfermagem ou para a saúde. Os procedimentos metodológicos deverão ser descritos detalhadamente em todas as suas etapas no que se refere à busca dos estudos originais, critérios de inclusão e exclusão, testes preliminares e de níveis de evidência, segundo o referencial teórico metodológico adotado. A revisão sistemática poderá se caracterizar em meta-análise e ou metassíntese dependendo do tipo de abordagem metodológica do manuscrito e do objetivo estudo. **Deve obedecer ao limite de 20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e não possui limite de referências)**;

Artigos de revisão integrativa: são contribuições cujo método de pesquisa é conduzido por meio da síntese e comparação de resultados de estudos quantitativos, qualitativos originais e reflexões teóricas criticamente sustentadas. Seu objetivo é responder questões norteadoras específicas, que expressem o estado da arte e ou as lacunas do conhecimento em relação a fenômenos relevantes para a enfermagem e ou saúde. Os procedimentos metodológicos deverão ser detalhados em todas as etapas preconizadas pelo referencial primário, adotado (por ex: Cooper, Ganon, Whittmore e Knalf, Brome dentre outros) o que confere criticidade científica ao estudo. **Não se trata de artigo de revisão da literatura. Deve obedecer ao limite de 20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e não possui limite de referências)**;

Artigos de reflexão: são formulações discursivas de efeito teorizante com fundamentação teórica filosófica sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo ou potencialmente investigativo. Devem obedecer ao limite de **10 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e conter 15 referências no máximo)**;

Os manuscritos devem conter:

Título: que deve ser coerente com os objetivos do estudo e identifique o conteúdo, em até 15 palavras;

Resumo: o primeiro resumo deve ser apresentado no idioma do manuscrito, conter até 150 palavras, e ser acompanhado de sua versão para o inglês (*Abstract*) e para o espanhol (*Resumen*).

Deve ser elaborado obedecendo ao formato de **resumo estruturado**, com os seguintes itens:

Objetivos: (questões norteadoras da pesquisa)

Métodos: (tipo de estudo, amostra, período e local da pesquisa, coleta de dados, análise dos dados)

Resultados: (principais achados com dados estatísticos, se apropriados)

Conclusões: (respostas aos objetivos baseadas nos resultados)

No caso de artigos de reflexão teórica, a descrição da metodologia poderá ser suprimida.

Palavras-chave: ao final do Resumo, indicar de 3 a 6 palavras que permitam identificar o assunto do manuscrito, em português; e suas respectivas versões para o inglês (*Keywords*) e espanhol (*Palabras clave*), conforme os “Descritores em Ciências da Saúde - DeCS” (<http://decs.bvs.br>), podendo a RGE modificá-los, se necessário.

Título em outros idiomas: indicar o título nas versões em inglês (*Title*) e em espanhol (*Título*), logo após os descritores do respectivo idioma.

Introdução: deve apresentar o problema de pesquisa, a justificativa, a revisão da literatura (pertinente e relevante), a questão norteadora da pesquisa e os objetivos coerentes com a proposta do estudo.

Metodologia ou Métodos ou Materiais e Métodos: deve apresentar o método empregado: tipo de estudo; referencial teórico do estudo e o utilizado para análise dos dados, inclusive os testes estatísticos quando apropriado; critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos/participantes; período do estudo; local do estudo; considerações éticas (nº de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa); uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Consentimento para Uso de Dados, quando apropriado.

Resultados: devem ser descritos em sequência lógica. Quando forem apresentados em tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. Os resultados deverão ser apresentados separados da discussão quando se tratar de artigos originais resultantes de estudos com abordagens quantitativas.

Discussão: deve conter a comparação dos resultados com a literatura representativa e a interpretação dos autores. Deve ser redigida junto com os resultados nos estudos qualitativos.

Conclusões ou Considerações Finais: devem destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e as implicações para novas pesquisas e para o corpo de conhecimento na área de Enfermagem e da Saúde.

Referências: devem ser apresentadas no máximo 20 referências para os artigos originais e 15 para os artigos de reflexão. Não há limite de referências para as revisões sistemáticas e as revisões integrativas. As referências devem ser atualizadas (últimos cinco anos), sendo aceitáveis fora desse período no caso de constituírem referencial fundamental para o estudo, devendo, obrigatoriamente, também serem citadas referências internacionais. No caso de teses e dissertações, recomenda-se que sejam citados, preferencialmente, os autores/artigos utilizados nas mesmas.

Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples. Utiliza-se nessa seção o título “Referências” e não “Referências bibliográficas”. A lista de referências deve ser composta por todas as obras citadas, numeradas de acordo com sua ocorrência no corpo do texto. Deve-se utilizar o estilo de referências *Vancouver*, do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*, atualizado em 2013, disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html, e adaptado pela RGE (cf. exemplos de referências). Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o *NLM Catalog: Journals referenced in the NCBI Databases*, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>. Para os periódicos que não se encontram neste *site*, poderão ser utilizadas as abreviaturas do Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas (CCN), do IBICT, disponível em: <http://ccn.ibict.br/busca.jsf> e o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da BVS, disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br>.

Citações: devem ser apresentadas no texto de acordo com o sistema numérico, com os números correspondentes **entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre a palavra e o número da citação**. Nas citações não deve ser mencionado o nome dos autores, excluindo-se expressões como: “segundo...”, “de acordo com...”. Quando se tratar de **citação sequencial, os números devem ser separados por hífen e, quando intercaladas, devem ser separados por vírgula**. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafos com

palavras do autor (citação direta), devem-se utilizar aspas iniciais e finais na sequência do texto. Recomenda-se a utilização criteriosa desse recurso, de acordo com a norma da ABNT NBR 10520/2002 (Informação e Documentação – Citações em documentos – Apresentação).

Exemplos:

Pesquisas apontam que...⁽¹⁻⁴⁾.

Alguns autores acreditam que...^(1,4-5).

“[...] e nos anos seguintes o mesmo se repetiu”⁽⁷⁾.

Os manuscritos ainda podem conter:

Depoimentos: frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos/participantes da pesquisa. **Não utilizar aspas**, e observar a seguinte estrutura: recuo do parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, em itálico, espaçamento simples, com sua identificação entre parênteses, codificada a critério do autor e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes “[...]”, e as intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

Ilustrações: no máximo de **cinco** (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco, conforme as especificações a seguir:

- **Gráficos e quadros:** apresentados conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação);

- **Tabelas:** devem ser apresentadas conforme IBGE – Normas de Apresentação Tabular, disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>;

- **Demais ilustrações:** apresentadas conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação).

Símbolos, abreviaturas e siglas: conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação).

Utilizar negrito para destaque e itálico para palavras estrangeiras.

Deve ser evitada a apresentação de apêndices (elaborados pelos autores) e **anexos** (elaborados sem a intervenção dos autores).

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Artigos de periódicos

1. Artigo padrão

Até seis (6) autores, indicar todos; sete (7) autores ou mais, indicar os 6 primeiros e acrescentar et al.

Araújo VE, Witt RR. O ensino de enfermagem como espaço para o desenvolvimento de tecnologias de educação em saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2006;27(1):117-23.

Griffiths C, Kaur G, Gantley M, Feder G, Hillier S, Goddard J, et al. Influences on hospital admission for asthma in south Asian and white adults: qualitative interview study. *BMJ.* 2001 Dec;323(7319):962-6.

2. Instituição como autor

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

3. Sem indicação de autoria

Signal-averaged electrocardiography. *J Am Coll Cardiol.* 1996;27(1):238-49.

4. Volume com suplemento

Wiltfang J, Lewczuk P, Riederer P, Grünblatt E, Hock C, Scheltens P, et al. Trabalho de consenso de força-tarefa da WFSBP# sobre marcadores biológicos das demências: contribuição da análise do LCR e do sangue para o diagnóstico precoce e diferencial das demências. *Rev Psiquiatr Clin.* 2009;36 Supl. 1:1-16.

Hofman M, Ryan JL, Figueroa-Moseley CD, Jean-Pierre P, Morrow GR. Cancer-related fatigue: the scale of the problem. *Oncologist.* 2007;12 Suppl. 1:4-10.

5. Fascículo com suplemento

Dimeo FC. Effects of exercises on cancer-related fatigue. *Cancer.* 2001;92(6 Suppl.):1689-93.

6. Fascículo com número especial

Cunha MLC. Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. *Rev Gaúcha Enferm.* 2000;21(no esp.):70-83.

7. Volume com parte

Ahrar K, Madoff DC, Gupta S, Wallace MJ, Price RE, Wright KC. Development of a large animal model for lung tumors. *J Vasc Interv Radiol.* 2002;13(9 Pt 1):923-8.

8. Fascículo sem número

Letourneau MA, MacGregor DL, Dick PT, McCabe EJ, Allen AJ, Chan VW, et al. Use of a telephone nursing line in a pediatric neurology clinic: one approach to the shortage of subspecialists. *Pediatrics.* 2003 Nov;112:1083-7.

9. Fascículo sem volume

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop.* 2002;(401):230-8.

10. Nenhum volume ou número de fascículo

Silva RC. Indivíduos HIV-positivos em atendimento. *JAMA.* 2002:1-6.

11. Paginação em algarismos romanos

Chadwick R, Schüklenk U. A política de consenso ético. *Bioética.* 2002;16(2):iii-v.

12. Indicação do tipo de artigo (se necessário)

Silveira DT. As tecnologias da informação e comunicação e sua aplicação no campo de atuação da enfermagem [editorial]. *Rev Gaúcha Enferm.* 2007;28(4):453-4.

Livros e outras monografias

13. Indivíduo como autor

Bonassa EM, Santana TR. *Enfermagem em terapêutica oncológica.* 3. ed. São Paulo: Atheneu; 2005.

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

14. Organizador, editor, compilador como autor

Guimarães JLM, Rosa DD, organizadores. *Rotinas em oncologia.* Porto Alegre: Artmed; 2008.

15. Instituição como autor e publicador

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.

Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Guia de bolso da saúde do viajante.* Brasília (DF); 2005.

16. Capítulo de livro

Pizzichini E, Pizzichini M. Concepções sobre asma brônquica. In: Silva LCC, organizador. *Conduitas em pneumologia.* Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 263-5.

17. Livro com indicação de série

Braunstein F, Pépin JF. *O lugar do corpo na cultura ocidental.* Lisboa: Instituto Piaget; 1999. (Epistemologia e sociedade; 162)

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

18. Trabalho apresentado em evento

Menezes GMS, Aquino EML. Trabalho noturno na enfermagem. In: *Anais do 50° Congresso Brasileiro de Enfermagem: cuidar-ação terapêutica da enfermagem;* 1998 set. 20-25; Salvador, Brasil. Salvador: ABEn/BA; 1999. p. 309-21.

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: *Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming;* 2002 Apr. 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

19. Dissertação e Tese

Schimith MD. *Acolhimento e vínculo no Programa de Saúde da Família: realidade ou desejo [dissertação].* Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

Outros trabalhos publicados

20. Artigo de jornal

Quinalia E. Para aprender nas férias. *Metro.* 2012 dez. 12;6(1446):20 (Educação)

21. Documento jurídico

Ministério da Saúde (BR). Decreto N° 1.948, de 3 de julho de 1996: regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil.* 1996 jul. 3;134(128 Seção 1):12277-9.

22. Verbetes de dicionário

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

23. Material em fase de publicação

Kirschbaum DIR. *História da enfermagem psiquiátrica no Rio Grande do Sul: parte I.* Ver *Gaúcha Enferm.* No prelo; 2003.

Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc. Natl. Acad. Sci. U S A. Forthcoming 2002.

Material eletrônico

As expressões “disponível em” e “citado”, em Espanhol são “*disponible en*” e “*citado*”, e em Inglês, “*available from*” e “*cited*”.

24. Artigo de periódico em formato eletrônico

Pedron CD, Bonilha ALL. Práticas de atendimento ao neonato na implantação de uma unidade neonatal em hospital universitário. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2008 [citado 2009 fev. 15];29(4):612-8. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7633/4688>.

25. Artigo com Digital Object Identifier (DOI):

Zhang M, Holman CD, Preço SD, Sanfilippo FM, Preen DB, Bulsara MK. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study. BMJ. 2009 Jan. 07; 338: a2752. doi: 10.1136/bmj.a2752.

26. Monografia em formato eletrônico

Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. O diagnóstico do câncer [Internet]. Rio de Janeiro; 1999 [citado 2008 jun. 23]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=31. Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

27. Trabalho disponível em anais em meio eletrônico

Stuchi RAG, Carvalho EC. Control de presión arterial e ingesta de sal: creencias de portadores de enfermedades coronarias. In: Anales del 9º Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería, 1º Coloquio Internacional de Investigación en Enfermería; 2000 mayo 29-jun. 3; Habana, Cuba [CD-ROM]. Habana: Cubana; 2000. p. 60.

28. DVD e CD-ROM

Ministério da Saúde (BR). Dez passos da alimentação saudável para crianças menores de dois anos [DVD]. Brasília (DF); 2012. Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

29. Homepage / Web site

Universidade Federal do Rio Grande do Sul [Internet]. Porto Alegre: UFRGS; 2000- [atualizado 2012 dez. 12, citado 2012 dez.13]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/>.

30. Parte de uma área homepage / Web

Universidade Federal do Rio Grande do Sul [Internet]. Porto Alegre: UFRGS; 2000- [atualizado 2012 dez. 12, citado 2012 dez. 13]. Histórico; [aprox. 6 telas]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/ufrgs/ahistorico>

Banco de dados na Internet

31. Banco de dados aberto

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília (DF): IBGE; c2000- [citado 2001 mar. 08]. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/>

32. Banco de dados fechado

Estatísticas sociais [Internet]. Brasília (DF): IBGE; c2000 [atualizado 2001 dez. 12; citado 2012 dez. 13]. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/>

33. Blogs

Blog da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2000- [citado 2009 fev. 13]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/>

34. Contribuição para um blog

Mantone J. Head trauma haunts many, researchers say. 2008 jan. 09 [cited 2009 Feb 13]. In: Wall Street Journal. HEALTH BLOG [Internet]. New York: Dow Jones & Company, Inc. c2008- . [about 1 screen]. Available from: <http://blogs.wsj.com/health/2008/01/29/head-traumahaunts-many-researchers-say/>.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; não sendo o caso, justificar em "Comentários ao Editor".
2. Os arquivos para submissão devem ser encaminhados em Word for Windows, fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo (inclusive os resumos), com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm.

3. O texto segue os requisitos de formatação da Revista segundo as Diretrizes para Autores, encontradas no menu "Sobre">"Submissões">"Diretrizes para autores".
4. O título deve ter, no máximo, 15 palavras.
5. O texto indexado não deve conter nenhuma informação que possa identificar os autores. Informações sobre os autores deve ser incluída apenas **nos metadados** (passo 2).
6. O título, o resumo e os descritores devem vir com suas equivalências em espanhol e inglês.
7. Os resumos não devem ultrapassar 150 palavras.
8. Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e resumo deve ser em letras maiúsculas e em negrito (Ex.: **TÍTULO; RESUMO**); *resumen* e *abstract* em maiúsculas, negrito e itálico (ex.: **RESUMEN; ABSTRACT**); seção primária em maiúscula e negrito (ex.: **INTRODUÇÃO**); e seção secundária em minúscula e negrito (ex.: **Histórico**). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto (Ex.: -, *, etc.) e alíneas [a), b), c)...
9. O texto deve conter o número de palavras e de referências preconizado para cada seção da Revista (Artigos Originais, Artigos de Revisão Sistemática, Artigos de Reflexão).
10. Substituir o nome dos autores citados por sua codificação numérica, sobrescrito e entre parênteses conforme foram citados no texto, eliminando expressões do tipo "Segundo...", "De acordo com..."
11. As referências devem seguir *Vancouver e ser atualizadas e preferencialmente de periódicos. Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples.*
12. A declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais deve ser assinada por todos os autores e encaminhada como documento suplementar à Revista conforme modelo contido nas Diretrizes para Autores

Declaração de Direito Autoral

Direitos Autorais para artigos publicados nesta Revista são do autor, com direitos de primeira publicação para a Revista. Em virtude de aparecerem nesta Revista de acesso público, os artigos são de uso gratuito, com atribuições próprias, em aplicações educacionais e não-comerciais.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou à terceiros.

ANEXO B**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

Porto Alegre, 15 de maio de 2015.

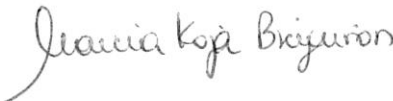
À
Profa. Dra. Márcia Koja Breigeiron
Responsável pela Atividade de Ensino
Trabalho de Conclusão de Curso II
Comissão de Graduação Curso de Enfermagem
Nesta Escola

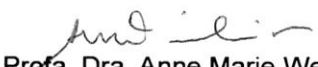
Através deste documento, venho solicitar a Vossa Senhoria a consideração necessária para a adequação do plano de realização do Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Enfermagem das acadêmicas **DÉBORAH DIAS GARCIA; EVELYNE DUARTE DE AMORIM SILVA; LÍVIA BASTOS BISCHOFF e SARA ARIANA MACHADO BOFF SBERZE SENGIK.**

As mencionadas acadêmicas trabalharam arduamente e em conjunto na concepção de um grande projeto de pesquisa, intitulado **PERFIL PSICOSSOCIAL NO PRÉ-NATAL E DESFECHOS GESTACIONAIS DE MULHERES EM ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NA GERÊNCIA DISTRITAL CENTRO DE PORTO ALEGRE/RS**, que foi aprovado tanto pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem, como pelo Comitê de Ética em Pesquisa pertinente. Cada aluna iria investigar um objetivo específico do projeto, todas sob minha orientação. Entretanto, a tramitação na segunda instância citada aconteceu de forma morosa, o que não permite que as alunas realizem a coleta e a análise dos dados com a adequada robustez e rigor científico esperados de Trabalhos de Conclusão de Curso.

Isto posto, enquanto professora orientadora das formandas, solicito seu aval para a realização de outra atividade de pesquisa, sendo estas pesquisas de Revisão Integrativa da Literatura, a serem executadas de forma individualizada e com temas específicos escolhidos por cada acadêmica. Salientamos que os estudos não serão registrados no Sistema de Pesquisa da Universidade, pois o projeto principal continuará a ser realizado e, este sim, deverá ser computado como produção intelectual das autoras.

Subscrevemo-nos e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos.

De acordo



Profa. Dra. Anne Marie Weissheimer
Profa. Orientadora