

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

Fernanda Stroehner Pereira

**PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUANTO À SEGURANÇA DO
PACIENTE PEDIÁTRICO EM ÁREAS CRÍTICAS**

Porto Alegre

2019

FERNANDA STROEHER PEREIRA

**PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUANTO À SEGURANÇA DO
PACIENTE PEDIÁTRICO EM ÁREAS CRÍTICAS**

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

Orientador: Profº Dr. Wiliam Wegner

Porto Alegre

2019

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pelo dom da vida, que me guiou durante toda esta caminhada, dando-me luz, fé, saúde, determinação para o alcance de todos os meus objetivos e força para superar as dificuldades.

Aos meus amados pais, meu porto seguro, Sérgio Moacir Pereira e Cecília Mercedes Stroehner Pereira, pelo exemplo de amor, dignidade, lealdade, responsabilidade e amor ao próximo; por estarem comigo ao longo desta trajetória, comemorando nas conquistas e apoio nos momentos de maior fragilidade. Pelas palavras de apoio, terem compartilhado comigo angústias, medos, dúvidas.

Aos meus familiares, que sempre estiveram ao meu lado nos momentos que precisava, pelo carinho e compreensão. Sempre acreditando no meu potencial e nunca negando uma palavra de incentivo.

Aos meus amigos e amigas, que apesar do afastamento dos últimos meses sempre estiveram presentes, apoiando quando eu precisava, dando forças para continuar, conselhos, palavras de conforto e risadas. Obrigada pela amizade, apoio e momentos de descontração.

Ao meu orientador Prof. Dr. William Wegner, minha gratidão, respeito e determinação. Por sempre ter confiado em mim, fazendo com que eu não desanimasse diante das dificuldades, que seguisse com a cabeça erguida. Obrigada pelos ensinamentos, pela confiança depositada e por toda a paciência. Saliento o apoio incondicional prestado, a forma interessada, suas críticas construtivas, as discussões e reflexões foram fundamentais ao longo de todo o trabalho.

Pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela oportunidade de fazer o curso, que me proporcionou a chance de expandir os meus horizontes. Aos professores e todos os profissionais de saúde que tive o prazer de conviver, pelos conhecimentos, acolhimento e contribuição para o meu processo de formação.

Aos membros da banca examinadora Prof. Dr^a Helena Becker Issi e Prof. Dr^a Márcia Koja Breigeiron pelo aceite do convite em participar desse momento, que além do carinho de aluna e professoras, nos tornamos grandes amigas, ao qual quero levar para a vida toda. Obrigada pela incansável dedicação e confiança.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado. Sou eternamente grata ao apoio de todos. Obrigada.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

José de Alencar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 OBJETIVO.....	10
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	11
4 METODOLOGIA.....	15
4. 1 Tipo de Estudo.....	15
4. 2 Local da Pesquisa.....	16
4.3 População e amostra.....	17
4.4 Coleta dos dados.....	18
4.5 Análise dos dados.....	20
4.6 Aspectos éticos.....	21
REFERÊNCIAS.....	23
ARTIGO.....	26
RESUMO.....	26
INTRODUÇÃO.....	27
MÉTODO.....	29
RESULTADOS.....	32
DISCUSSÃO.....	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS.....	45
ANEXO A: FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COLETIVAS SEMIESTRUTURADAS.....	49
ANEXO B: TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS.....	50
ANEXO C: CARTA DE APROVAÇÃO PELA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS.....	51
ANEXO D: CARTA DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA UFRGS.....	52
ANEXO E: INSTRUÇÃO AOS AUTORES – REVISTA COGITARE.....	57

1 INTRODUÇÃO

A obtenção de um atendimento à saúde de qualidade é um direito do cidadão e os serviços de saúde precisam disponibilizar um cuidado que seja seguro, eficiente, efetivo e com a satisfação do paciente durante todo o processo (BRASIL, 2017). Prestar cuidados às crianças e adolescentes não é um trabalho simples e fácil. O elevado fluxo de atendimento aliado a complexidade dos pacientes pediátricos hospitalizados em unidades críticas como a emergência pediátrica e o centro de terapia intensiva pediátrico, aumenta a probabilidade de alguma ação ou ato se tornar danoso se a equipe de trabalho multiprofissional não ficar alerta e focada no paciente e seguimento de protocolos relacionados à assistência segura.

A aflição e a inquietude com a temática segurança do paciente é histórica. Hipócrates (460 a 370 a. C.), patrono da medicina, nomeava *Primum non nocere*, que quer dizer “primeiro não cause o dano”, constatando a noção, desde aquele tempo, de que o cuidado é capaz de provocar algum tipo de dano. No século XIX, Florence Nightingale, formulou o seguinte pensamento: “pode parecer talvez um estranho princípio enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente” e organizou um padrão de assistência, na época que participou na Guerra da Criméia, atentando no isolamento de soldados conforme a doença que apresentavam, melhorias no local em que se acomodavam e na atenção e cuidado com a higiene e conforto dos mesmos (GAITA; FONTANA, 2018).

No momento atual, milhões de pessoas estão sujeitas a sofrerem danos e lesões incapacitantes ou até mesmo ir à óbito por falhas e erros oriundos de práticas inseguras em saúde, facilitando o aparecimento de incidentes (WHO, 2008). O tema segurança do paciente vem tornando-se copiosamente debatido nos últimos anos. Informações recentes apontam que a quantidade de mortes resultantes dos eventos adversos na saúde é preocupante. Calcula-se que cerca de 400 mil pessoas vão a óbito todos os anos decorrentes dos eventos adversos que podem ser evitados e entre 2 e 4 milhões de eventos adversos provocam consideráveis implicações à saúde do paciente, porém não levando a um desfecho fatal. Em comparação aos adultos, as crianças e adolescentes hospitalizados apresentam um acréscimo de três vezes à possibilidade de sofrerem algum tipo de dano (JAMES, 2013).

A OMS estabeleceu expressões específicas para tratar desta temática. Segurança do paciente seria a diminuição dos riscos e danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável. Dano é compreendido como o agravo nas funções ou estruturas do corpo, podendo ocasionar sofrimento, lesão, doença, incapacidade psicológica, física, social ou até mesmo o óbito. Incidente é caracterizado como a circunstância ou evento que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Risco seria a probabilidade de um incidente acontecer e *near miss* seria o incidente que não chegou ao paciente (PROQUALIS, 2016).

Em abril de 2013, o Brasil aponta ações por meio do lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNPS). Esse programa estipula protocolos para alcançar as metas internacionais de segurança e também designa a criação de Núcleos de Segurança do Paciente nos diversos serviços de saúde (BRASIL, 2013). As metas internacionais de segurança do paciente visam a melhoria do cuidado e reúnem estratégias focadas em situações de maior risco para o paciente. São 6 as Metas Internacionais de Segurança do paciente estabelecidas pela OMS e preconizadas pela *Joint Commission International* (JCI): identificar os pacientes corretamente; melhorar a comunicação efetiva; melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; reduzir o risco de lesões decorrentes de quedas de pacientes (BRASIL, 2013).

A fim de diminuir os erros e aumentar o número de práticas mais seguras, os serviços de saúde estão aprimorando suas ações pela qualidade da assistência e buscando a disseminação de uma cultura de segurança aos pacientes, aos profissionais e também do ambiente. Para que essas mudanças de fato ocorram, mantêm-se focadas nas seis metas de segurança do paciente, preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (HOFFMEISTER; MOURA, 2015).

A discussão da cultura de segurança em unidades críticas é imprescindível, visto que estas unidades estão predispostas a erros e falhas, podendo estar associados à organização e estrutura física destes setores, às particularidades pertencentes à assistência destes pacientes e à carência de incentivos de pesquisas relativos a essa temática (MACEDO *et al.*, 2016). O estímulo a uma cultura de

segurança está sendo indicado como um princípio para aprimorar a qualidade do atendimento à saúde. É importante que recursos de aperfeiçoamento no campo da segurança do paciente sejam estendidos e colocados em prática, devido aos erros e falhas que acontecem nos dias de hoje (XUANYUE *et al.*, 2013).

Os métodos de cuidados inseguros são provenientes de lacunas e falhas no planejamento, avaliação, execução, colaboração e monitoramento das intervenções. Segundo a OMS, um em cada dez pacientes no mundo é vítima de falhas e erros e, conseqüentemente de eventos adversos que poderiam ser evitados durante a assistência e cuidado à saúde. Um levantamento recente efetuado no ano de 2016, com notificações realizadas pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária do país, coloca que 53.997 incidentes são associados à assistência à saúde, conferindo que a maioria deles (50.735) acontecem em ambiente hospitalar, nas unidades de internação (26.977) (BRASIL, 2016).

A segurança do paciente é um assunto relevante para todos os profissionais de saúde, ainda mais para os que atuam em unidade de emergência e nos centros de terapia intensiva. Estas unidades representam as unidades dos hospitais com maior grau de ocorrência de eventos adversos, por serem um ambiente extremamente complexo e estressante, havendo necessidade de tomadas de decisão imediatas, contato com várias categorias profissionais e com uma vasta série de procedimentos altamente invasivos para serem realizados (VECINA *et al.*, 2012). Todo cidadão tem direito a um atendimento de saúde com qualidade e os serviços de saúde tem por necessidade disponibilizar de um cuidado efetivo, eficiente e principalmente seguro, tendo a satisfação do próprio paciente quanto de seus acompanhantes.

A inclusão da equipe multiprofissional nesta questão é primordial, visto que este grupo corresponde à maior força de trabalho nos serviços de saúde e debates com as diversas categorias são capazes de estabelecer mudanças nos ambientes de trabalho, remodelando o sistema de saúde e aumentando a segurança do paciente (MACEDO *et al.*, 2016). A inclusão de condutas que promovam a segurança, melhora a efetividade dos cuidados prestados, gerenciando de maneira segura, colaborando para assinalar os riscos e promovendo práticas fundamentadas em evidências (WEGNER *et al.*, 2017).

Uma pesquisa rastreou o delineamento das notificações realizadas em unidades pediátricas de um hospital público universitário do sul do país apontou 40 notificações naquele ano, estando 32% em categoria leve, 55% moderada, 5% grave e 8% a fatores que não estavam associados com a assistência. Conforme o tipo, os dados expressaram que 40% dos incidentes estavam relacionados aos processos medicamentosos, 22% a alergia provocada pelas pulseiras de identificação, 13% ao ato de a criança permanecer em jejum desnecessariamente, 10% a outras queixas, 5% devido a condutas ou pelo acesso venoso, 3% a falhas e erros na identificação correta do paciente e 2% associados aos fatores administrativos, retratando que as unidades de internação pediátricas são locais com diversas situações de risco para a segurança do paciente, sendo os mais expressivos os correlacionados com os medicamentos e pelo processo alérgico pelo uso das pulseiras (GAITA; FONTANA, 2018).

Outro estudo realizado entre os anos de 2007 e 2008 na Inglaterra, apresentou os riscos que as crianças dispõem diante do cuidado e assistência em saúde. Ao investigar os incidentes pertencentes ao processo de medicação, constatou-se que, a faixa etária mais prejudicada encontra-se entre zero e quatro anos de idade, e as falhas com a dose e a concentração representam 23% dos eventos adversos que envolviam esta população (SOUZA *et al.*, 2014).

Erros em qualquer etapa do processo medicamentoso, mas principalmente com o preparo e administração de medicamentos, são comuns na área hospitalar, tornando-se um risco de escala maior quando se trata de pacientes pediátricos. Um estudo analisou a frequência de erros desta natureza, executados numa enfermaria pediátrica, retratando que cerca de 67% dos erros acontecem no preparo e mais de 87% dos incidentes estão associados com a administração de medicamentos. A multiplicidade desses erros está mais voltada aos processos de trabalho e não ao profissional de saúde particularmente. Este estudo concluiu que os erros referentes à administração de medicamentos é um grave problema de saúde pública, ocorrendo em toda e qualquer etapa do processo medicamentoso, ocasionando males tanto para o paciente e familiares quanto para os sistemas e profissionais de saúde (BAPTISTA, 2014).

Em um estudo que foi efetuado em uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos com atendimentos a pacientes oncológicos, apontou 71 notificações de

110 erros relacionados a medicamentos, mostrando uma ocorrência de 227 erros por 1000 pacientes/dia (SOUZA *et al.*, 2014).

A relevância dessa pesquisa se dá pela importância da segurança do paciente para os profissionais da equipe multiprofissional da área da saúde, considerando que a valorização e o reconhecimento da segurança do paciente pela equipe são deveres para uma assistência segura à criança hospitalizada. O debate e as reflexões sobre as percepções das estratégias de segurança do paciente podem colaborar nas melhorias dos processos nos serviços hospitalares. Destaca-se que os pacientes pediátricos demonstram ser mais vulneráveis e expostos a diversos riscos durante a hospitalização. Minha aproximação com o objeto de estudo é que esta temática se faz presente durante todo o meu desenvolvimento acadêmico, atuando como bolsista voluntária de iniciação científica em projeto de pesquisa sobre este tema. Considero o cuidado seguro em qualquer momento e circunstância um requisito para a qualidade da assistência e tenho despertado interesse em buscar novos conhecimentos na área.

A literatura pertinente a esta temática até então é insuficiente, motivando a construção deste estudo. A principal finalidade deste estudo é conhecer as percepções da equipe multiprofissional quanto às estratégias de Segurança do Paciente em emergências e centros de terapia intensiva pediátricas e, de que maneira atuam no cuidado seguro ofertado a crianças e adolescentes. A questão de pesquisa que orientou o estudo foi: Qual a percepção da equipe multiprofissional sobre a segurança do paciente e as estratégias utilizadas para um cuidado seguro à criança hospitalizada em áreas críticas dos serviços hospitalares da cidade de Porto Alegre?

2 OBJETIVO

Conhecer a percepção da equipe multiprofissional sobre as estratégias de segurança do paciente pediátrico em áreas críticas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Na busca pelo conhecimento a respeito do tema proposto, faz-se necessário enfocar alguns assuntos, tais como: segurança do paciente; e o papel da equipe multiprofissional no cuidado do paciente pediátrico hospitalizado.

Com base na percepção de que a assistência nos serviços de saúde são ofertados por pessoas e, desta forma, humanos que podem falhar, a temática segurança do paciente apareceu como uma idéia de identificar os erros para posteriormente serem prevenidos, buscando melhorar a qualidade do cuidado. Há pouco tempo atrás os erros eram inadmissíveis no atendimento à saúde dos pacientes, porém, desde que foi relatado que os erros ainda continuam acontecendo, foi fundamental um olhar sobre este tema de maneira mais ampliada e a necessidade de buscar estratégias para a prevenção e redução das falhas durante o cuidado (BRASIL, 2017). Sabemos que o meio hospitalar apresenta riscos para a segurança do paciente, podendo ocasionar eventos adversos que podem resultar em desfechos desfavoráveis aos pacientes (SOUZA *et al.*, 2014).

Nas últimas décadas a preocupação em relação à segurança do paciente transformou-se em princípio de amplas inquietações na área da saúde. O atendimento em saúde oferece incontáveis benefícios, porém, é provável que os erros ocorram, acarretando sérias repercussões ao paciente (RIGOBELLO *et al.*, 2012). A rotina nas áreas críticas são dinâmicas e complexas e a possibilidade dos erros surgirem é mais provável, portanto, conduzir ao aperfeiçoamento das práticas de cuidado no que diz respeito a evitar erros e a sua conexão com a segurança do paciente, devem estar presentes em todos os cuidados prestados (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

A temática Segurança do Paciente obteve destaque desde o lançamento do relatório *To Err is Human: building a safer health system* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro) em 1999, na qual o estudo alarmou os profissionais de saúde e a comunidade a respeito dos erros que cercam o cuidado e os males que podem afetar os pacientes (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999).

O conceito Segurança do Paciente somente passou a ser estabelecido pela OMS em 2009, como sendo a diminuição de riscos e males inconvenientes ao

paciente, referentes aos cuidados de saúde a um nível mínimo considerável ou, em descrição mais atual, como a ausência de dano que pode ser evitado ao paciente ao longo do processo de cuidado. A concepção de mínimo considerável está relacionada à possibilidade real perante os recursos disponíveis, conhecimentos e do ambiente em que se efetua o cuidado (WHO, 2008).

A cultura de segurança é o resultado individual ou coletivo, de percepções, atitudes, valores, padrões de comportamento e competências que indicam a competência, estilo e compromisso de um serviço de saúde na melhoria de segurança (BRASIL, 2017). A fim de organizar um local protegido e impedir a ocorrência de incidentes, a Cultura de Segurança recomenda que os erros acontecidos sejam revelados e notificados, permitindo sua investigação para que as organizações sejam capazes de adotar rotinas educacionais e preventivas. A fim de que a notificação aconteça, é aconselhável que o meio de punição diante do erro seja eliminado, visto que o temor ante a punição impede que os profissionais revelem tais situações (SOUZA *et al.*, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) procurou expandir políticas mundiais para melhorar o atendimento oferecido nos serviços de saúde e modificar este extremo quadro. Em 2004, a OMS organizou a *The World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente), tendo como propósito o de diminuir os efeitos dos eventos adversos referentes à assistência (WHO, 2008).

A referência para a segurança do paciente em esfera nacional aconteceu em 2013, quando a Anvisa e o Ministério da Saúde, procuraram ajudar com a melhoria da qualidade do cuidado em todos os serviços de saúde do Brasil e, criaram por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente, revelando inquietação do Estado frente ao tema (BRASIL, 2013). O objetivo é o de prevenir e diminuir a ocorrência de eventos adversos associados ao atendimento nos serviços de saúde. Estes eventos apontam a capacidade de provocar danos aos pacientes e dispêndios relacionados aos cuidados, resultantes de ações ou de estruturas do atendimento (BRASIL, 2017).

Segundo o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, as condutas e ações objetivando o cuidado seguro compreendem sugerir e validar manuais, protocolos e guias voltados à segurança do paciente associados com a assistência em saúde: identificar os pacientes corretamente;

melhorar a efetividade da comunicação; melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância, sangue e hemoderivados; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associados aos cuidados de saúde; reduzir o risco de lesões decorrentes de quedas de pacientes; transferência de pacientes entre pontos de cuidado e uso seguro de equipamentos e materiais (BRASIL, 2013).

Um estudo foi realizado frente às estatísticas quanto ao número de eventos adversos, indicando que a participação ativa e efetiva de pacientes e familiares no cuidado simultaneamente com a equipe multiprofissional de saúde, vem auxiliando no processo de cuidado seguro e, conseqüentemente, diminuindo os incidentes. O Brasil possui a regulamentação do Estatuto da Criança e do Adolescente, garantindo a permanência de acompanhantes em tempo integral, ao longo de toda a hospitalização. Assim sendo, toda a equipe multiprofissional deve direcionar atenção na família que se torna participante ativo no cuidado às necessidades da criança, proporcionando participação na organização, elaboração e execução das ações de saúde, auxiliando em uma assistência mais segura (SOUSA *et al.*, 2017).

A internação em ambiente hospitalar é experimentada pelas crianças, suas famílias e toda a equipe multiprofissional de saúde através de sentimentos de muita ansiedade. Esses sentimentos são partilhados e causam efeitos emocionais em todos os envolvidos, verificando com isso a importância desta tríade (paciente, familiar e profissionais) para que elabore ações integradas para a melhor qualidade ao longo da estadia hospitalar (AZEVEDO; JÚNIOR; CREPALDI, 2017).

Com a idéia de multiplicar e fortalecer a cultura de segurança dos pacientes nos mais variados meios sociais, como escolas, organizações governamentais, instituições de saúde, universidades, entre os usuários e familiares, surgiu em 2008, por intermédio de uma iniciativa da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), vinculada a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP) (BRASIL, 2014). Têm como objetivos proporcionar aos serviços e profissionais de saúde comunicados importantes, alicerçados em evidências atualizadas, que podem ser aplicadas na prática do dia-a-dia e que contribuam no cuidado seguro aos pacientes (REBRAENSP, 2013). Ainda em 2009, com a intenção de disseminar o conhecimento no campo da informação clínica e segurança do paciente, a Fundação

Oswaldo Cruz anunciou o Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente, o Portal Proqualis, com objetivo de gerar e propagar tecnologias e informações em qualidade e segurança do paciente (BRASIL, 2013).

As emergências e centros de terapia intensiva são caracterizados por desenvolverem um trabalho em equipe multiprofissional, atendendo necessidades agudas e crônicas dos pacientes. O trabalho concebido nessas unidades requer dos profissionais aprimoramentos humano, técnico e científico (MARTINS *et al.*, 2013). As particularidades que cercam a assistência pediátrica, associados ao ambiente das unidades críticas, auxiliam para a falha de informações e a identificação da gravidade dos erros relacionados a estes serviços (PATTERSON; GEIS; LEMASTER, 2013).

A segurança do paciente precisa ser um preceito essencial na assistência em saúde, visto que cada etapa do processo de cuidado indica certo grau de perigo (XUANYUE *et al.*, 2013). Os aperfeiçoamentos na segurança do paciente demandam um esforço geral, nas práticas corretas dos profissionais, nos sistemas e processos apropriados nos serviços e instituições, nas políticas governamentais regulatórias, requerendo um esforço coordenado e definitivo (REBRAENSP, 2013).

O trabalho de uma equipe multiprofissional implica em mudanças significativas, em teorias, métodos, conceitos e até mesmo de práticas, de maneira que os mais variados conhecimentos trabalhem articulados e integrados entre si e com o todo. A distinção de saberes não pode mais ser vista como bloqueio às práticas de cuidado, mas sim a viabilidade de aumentar e fortalecer as ações interativas e achar inúmeras respostas para os problemas de saúde que, na maior parte das vezes são multifatoriais (SOUSA *et al.*, 2017).

Este estudo acredita que a segurança do paciente objetiva à diminuição dos incidentes relacionados ao atendimento em saúde, por meio da precaução de erros que podem ou não provocar danos aos pacientes. Porém, de todas as particularidades da assistência pediátrica e as especificidades que compreendem o processo do atendimento, a construção científica neste ambiente ainda é escassa. Em vista disso, trabalhar com esse tema é primordial para retroceder à assertiva de que a assistência pediátrica é imensamente vulnerável a erros e eventos adversos.

4 METODOLOGIA

O presente tópico apresenta o tipo de estudo realizado e o campo em que a pesquisa foi realizada. Constam ainda informações referentes à população e participantes, desenvolvimento da coleta de informações e posterior análise de conteúdo e os aspectos éticos de pesquisas com seres humanos.

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo refere-se a uma pesquisa de abordagem qualitativa, utilizando um delineamento exploratório-descritivo. O estudo é um subprojeto do projeto de pesquisa matriz “Segurança do paciente nos serviços de atenção hospitalar à criança na cidade de Porto Alegre/RS” que tem como objetivo geral analisar a segurança do paciente na atenção à saúde da criança sob ótica dos gestores, profissionais da saúde e acompanhantes da criança hospitalizada.

A abordagem qualitativa possibilita que a pesquisa se adapte ao que for sendo encontrado ao transcorrer da coleta de dados. O pesquisador de um estudo qualitativo utiliza um método emergente, que aparece ao longo do processo em que os pesquisadores tomam suas decisões e retratam o que já foi encontrado. Ela representa a vontade de criar a pesquisa com base nos fatos e ponto de vista de quem está sendo pesquisado (POLIT; BECK, 2011).

No estudo de delineamento exploratório-descritivo, os pesquisadores tendem a não adentrar os dados em nenhuma profundidade interpretativa. Esses estudos exibem resumos amplos do fenômeno ou eventos do cotidiano, visando serem variados e constituem-se em princípios gerais da pesquisa naturalista. O destaque será na exposição das experiências humanas, com subsequente análise e reflexão dos acontecimentos apresentados (POLIT; BECK, 2011). Neste trabalho foi realizado um levantamento das informações de pesquisa, em que os dados foram captados de um banco de dados proveniente das entrevistas do projeto matriz.

4.2 Local da Pesquisa

O estudo foi realizado em três emergências e três centros de terapia intensiva pediátricas da cidade de Porto Alegre – RS, por serem notáveis referências na assistência à criança e adolescentes e por ofertarem atendimentos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Os serviços de saúde pesquisados foram: Hospital da Criança Conceição (H1), Hospital da Criança Santo Antônio (H2) e Hospital de Clínicas de Porto Alegre (H3). As instituições serão designadas por letras para intuito de proteção da identidade.

O Hospital da Criança Conceição é referência no atendimento do SUS, os sistemas da instituição são permanentemente a garantia de ingresso ao atendimento universal e gratuito e, estão de portas abertas para que os cidadãos detenham o seu direito à saúde garantida. Ligada ao Ministério da Saúde, é certificada em território nacional, com atendimento 100% SUS. A missão é ofertar atendimento integral à saúde, pela excelência na pesquisa e ensino, efetividade da gestão, compromisso com a segurança organizacional, transparência e responsabilidade social (GHC – GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2019).

O Hospital da Criança Santo Antônio, foi inaugurado no ano de 1953 e foi agregado ao Complexo Hospitalar da Santa Casa no ano de 2002, é a maior e mais avançada unidade pediátrica do Rio Grande do Sul, além de ser referência em todo o Brasil. A unidade disponibiliza atendimento integral e restrito aos pacientes de 0 a 18 anos de idade (HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 2019).

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é uma Instituição Pública, vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), inaugurada em 1970 como integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação (MEC). Considerado um referencial público em saúde, proporcionando atendimento de excelência, produzindo conhecimento, gerando e formando funcionários de elevada qualificação. A utilização de modelos de nível internacional de qualidade e segurança, o atendimento humanizado e o cuidado integral a população são responsabilidades fixadas diariamente com os pacientes e a comunidade. As unidades críticas efetuam uma assistência humanizada, traçado na inclusão da família no local de cuidado, atenção dispensada aos familiares e a postura ética dos

profissionais no manejo das questões físicas e emocionais dos pacientes (HCPA – HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2019).

4.3 População e participantes

A população do estudo incluiu todos os profissionais da equipe multiprofissional, tais como Educadores Físicos, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Nutricionistas que atuam no cuidado de crianças e adolescentes hospitalizados em unidades de emergência e centro de terapia intensiva pediátrica das instituições elencadas na pesquisa.

A seleção da amostra de participantes se deu de forma intencional, mediante a entrega de convites com antecedência aos profissionais de saúde dessas unidades. Foram previstos dois encontros por hospital (E1 e E2), um no turno da manhã e um no turno da tarde e houve livre escolha para participar ou não. O profissional que escolhesse participar deveria escolher apenas um dos turnos, ficando a seu critério participar durante o horário de trabalho ou turno oposto. Quanto ao número de profissionais participantes se deu conforme a demanda no dia das entrevistas. Estimava-se inicialmente 14 participantes, participação de pelo menos dois representantes de cada categoria profissional em cada entrevista, número este que pode ser menor devido a não adesão em participar da pesquisa, ou ainda ser aumentado conforme os critérios de saturação de dados, onde o tamanho da amostra está relacionado ao alcance da redundância de informações (POLIT; BECK, 2011). Entretanto, a estimativa de participação não contemplou todas as categorias profissionais nos dois encontros devido a não adesão dos profissionais, e também, em um hospital houve apenas uma entrevista, pois no horário estipulado não compareceu nenhum profissional da equipe de saúde de nenhuma categoria.

Os critérios de inclusão foram os profissionais que estiveram atendendo às crianças e adolescentes no período da coleta dos dados, respeitando o critério de tempo - mínimo de um ano - de atuação na instituição e de experiência na saúde da criança. Os critérios de exclusão foram aqueles profissionais afastados das atividades ou de férias no período da coleta de dados.

4.4 Coleta de informações

Para a coleta de dados qualitativos deste projeto, foram utilizadas as informações das entrevistas coletivas semiestruturadas com os profissionais da equipe multiprofissional das crianças e adolescentes hospitalizados (ANEXO A) provenientes de banco de dados do projeto matriz, disponibilizados pelo coordenador do projeto referente a 71 páginas de transcrição, formatadas de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

As entrevistas foram realizadas em sala antecipadamente reservada em cada instituição, objetivando o mínimo de interrupções, para preservar a privacidade dos profissionais entrevistados, assegurando a livre manifestação de opiniões. A coleta das informações aconteceu por meio de duas entrevistas coletivas semiestruturadas, gravadas em dispositivo de gravação de voz, em cada uma das instituições, com duração aproximada de uma hora e meia cada encontro (totalizando cinco encontros). Em seguida, foram transcritos na íntegra para o programa *Microsoft Office Word*. As gravações serão guardadas por cinco anos e após apagadas, conforme Lei dos Direitos autorais 9610 de 1988 (BRASIL, 1988). As informações que foram obtidas das entrevistas transcritas foram disponibilizadas pelo coordenador do projeto e usadas apenas para a elaboração da pesquisa, mediante assinatura de um Termo de Utilização de Dados (ANEXO B).

As informações foram coletadas no período de novembro de 2018 e março de 2019, pela equipe de bolsistas de iniciação científica do projeto de pesquisa matriz, devidamente treinadas que abordaram temáticas relacionadas ao entendimento sobre segurança do paciente na assistência à criança, ocorrência de incidentes durante a assistência, a participação dos acompanhantes na segurança do paciente, ações de segurança e protocolos institucionais. Os roteiros construídos para as entrevistas coletivas problematizam questões da segurança do paciente nas instituições hospitalares e o pesquisador não interferia nas respostas dos entrevistados. Neste trabalho foram selecionados os materiais das entrevistas que tinham referência às estratégias para a segurança do paciente pediátrico.

Entrevista é o método mais empregado no processo de trabalho de campo (MINAYO, 2014). Pretende levantar informações convenientes para um objeto de

pesquisa e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente convenientes tendo em vista este objetivo. A entrevista semiestruturada estipula perguntas abertas e fechadas, onde o entrevistado possui a oportunidade de expor sobre a temática em questão sem se prender à questão formulada. A entrevista coletiva é aplicada como estratégia exclusiva ou de forma combinada com outras formas de entrevistas, como o presente estudo. A relevância primordial dessa técnica consiste na “capacidade humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos” (KRUEGER, 1988).

Na primeira entrevista houve a participação de Assistente administrativo, Técnico de Enfermagem, Enfermeiras, Administradora, totalizando cinco profissionais. Na segunda entrevista participaram Farmacêutica, Técnica de Enfermagem e Técnica de Farmácia, totalizando três profissionais. Na terceira entrevista teve a participação apenas de uma Técnica de Enfermagem. Na quarta entrevista participaram cinco Técnicos de Enfermagem. Na quinta entrevista participaram a Psicóloga, Enfermeira e Técnicos de Enfermagem, totalizando seis participantes. Não houve a sexta entrevista pois no horário estipulado não compareceu nenhum membro da equipe de saúde. Ao total participaram 18 profissionais da saúde e 2 da área administrativa que participam direta e indiretamente na oferta de um cuidado seguro aos pacientes hospitalizados em áreas críticas.

A coleta de dados do projeto de pesquisa matriz se deu em quatro etapas:

Etapa 1: Contato realizado com as chefias das unidades envolvidas para apresentar o projeto e obter a ciência para a coleta de dados.

Etapa 2: Reserva de uma sala no hospital para duas datas, uma data pela manhã e outra pela tarde. A partir disso foi elaborado um convite no programa *Microsoft Office PowerPoint* para os profissionais, descrevendo o objetivo da pesquisa, informando as datas das entrevistas coletivas (tendo que o profissional escolher a data e turno que melhor lhe convinha), a hora e local da entrevista, os critérios de participação e o endereço de e-mail para contato com os pesquisadores, caso necessário.

Etapa 3: Entrega dos convites impressos pelos pesquisadores aos profissionais em prospecção presencial, colocação dos convites nos murais das unidades e solicitação para as chefias reforçarem os convites aos profissionais.

Etapa 4: Realização das entrevistas coletivas semiestruturadas aos profissionais participantes conforme a demanda espontânea no dia das entrevistas. Os participantes responderam a uma ficha de caracterização da amostra e discutiram as questões do instrumento (ANEXO A). As falas foram gravadas em dispositivo de áudio digital e após transcritas na íntegra no programa *Microsoft Office Word*.

Os dados de caracterização da amostra não foram utilizados para fins de análise, somente para a caracterização do perfil dos profissionais que participaram das entrevistas.

4.5 Análise dos dados

As transcrições das entrevistas foram analisadas conjuntamente em um único arquivo no programa *Microsoft Office Word*. Os dados foram organizados de forma sequencial à realização das entrevistas nos três hospitais. Por ser uma entrevista coletiva não foi possível identificar a pessoa a qual pertencia cada fala.

Para analisar as informações qualitativas foi aplicada a análise de conteúdo do tipo temática proposta por Minayo (2014). Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado (MINAYO, 2014). A ferramenta para a organização das informações e armazenamento em categorias específicas foi o software QSR Nvivo versão 11.0.

Por meio da análise de conteúdo temática proposta por Minayo (2014) foram analisados os dados qualitativos, conforme as seguintes etapas:

- Primeira etapa - Pré- Análise: consistiu na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e objetivos da pesquisa. O pesquisador teve que se perguntar sobre as relações entre as etapas realizadas, elaborando indicadores que o orientem na compreensão do material e na interpretação final. A pré-análise apresenta as seguintes tarefas: leitura flutuante (pesquisador toma contato direto e intenso com o material de campo, deixando-se

impregnar pelo seu conteúdo), constituição do corpus (universo estudado em sua totalidade, devendo responder a normas de validade qualitativa, exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência), formulação e reformulação de hipóteses e objetivos (retomada da etapa exploratória, tendo como parâmetro da leitura exaustiva do material as indagações iniciais). Nessa fase, determinam-se a unidade de registro, a unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais;

- Segunda etapa - Exploração do material: consistiu na operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. O pesquisador buscou encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. A análise temática trabalha essa fase recortando o texto em unidades de registro, indicados como relevantes na pré-análise. Ele realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação dos temas;
- Terceira etapa - Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: o pesquisador propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material.

4.6 Aspectos éticos

Este subprojeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) sob nº 36264 (ANEXO C), como adendo do projeto matriz. O projeto principal, intitulado “Segurança do Paciente nos Serviços de Atenção Hospitalar à Criança na cidade de Porto Alegre”, em desenvolvimento pelo Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, Educação e Tecnologias (GEPEETec) da Escola de Enfermagem da UFRGS foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS (CAAE

43549115.0.0000.5347) (ANEXO D). O pesquisador responsável autorizou por meio de um documento de autorização o uso dos dados do projeto matriz (ANEXO B).

Os princípios éticos do projeto de pesquisa matriz ao qual este estudo está vinculado respeitaram as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Houve assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias e os dados coletados serão arquivado por cinco anos.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A.V.S.; JÚNIOR, A.C.L; CREPALDI, M. A. Interação equipe de enfermagem, família e criança hospitalizada: revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11. 2017. Disponível em: <
<https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n11/3653-3666/pt>> Acesso em 16 set 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução 466/12**. Brasília (DF), 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 6 mai 2018.

BRASIL. **Lei dos Direitos Autorais: Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998**. Brasília (DF), 1998. Disponível em: http://www.mct.gov.br/legis/leis/9610_98.htm. Acesso em 6 mai 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 2ª ed. Brasília (DF): ANVISA, 2017. Disponível em:
<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assist%C3%Aancia+Segura+-+Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%B3rica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>. Acesso em: 23 abr 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. 1ª ed. Brasília (DF): ANVISA, 2014. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 23 abr 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº15: Incidentes Relacionados à assistência à Saúde**. Brasília, 2016. Disponível :
<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+15/bb637392-4973-4e7f-8907-a7b3af1e297b>. Acesso em 4 mai 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília (DF), 2013. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em 5 mai 2018.

BRASIL. **Programa Nacional de Segurança do Paciente já tem história para contar**. Fundação Oswaldo Cruz, Portal Proqualis: Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:
<https://proqualis.net/noticias/programa-nacional-de-seguran%C3%A7a-do-paciente-j%C3%A1-tem-hist%C3%B3ria-para-contar>. Acesso em: 5 mai 2018.

BAPTISTA, S. C. F. Análise de erros nos processos de preparo e administração de medicamentos em pacientes pediátricos. FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz). **Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca ENSP**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em:
<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/An%C3%A1lise%20de%20erros%20nos%20processos%20de%20preparo%20e%20administra%C3%A7%C3%A3o%20de%20medicamentos%20em%20pacientes%20pedi%C3%A1tricos.pdf>. Acesso em 18 mai 2018.

GAITA, M.C; FONTANA, R.T. Percepções e saberes sobre a segurança do paciente Pediátrico. **Escola Anna Nery**, v.22, n.4, 2018. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20170223.pdf>. Acesso em 19 set 2018.

GHC (Grupo Hospitalar Conceição). **Apresentação da Instituição**. Porto Alegre, 2019. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional&idSubMenu=1>. Acesso em: 8 mai 2019.

HCPA (Hospital de Clínicas de Porto Alegre). **Apresentação da Instituição**. Porto Alegre, 2019. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/institucional/institucional-apresentacao>. Acesso em: 8 mai 2019.

HOFFMEISTER, L. V; MOURA, G.M.S.S. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. **Revista Latina Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v 23, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00036.pdf >. Acesso em 17 set 2018.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. To Err is Human: Building a Safer Health System Error. **National Academies Press**. Washington (USA), 1999. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>. Acesso em 21 jun 2019.

JAMES, J.T. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. **Patient Safety America**, Texas, 2013. Disponível em: <https://translate.google.com/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23860193&prev=search>. Acesso em 21 jun 2019

KRUEGER, R. A; CASEY, M.A. Focus Groups: A Practical Guide For Applied Research. **Newbury Park**: Sage, 1988.

MACEDO, T. R., *et al*. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v.50, n.5, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt_0080-6234-reeusp-50-05-0757.pdf. Acesso em 25 abr 2018.

MARTINS, V.F. *et al*. A viabilidade da sistematização da assistência de enfermagem em serviço pediátrico: uma abordagem reflexiva. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**.v.4, n. 1, 2013. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rqs/article/view/23010/16532> . Acesso em: 5 mai 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

PATTERSON, M.D. *et al*. Impact of multidisciplinary simulation-based training on patient safety in a paediatric emergency department. **BMJ Quality e Safety** . v. 22, 2013. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/22/5/383.long>. Acesso em 2 may de 2018.

POLIT, D. F.; BECK, C.T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7 ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2011.
PROQUALIS (Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente). Taxonomia - Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS). **Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde**

(Icict/Fiocruz). Disponível em: <http://proqualis.net/aula/taxonomia-classificaçãointernacional-para-segurança-do-paciente-icps>. Acesso em: 5 de mai de 2018.

REBRAENSP (Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente). Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. **Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente**. Porto Alegre (RS): EDIPUCRS, 2013. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Estrat%C3%A9gias-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-manual-para-profissionais-da-sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em 27 abr 2018.

REIS C.T; MARTINS, M; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.7, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/18.pdf>. Acesso em 2 mai 2018.

RIGOBELLO, M.C.G. *et al*. Clima de segurança do paciente: percepções dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/13.pdf>. Acesso em 30 abr 2018.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA (Hospital da Criança Santo Antônio). **Apresentação da Instituição**. Porto Alegre, 2019 Disponível em: <https://www.santacasa.org.br/pt/santo-antonio/apresentacao>. Acesso em: 8 mai 2019.

SOUSA, F.C.P. *et al*. A participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva do enfermeiro. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e1180016.pdf> Acesso em 22 set 2018.

SOUZA, F. T. *et al*. Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico. **Revista de Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v.4, n.1, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8781/pdf>. Acesso em 24 abr 2018.

VECINA, S.T. *et al*. A segurança do paciente em emergências e emergências: balanço de quatro anos do programa de Segurança do Paciente SEMES. **Emergencias: Revista da Sociedade Espanhola de Medicina de Emergência e Emergência**. V. 24, n. 3, 2012. Disponível em: http://www.semes.org/revista/vol24_3/11.pdf. Acesso em: 30 apr. 2018.

WEGNER, W. *et al*. Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.38, n.1, mar. 2017. Disponível: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/164389/001019004.pdf?sequence=1>. Acesso em 26 abr 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Alliance for Patient Safety. **Forward Programme**. Geneva (SZ): World Health Organization, 2008 - 2009. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=931:alianca-mundial-para-seguranca-do-paciente&Itemid=685. Acesso em 25 abr 2018.

XUANYUE, M. *et al*. Literature review regarding patient safety culture. **Journal of Evidence-Based Medicine**, v.6, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23557527>. Acesso em: 29 apr. 2018.

ARTIGO PARA SUBMISSÃO NA REVISTA COGITARE

PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUANTO À SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO EM ÁREAS CRÍTICAS

Fernanda Stroehler Pereira¹, Wiliam Wegner²

1. Acadêmica de Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

2. Professor Adjunto. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Autor Correspondente: Fernanda Stroehler Pereira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Rua São Manoel, 963, Rio Branco, CEP 90620-110, Porto Alegre/RS

E-mail: naandapereira18@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Conhecer a percepção da equipe multiprofissional sobre as estratégias de segurança do paciente pediátrico em áreas críticas. **Método:** Estudo qualitativo exploratório-descritivo realizado em áreas críticas de três hospitais de Porto Alegre/RS, entre novembro/2018 a março/2019, vinculado ao projeto matriz “Segurança do paciente nos serviços de atenção hospitalar à criança na cidade de Porto Alegre/RS”. A seleção foi intencional mediante convite. Incluídos 20 profissionais que atuam nessas áreas e possuem experiência na pediatria de pelo menos um ano. Realizou-se cinco entrevistas coletivas, gravadas em áudio e após transcritas para análise de conteúdo do tipo temática de Minayo. **Resultados:** Surgiram três categorias, Manutenção da adesão aos protocolos/metastas de segurança do paciente pediátrico, Ensino/educação em segurança do paciente e Envolvimento/parceria dos acompanhantes para promoção da segurança do paciente. **Conclusão:** Os profissionais entendem que as estratégias descritas demonstram condições mínimas para alcançar a melhoria da assistência e prevenção de danos, essencial para segurança do paciente.

DESCRITORES: Segurança do Paciente; Criança Hospitalizada; Profissionais da saúde; Serviços de Saúde; Cultura Organizacional.

INTRODUÇÃO

A discussão de estratégias para instituir uma cultura de segurança em unidades críticas pediátricas é imprescindível, visto que estas unidades estão predispostas a erros e falhas, podendo estar associados à organização e estrutura física destes setores, às particularidades pertencentes à assistência destes pacientes e à carência de incentivos de pesquisas relativos a essa temática¹. As unidades críticas no cuidado à criança representam as unidades com maior grau de ocorrência de eventos adversos, por ser um ambiente extremamente complexo e estressante, havendo necessidade de tomadas de decisões imediatas, contato com vários profissionais e com uma vasta série de procedimentos para serem realizados².

No momento atual, milhões de pessoas estão sujeitas a sofrerem danos e lesões incapacitantes ou até mesmo ir à óbito por falhas e erros oriundos de práticas inseguras em saúde, facilitando o aparecimento de incidentes³. Calcula-se que cerca de 400 mil pessoas vão a óbito todos os anos decorrentes dos eventos adversos que podem ser evitados e entre 2 e 4 milhões de eventos adversos provocam consideráveis implicações à saúde do paciente, porém não levando a um desfecho fatal. Em comparação aos adultos, as crianças e adolescentes hospitalizados apresentam um acréscimo de três vezes à possibilidade de sofrerem algum tipo de dano⁴.

O conceito Segurança do Paciente somente passou a ser estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2009, como sendo a diminuição de riscos e danos inconvenientes ao paciente, referentes aos cuidados de saúde a um nível mínimo considerável ou, em descrição mais atual, como a ausência de dano que pode ser evitado ao paciente ao longo do processo de cuidado³. As metas internacionais de segurança do paciente visam a

melhoria do cuidado e reúnem estratégias focadas em situações de maior risco para o paciente, estabelecidas pela OMS e preconizadas pela *Joint Commission International* (JCI)⁵.

O envolvimento da equipe multiprofissional nesta questão é primordial, visto que corresponde à maior força de trabalho nos serviços de saúde e debates com as diversas categorias são capazes de estabelecer mudanças nos ambientes de trabalho, remodelando o sistema de saúde e aumentando a segurança do paciente¹. O trabalho em equipe multiprofissional implica mudanças significativas, em teorias, métodos, conceitos e até mesmo de práticas, de maneira que os mais variados conhecimentos trabalhem articulados e integrados entre si e com o todo⁶.

A rotina nas áreas críticas são dinâmicas e complexas e a possibilidade dos incidentes de segurança surgirem é mais provável; portanto, conduzir ao aperfeiçoamento das práticas de cuidado no que diz respeito a evitar erros e a sua conexão com a segurança devem estar presentes em todos os cuidados prestados⁷. Aperfeiçoamentos na segurança do paciente demandam um esforço geral nas práticas corretas dos profissionais, nos sistemas e processos apropriados nos serviços e instituições, nas políticas governamentais regulatórias, requerendo um esforço coordenado e definido⁸.

O debate e as reflexões sobre as percepções da segurança do paciente podem colaborar nas melhorias dos processos nos serviços hospitalares. Destaca-se que os pacientes pediátricos demonstram serem mais vulneráveis e expostos a diversos riscos durante a hospitalização. Nesta perspectiva, a questão de pesquisa é: Qual a percepção da equipe multiprofissional sobre a segurança do paciente e as estratégias utilizadas para um cuidado seguro à criança hospitalizada em áreas críticas dos serviços hospitalares da cidade de Porto Alegre/RS? O principal objetivo deste estudo é conhecer a percepção da equipe multiprofissional sobre as estratégias de segurança do paciente pediátrico em áreas críticas.

MÉTODO

O presente estudo refere-se a uma pesquisa de abordagem qualitativa, utilizando um delineamento exploratório-descritivo. Subprojeto do projeto de pesquisa matriz “Segurança do Paciente nos serviços de atenção hospitalar à criança na cidade de Porto Alegre/RS” que tem como objetivo geral analisar a segurança do paciente na atenção à saúde da criança sob ótica dos gestores, profissionais da saúde e acompanhantes da criança hospitalizada. Neste estudo foi realizado um levantamento das informações de pesquisa, em que os dados foram captados de um banco de dados provenientes das entrevistas do projeto matriz referente aos profissionais da saúde.

O estudo foi realizado em três emergências e três centros de terapia intensiva pediátricas da cidade de Porto Alegre, por serem notáveis referências na assistência à criança e adolescente e por ofertarem atendimentos do Sistema Único de Saúde. As instituições serão designadas por letras e números para o intuito de proteção da identidade (H1, H2 e H3).

A população do estudo incluiu todos os profissionais da equipe multiprofissional que atuam no cuidado de crianças e adolescentes hospitalizados em unidades de emergência e centro de terapia intensiva pediátrica das instituições elencadas na pesquisa. A seleção da amostra de participantes se deu de forma intencional, mediante entrega de convites com antecedência aos profissionais de saúde dessas unidades. Foram previstos dois encontros em cada instituição (E1 e E2), um no turno da manhã e um no turno da tarde e houve livre escolha para participar ou não. O número de profissionais participantes se deu conforme a demanda no dia das entrevistas. Estimava-se inicialmente 14 participantes, participação de pelo menos dois representantes de cada categoria profissional (Educadores Físicos, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Nutricionistas) em cada entrevista, número este que poderia ser menor devido a não adesão, ou ainda ser aumentado conforme os critérios de saturação de dados. Entretanto, a estimativa de participação não contemplou todas

as categorias profissionais devido a não adesão dos profissionais, e também, em um hospital houve apenas uma entrevista, pois no horário estipulado não compareceu nenhum profissional da equipe de saúde.

Nas entrevistas, teve a participação de assistente administrativo, técnicos de enfermagem, enfermeiras, administradora, farmacêutica, técnica de farmácia e psicólogo. Ao total participaram 18 profissionais de saúde e 2 da parte administrativa que sentem a importância do cuidado seguro aos pacientes hospitalizados em áreas críticas.

Os critérios de inclusão foram os profissionais que estiveram atendendo as crianças e adolescentes no período da coleta de dados, respeitando o critério de tempo, mínimo de um ano de experiência na saúde da criança. Os critérios de exclusão foram aqueles profissionais afastados das atividades ou de férias no período da coleta de dados.

As entrevistas foram realizadas em sala antecipadamente reservada em cada instituição, objetivando o mínimo de interrupções, para preservar a privacidade dos profissionais entrevistados, assegurando a livre manifestação de opiniões. A coleta de informações aconteceu por meio de duas entrevistas coletivas semiestruturadas, gravadas em dispositivo de gravação de voz em cada uma das instituições, com duração aproximada de uma hora e meia cada encontro (totalizando cinco encontros). Em seguida, foram transcritas na íntegra para o programa *Microsoft Office Word* e analisadas, as quais serão guardadas por cinco anos e após apagadas, conforme Lei dos Direitos Autorais 9610 de 1988. As informações que foram obtidas das entrevistas transcritas foram disponibilizadas pelo coordenador do projeto e usadas apenas para a elaboração da pesquisa.

As informações foram coletadas no período de novembro de 2018 e março de 2019, pela equipe de bolsistas de iniciação científica do projeto de pesquisa matriz, devidamente treinadas que abordaram temáticas relacionadas ao entendimento sobre segurança do paciente

na assistência à criança, ocorrência de incidentes durante a assistência, a participação dos acompanhantes na segurança do paciente, ações de segurança e protocolos institucionais. Os roteiros construídos para as entrevistas coletivas anseiam apontar questões da segurança do paciente nas instituições hospitalares. Neste estudo, foram selecionados os materiais das entrevistas que tinham referência às estratégias para a segurança do paciente pediátrico.

Para a análise dos dados foram utilizadas as informações das entrevistas coletivas semiestruturadas com os profissionais da equipe multiprofissional das crianças e adolescentes hospitalizados provenientes de banco de dados do projeto matriz, referente a 71 páginas de transcrição, formatadas de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

As transcrições foram analisadas conjuntamente em um único arquivo no programa *Microsoft Office Word*. Os dados foram organizados de forma sequencial à realização das entrevistas. Para analisar as informações qualitativas foi aplicada a análise de conteúdo do tipo temática proposta por Minayo 2014⁹. A ferramenta para a organização das informações e armazenamento em categorias específicas foi o *software* QSR NVivo versão 11.0.

Os princípios éticos do projeto matriz ao qual este estudo está vinculado respeitaram as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Houve assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias e os dados coletados serão arquivados por cinco anos.

Este subprojeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ-ENF) sob nº 36264, como adendo do projeto matriz. O projeto principal foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS (CAAE 43549115.0.0000.5347).

RESULTADOS

O processo de análise das falas oriundas das entrevistas coletivas com a equipe multiprofissional gerou três grandes categorias temáticas, a primeira denominada *Manutenção da adesão aos protocolos/metast de segurança do paciente pediátrico* contempla nove subcategorias que descrevem as diferentes estratégias de segurança dos pacientes pediátricos em áreas críticas na percepção da equipe multiprofissional. A segunda e terceira categorias não tiveram subcategorias e retratam o *Ensino/educação em segurança do paciente* e o *Envolvimento/parceria dos acompanhantes para promoção da segurança do paciente*, ambas problematizando aspectos fundamentais para o cuidado seguro.

Manutenção da adesão aos protocolos/metast de segurança do paciente pediátrico

A adesão as metas de segurança do paciente possui como objetivo fundamental proporcionar um ambiente com cuidados cada vez mais seguros aos pacientes pediátricos hospitalizados. As estratégias para a melhoria da assistência tem relação direta com a implantação dos protocolos já estabelecidos que buscam minimizar consequências relativas aos incidentes de segurança. A equipe multiprofissional que participou do estudo consegue identificar e reconhecer as iniciativas que buscam promover a segurança do paciente. No contexto da hospitalização infantil é essencial mobilizar os profissionais para adesão e fortalecimento dos protocolos já estabelecidos por órgãos nacionais/internacionais. As subcategorias a seguir especificam as principais preocupações e concepção dos profissionais da equipe multiprofissional sobre o cuidado seguro em áreas críticas pediátricas.

No processo medicamentoso seguro é destacado que os incidentes com medicamentos estão entre os mais frequentes nos cuidados de saúde. Os participantes ilustram como estratégias a conferência das prescrições médicas, atenção na hora da administração dos

medicamentos, experiência da prática profissional, seguimento de todos os certos, checagem da pulseira de identificação, conforme falas:

Doses assim que até o médico prescreve errado, só a gente ali com um bom tempo de experiência a gente sabe que aquilo é muito para o paciente. (H3E2).

Mais atenção que a gente tem que ter na hora de administrar a medicação, ver direitinho, porque as vezes fizemos no automático. (H3E2).

Outra fala retratada por participante é em relação ao uso racional de antimicrobianos e a demora em iniciar o tratamento adequado:

Acho que a medicação também não estava sendo efetiva para tratar, sim porque demorou desde o início para usar o antibiótico, se tivesse usado há tempo. (H3E2).

Os participantes também trouxeram como estratégias de segurança a dupla checagem com colegas e o compartilhamento de informações com o farmacêutico clínico do hospital.

Mas o pessoal tem o hábito de fazer dupla checagem, de quando tu acha que a dosagem ta muito alta ou muito baixa tu pergunta pro colega, tu confere junto, se é uma medicação diferente tu liga pra farmácia e pergunta se é isso mesmo, como é que é que faz. (H1E2).

Os acompanhantes podem compartilhar do cuidado juntamente com a equipe de saúde, trazendo informações pertinentes para o cuidado com o paciente, por exemplo, no caso de alguma alergia.

Porque muitas vezes tu faz a medicação e a mãe diz: o ele tem alergia a isso, tu ta falando o nome, se não tu chega ali [...] e não vou dizer o que que eu to fazendo [...] acabou com a segurança total. Quando a criança interna geralmente é feito admissão [...] e geralmente tem a pergunta se tem alergia a alguma coisa, e as vezes a mãe ta tão nervosa [...] que ela esquece de alguma medicação [...] por isso que é muito importante a gente chegar antes de administrar uma medicação e dizer. (H2E1).

Quando os pacientes são encaminhados para procedimentos e/ou intervenções cirúrgicas necessita-se efetuar etapas que incluem a conferência dos dados de identificação do paciente e a verificação da lista de cirurgia segura. Os participantes trouxeram essa necessidade de assegurar cirurgia e procedimento corretos por meio da conferência de dados e uso do *check-list* de cirurgia segura antes da realização da intervenção, segundo relatos:

Quando os pacientes são encaminhados para o bloco cirúrgico, tem barreiras, até para não fazer procedimento em outro paciente, elas recebem o paciente, olham a pulseira de identificação, perguntam para a gente se é tal paciente e tal procedimento, olham número do prontuário. (H3E1).

Para garantir saúde e cuidado seguro as crianças hospitalizadas em áreas críticas a organização do processo de trabalho torna-se fundamental compreendendo métodos para facilitar a prática profissional diária, facilitando de maneira organizada e correta a melhoria do cuidado aos pacientes pediátricos. Os participantes relatam a prática da checagem das pastas, a notificação de eventos e o desenvolvimento de barreiras de segurança para melhorar o cuidado prestado.

Quando tem dois pacientes com mesmo nome a gente procura já não colocar próximo e já bota uma placa bem grande com nome com uma letra maior, a gente sempre inventa alguma coisa. (H1E2).

Hoje a gente tem a ficha de notificação de evento adverso, mesmo se for um possível erro que não aconteceu. (H3E1).

Outra prática para a organização adequada de um processo de trabalho efetivo seria a leitura dos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), seguimento de normas e rotinas de segurança, a capacitação da equipe de saúde e *feedback* após atividades.

Acho que todas as normas, rotinas e procedimentos mesmo que já seja bem habitual [...] ler a prescrição até o final, conferir com a médica qualquer coisa, lavar as mãos, levantar grade, fazer tudo que é rotina mesmo que seja uma coisa diária. (H3E2).

Remete aqueles seis passos da Joint, se tu seguir aquilo ali dificilmente tu vai errar. Mudou bastante depois que a gente começou a seguir as metas. (H3E1).

Porque foi um feedback pra gente ver como equipe o que foi feito de errado e o que pode ser melhorado em cima daquilo. (H1E2).

Ainda na organização de trabalho foi comentado pelos participantes da pesquisa o trabalho em equipe, a gestão, a divisão das atividades diárias e o número de pessoal adequado para o cuidado seguro dos pacientes pediátricos.

Uma vez a cada dois meses tem uma reunião de equipe [...] a cada seis meses uma reunião geral [...] levam dados de coisas que aconteceram, de coisas que podem ser feitas para não acontecer de novo, se leva estatísticas. (H3E1).

A questão do paciente em si, do físico dele e tudo a gente sempre cuida um do outro, evitando queda, medicação, de alguma forma a gente sempre tá meio que junto com o colega, trabalhando e observando. (H1E2).

Essa segurança no nosso caso lá na UTI [...] começa no acolhimento, desde a entrada, a tua recepção com o paciente, os familiares, esse acolhimento, calor, amor, toda indicação e depois entra a responsabilidade de saber o que tu tá fazendo, de saber como tu vai fazer. (H1E2).

Eles investigam até como tava a situação do plantão, se o número de funcionários estava adequado, se tava estressante, tudo isso né. (H2E1).

A implantação de medidas para a prevenção de quedas, como manter a grade do leito elevada, observar a idade do paciente, orientar os familiares quanto a necessidade dos cuidados quanto às quedas foram discutidas pelos pesquisados.

Também deixar as grades elevadas, nunca deixar as grades baixas, avisar os familiares, mas eles as vezes dizem: ah eu só vou até ali e já volto, não vai acontecer nada. Mas mesmo assim tu tem que, tu precisa elevar as grades. (H3E2).

A segurança do paciente é de responsabilidade coletiva da equipe multiprofissional, assim como o apoio e ajuda dos acompanhantes e dos próprios pacientes. São falas trazidas pelos entrevistados:

A responsabilidade é de todos, como um todo. E como prevenir e fazer com calma, atenção, não na correria [...] tem que parar, raciocinar, ler, reler, fazer uma leitura correta e tirar dúvidas. (H1E1).

Aos familiares, aos profissionais em geral que entraram em contato, multidisciplinar, não é um só, eu acho que são todos. (H1E2).

Os profissionais também salientaram a importância do compartilhamento de informações com toda a equipe que presta cuidados à criança hospitalizada, conhecida como *round*.

Por isso acho que é bem importante o que tem nos últimos anos, a atuação profissional nos rounds, onde vai estar lá e a nutricionista vai lembrar da parte dela, a farmácia não sei o que, fisioterapeuta, a equipe de enfermagem....todo mundo poder dar a sua contribuição. (H3E2).

A higienização das mãos de maneira correta é apontada mundialmente e também pelos participantes como o método mais efetivo para a prevenção de infecções hospitalares, assim como o uso de álcool gel.

Eu acho que a higiene de mãos também, se tu não lavar, de passar os germes multirresistentes para outros pacientes, acho que isso também é segurança do paciente. (H3E2).

Da higienização que tem que ser feita, mas isso né da lavagem de mãos, a importância da lavagem de mãos, o quanto é importante. Mas as vezes tu tá ali, o dispensador de álcool tá ali [...] e é rapidinho. (H1E1).

Melhorar a comunicação efetiva é importante para a continuidade e seguimento do cuidado seguro ao paciente, garantindo que o receptor entenda a informação para diminuir o surgimento de incidentes de segurança. Os participantes trouxeram os seguintes depoimentos:

A comunicação é muito importante entre as equipes, entre os diversos setores do hospital. (H3E1).

A mãe disse que a criança tinha reação alérgica e mesmo assim foi, teve falta de comunicação, na verdade teve comunicação, porém não foi efetiva. (H3E2).

Ali teve a falta de comunicação entre as pessoas, de repetir e ouvir, aquela coisa toda de ouvir [...] e mesmo assim não foi efetiva [...] a gente teria que ouvir e repetir, ler. A comunicação teve, mas só que não foi clara, não foi efetiva. (H1E1).

Observar a identificação correta do paciente, a utilização da pulseira de identificação, contendo nome completo e número do prontuário, devem ser confirmados obrigatoriamente juntamente com paciente e acompanhante antes de qualquer cuidado prestado.

Tu identificava o número de leito, que é errado [...] o número do leito tu não se identifica, porque o paciente pode trocar a qualquer momento de leito [...] O ideal é a pulseira, o nome completo, a data de nascimento, número do prontuário. (H1E1).

A gente tem que explicar porque tem que usar a pulseirinha [...] porque eu pergunto teu nome toda vez que eu entro no quarto, porque eu confiro tua pulseirinha toda vez [...] então hoje a gente conversa bastante, carrega os familiares de informações. (H3E1).

Ao tratar de pacientes que necessitam ficar acamados por um longo período de tempo ou que apresentam dificuldade de mobilização no leito, uma das maiores preocupações da equipe de saúde é quanto à prevenção de lesão por pressão, é implantar estratégias como mudança de decúbito, uso de colchões apropriados e manter hidratação da pele.

Esses tempos teve um paciente que não podia se mexer, mas aí ele se enchia de úlcera, então, acho que meio que tem que ver [...] se não podia até um certo ponto, mas acho que depois deveria fazer isso, naquele momento que não poderia, manuseio mínimo, mas a parte que a gente conseguia lateralizar um pouquinho. (H3E2).

A gente com os pacientes maiores [...] são pacientes grandes que não podem mobilizar, e aí aplicar os filmes em todas as proeminências ósseas, nas costas, os colchões pneumáticos, manter hidratado, mudança de decúbito [...] identificar hiperemia. (H2E1).

Ensino/educação em segurança do paciente

O ensino e a educação em segurança do paciente foram apresentados como a construção do conhecimento mediante o processo de ensino-aprendizagem, desenvolvimento de postura crítica diante dos fatos e promoção de ações para melhorias no cuidado prestado aos pacientes. Os entrevistados relataram a importância de aprender com os erros cometidos e de buscar uma maneira de evitar que aconteçam novamente, como segue falas a seguir:

Precisava impactar porque tinham muitas coisas que precisavam ser mudadas, foi bom para a unidade porque se passou a discutir sobre a segurança [...] por muitas vezes se avisou que aquilo poderia acontecer[...] até que um dia todas as barreiras foram quebradas e aconteceu o erro de medicação e o paciente foi a óbito. Infelizmente uma criança teve que ir a óbito para que a segurança do paciente fosse enraizada. (H3E1).

Acho que uma alguma postura que é bom, que é bem bacana de se ter é tu ter o erro contigo, tu passa pro próximo que isso aconteceu que pode ser a coisa mais boba, mais besta, mas pode ser e passar adiante [...] mas presta atenção nisso e tudo mais, orientar e um colega orientar o outro, acho que não tem problema nenhum. (H2E1).

A busca pelo conhecimento e continuar sempre evoluindo para melhorar a qualidade do cuidado, a educação permanente e as capacitações nas instituições com inclusão da segurança do paciente são de suma importância para o cuidado seguro.

A educação é a melhor maneira de tu orientar[...] conscientizar, educar, explicar os riscos, o que poderia ter acontecido, e orientar de maneira correta. Que as vezes a pessoa não sabe nem [...] a gravidade do que seria o mal. Então tem que conscientizar, educar para que ela aprenda [...] daí ela já vai passar pra próximos, numa próxima vez já vai saber identificar. (H2E1).

Envolvimento/parceria do acompanhante para promoção da segurança do paciente

O envolvimento e a participação dos acompanhantes auxilia para a qualidade dos cuidados ao paciente pediátrico hospitalizado, compartilhando informações significativas e

contribuindo com a equipe multiprofissional para um melhor atendimento, conforme falas dos participantes:

As vezes quando tu vai fazer uma medicação na beira do leito que tu fica sabendo que o paciente tem alergia a alguma medicação [...] eu ia instalar um antibiótico que tava prescrito, paciente só tinha pulseirinha branca, e eu falei/comuniquei pra mãe que ia colocar tal antibiótico. Aí ela qual? [...] Aí ela: esse ele é alérgico. Então se ela não estivesse ali, se eu não tivesse falado nada, eu teria instalado o que estava prescrito. (H3E2).

Porque as vezes as pessoas não dão muito valor para o que os pais falam, só que eles sabem muito sobre os filhos deles, e as pessoas banalizam isso, acho que tinha que dar mais atenção para quando os pais falarem. Porque é eles que ficam ali 24 horas e que podem ficar. (H3E2).

Além do exposto até aqui, os acompanhantes podem contribuir como barreiras para incidentes ao longo da hospitalização das crianças e adolescentes.

Primeiro que a criança ta sempre acompanhada né, isso é uma barreira de proteção pra nós, porque pai e mãe fazem uma barreira muito importante. (H3E1).

DISCUSSÃO

O processo de análise e interpretação dos resultados permitiu conhecer diversas estratégias implantadas pela equipe multiprofissional para o cuidado seguro. As estratégias para o cuidado seguro referentes à terapia medicamentosa são simples e podem ser reforçadas com a equipe, como a identificação do paciente, conferência e checagem dos certos da medicação antes da administração, além de atenção/concentração durante a leitura/interpretação das prescrições. É primordial ressaltar que erros de medicação podem ser identificados e evitados em todas as etapas do processo (prescrição, dispensação, preparação, administração e monitoramento) sendo responsabilidade da equipe multiprofissional¹⁰. O cuidado seguro à criança hospitalizada em áreas críticas deve ser instituído com medidas simples e custo-efetivas como ter atenção em todas as etapas, conferência e revisão de doses, vias, horários, entre outros itens já previstos nos procedimentos operacionais padrão dos serviços de saúde.

As tomadas de decisões rápidas em áreas críticas às vezes apresentam falhas de comunicação no envio, recebimento e interpretação, estando os pacientes sujeitos a qualquer tipo de risco¹¹. A demora no recebimento dos medicamentos necessários faz com que o processo terapêutico não seja efetivo para a melhora do quadro clínico do paciente e também, gerando mais custos para as instituições de saúde.

A prevenção de erros de medicação ocorre em todas as etapas. Conduas para fortalecer a prática segura são realizar a conferência da medicação que vai ser administrada várias vezes, a dupla checagem e checar com farmacêutico do hospital para evitar possíveis erros¹². A dupla checagem assim como compartilhar o cuidado com o farmacêutico são barreiras de segurança durante o cuidado, principalmente em ambientes críticos, onde as crianças encontram-se mais vulneráveis.

É primordial o empoderamento dos acompanhantes e dos pacientes juntamente com a equipe, em participar dos cuidados prestados, principalmente em relação à terapia medicamentosa, podendo eles ser a última barreira para a prevenção de um incidente, através de questionamentos e perguntas¹⁰. Informar o familiar sobre os medicamentos pode ser uma forma de envolver e empoderar para a segurança, porque ele questiona e pergunta, participando ativamente dos cuidados prestados.

O uso correto do *chek-list* apresenta a capacidade para a produção de efeitos positivos para o paciente, melhorando o cuidado que será realizado, favorecendo práticas com maior segurança, diminuindo incidentes e desfechos desfavoráveis¹³. Portanto, estes passos simples e de grande importância tornam os procedimentos mais seguros e reduzem danos ao paciente pediátrico crítico, promovendo procedimento certo, no paciente certo e no local certo.

No contexto da hospitalização infantil, diversos fatores encontram-se envoltos para a segurança do paciente, pelas especificidades da criança e adolescente, portanto barreiras

devem estar presentes para melhorar o cuidado e diminuir os incidentes a que as crianças estão expostas a todo momento¹⁴. A notificação se tornou um excelente instrumento de qualidade para a prática do cuidado seguro, analisando os eventos adversos e direcionando para o aprendizado¹⁵.

Os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), normas, regras e fluxos auxiliam na organização do trabalho, melhorando a prática do cuidado, devendo ser seguidos pela equipe multiprofissional¹⁶. As capacitações melhoraram a segurança, mudando aspectos de rotina, alertando os profissionais para reduzir falhas, aperfeiçoando o cuidado e compartilhando informações para a qualidade do cuidado¹⁷. O *feedback* proporciona maneiras de aprimorar a qualidade do cuidado, reconhecendo pontos fracos e promovendo possibilidades para melhorá-los¹⁸.

A leitura e seguimento dos POPs propostos por cada instituição, assim como normas e rotinas, é de extrema importância para melhorar o cuidado que será ofertado aos pacientes hospitalizados, ainda mais se tratando de pacientes pediátricos críticos. As capacitações e posterior *feedback* aperfeiçoam as técnicas e habilidades de toda a equipe de saúde.

Quanto ao déficit no quadro de pessoal sobrecarregando a jornada de trabalho é preocupante quando se refere a segurança do paciente, podendo ocasionar aspectos desfavoráveis no cuidado prestado¹⁹. O trabalho em equipe tem como vantagem a assistência conjunta entre categorias profissionais, compartilhamento de informações e tomada de decisões para melhor prestação de cuidados, considerando as especificidades de cada área²⁰.

Apesar de algumas dificuldades encontradas, deve-se planejar estratégias para se oferecer um cuidado mais seguro àquele paciente pediátrico crítico, qualificando a assistência prestada e que toda equipe multiprofissional trabalhe de forma articulada, construindo um ambiente mais adequado.

Manter as grades laterais sempre elevadas e comunicar aos acompanhantes em seguir esse comportamento são cuidados que a equipe multiprofissional prioriza na segurança do paciente²¹. A união da equipe multiprofissional de saúde e os acompanhantes são de fundamental importância para a prevenção de quedas na pediatria por meio de medidas preventivas de segurança.

A equipe multiprofissional tem responsabilização coletiva aos cuidados prestados aos pacientes, aprimorando a cultura de segurança, sendo fundamental um bom relacionamento e colaboração de todos os membros, incentivando a colaboração em benefício da segurança²².

Os *rounds* com toda a equipe multidisciplinar fornecem a comunicação entre as diferentes categorias profissionais de saúde, enriquecendo a assistência com melhores práticas de cuidado, diminuindo incidentes e ofertando um trabalho mais seguro ao paciente²³. A implementação dos rounds multidisciplinares favorecem o cuidado ao paciente, pensando juntos nos cuidados a serem prestados, nas condutas e tratamentos para os pacientes pediátricos críticos em unidades de emergência e unidade de terapia intensiva.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) mostra que de 5 a 10% dos pacientes internados adquirem algum tipo de infecção ao longo da internação, e que a realização da higiene de mãos frequente e correta é a principal maneira de diminuir infecções associadas aos cuidados de saúde²⁴. Em relação aos dispensadores de álcool gel próximos aos leitos dos pacientes e ao alcance das mãos dos profissionais, aparecem como resposta positiva para que tanto os profissionais quanto os acompanhantes façam uso pelo fácil acesso²⁵.

A clareza na comunicação durante os cuidados de saúde são fundamentais para a segurança do paciente pediátrico, porém, ainda existem algumas dificuldades que devem ser superadas, como a capacidade de entendimento do paciente e acompanhante e em querer

participarem ativamente do cuidado prestado. A comunicação eficiente pode evitar danos ao paciente, evitando desfechos desfavoráveis²⁶.

A identificação do paciente é a primeira meta internacional de segurança do paciente em relação ao atendimento seguro em todas as instituições de saúde, tendo por objetivo prestar o cuidado no paciente certo. A pulseira de identificação deve conter pelo menos dois identificadores (nome completo, número do prontuário, data de nascimento, nome da mãe, entre outros), ser de cor branca e colocada em um dos membros do paciente e ser analisada antes de qualquer atendimento prestado²⁷.

As ações de prevenção para lesões por pressão seriam a utilização da escala de Braden Q (que avalia o risco que o paciente pediátrico apresenta para desenvolver lesões por pressão), assim como utilizar colchões piramidais, hidratação da pele com produtos adequados, proteger as áreas de proeminências ósseas e mudança de decúbito²⁸. Portanto a primeira medida adotada é realizar a avaliação de risco do paciente pediátrico no mínimo uma vez por semana, inspecionar a pele regularmente e fazer mudanças de decúbito frequentes.

A categoria intitulada como *Manutenção da adesão aos protocolos/metas de segurança do paciente pediátrico* mostrou que as rotinas diárias a serem seguidas e incorporadas por toda a equipe multiprofissional que presta cuidados aos pacientes graves, de emergência e UTI pediátrica, melhora a qualidade da cultura de segurança. O seguimento de protocolos e das metas de segurança do paciente norteia a qualificação da assistência que é prestada aos pacientes, portanto, é necessário, atualização, aprendizado, estudo sobre os aspectos de segurança do paciente.

A formação profissional deve fazer com que o profissional reflita sobre o seu trabalho, se tornando um sujeito com pensamento crítico, aprendendo e saber compartilhar do seu conhecimento com os demais, impactando diariamente no cuidado aos pacientes pediátricos²⁹.

A educação e o processo de aprender faz com que os profissionais possam atuar com mais confiança, tendo um olhar mais crítico, ainda mais quando estamos lidando com pacientes graves e instáveis.

O ensino e a educação estão presentes no dia a dia das pessoas, e na área da saúde não é diferente. Os profissionais constantemente ensinam e aprendem, por intermédio de conversas, da passagem de conhecimento e pensamentos e recebimento de novas informações. É necessário investir em educação ainda durante a formação profissional, discutindo contextos e possibilidades de metodologias que empoderem esses profissionais, qualificando os cuidados³⁰. A equipe multiprofissional deve trocar saberes, experiências, idéias e conhecimentos para melhorar a qualidade do cuidado prestado aos pacientes pediátricos.

A categoria denominada *Ensino/educação em segurança do paciente* reforça que a educação e o ensino em segurança do paciente podem colaborar na instrumentalização dos profissionais para o cuidado de pacientes críticos, pois é necessário conhecimento teórico, habilidade prática e atitudes proativas para a segurança do paciente pediátrico. Nesta perspectiva preconiza-se o aprender com os erros/incidentes que podem colaborar no reconhecimento de incidentes frequentes na pediatria e também no desenvolvimento de estratégias para evitar recorrências destas circunstâncias.

A participação dos acompanhantes durante os cuidados prestados é de suma relevância no contexto da segurança do paciente. Isso reflete na aproximação entre acompanhantes e equipe multiprofissional, auxiliando no tratamento do paciente, na redução de possíveis incidentes, pela observação e questionamentos com a equipe, sendo eles fiscalizadores do cuidado²¹. A participação ativa dos acompanhantes vai muito além de prestar apoio, carinho e conforto ao pacientes hospitalizados, é importante um olhar atento quando a equipe presta cuidados aos pacientes pediátricos em ambientes críticos e com os pacientes mais graves.

Os acompanhantes se tornam barreiras protetoras efetivas durante a hospitalização das crianças, sendo parceiros em relação à prevenção de incidentes e assim, reduzindo a ocorrência de erros durante a assistência prestada²¹.

A categoria intitulada *Envolvimento/parceria aos acompanhantes para promoção da segurança do paciente* mostrou quanto é importante a sua participação para a promoção da segurança do paciente, se tornando uma barreira de cuidado, questionando sobre o cuidado prestado. A necessidade de aproximação da equipe multiprofissional de saúde e acompanhantes colabora para o engajamento dos familiares na segurança do paciente pediátrico crítico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou estratégias para melhorar e promover a segurança do paciente pediátrico no contexto hospitalar, mas especificamente em áreas críticas. Todas as estratégias trazidas pelos profissionais da equipe multidisciplinar merecem destaque por serem medidas simples, sem custos e já previstas pelas instituições de saúde.

Toda a equipe multiprofissional que presta cuidados a estes pacientes tem papel importante em mudar este cenário, por ser um ambiente complexo e de tomadas de decisões rápidas. Os profissionais reconheceram os riscos que os pacientes estão expostos e que a implantação de boas práticas no atendimento e a identificação de barreiras são fundamentais para promover a segurança do paciente pediátrico.

As estratégias constatadas pelos participantes mostram algumas fragilidades que ainda existem, mas acima de tudo, encontram meios que estruturam um cuidado mais seguro a ser prestado às crianças e adolescentes hospitalizados. Fortalecer as estratégias nas áreas críticas e estimular a melhoria do cuidado seguro por todos os profissionais da equipe multidisciplinar é

de extrema importância, tornando o trabalho mais efetivo e qualificando o cuidado seguro prestado nessas instituições.

Recomenda-se que a abordagem que envolve estratégias de segurança ao paciente pediátrico em áreas críticas possam já ser discutidas durante a graduação durante o processo de formação dos profissionais e dando continuidade nas ações de educação permanente das instituições de saúde. Novos estudos precisam ser realizados para que sejam alcançados níveis mais elevados de segurança, diminuindo os incidentes e danos que cercam os cuidados em saúde.

Entre as limitações deste estudo pode-se citar a pouca adesão dos profissionais da equipe multidisciplinar das diversas categorias em participar da pesquisa, sendo que os participantes mais ativos foram os da equipe de enfermagem. Em uma instituição houve apenas uma entrevista pela falta de profissionais interessados em participar da pesquisa.

REFERÊNCIAS

- 1 Macedo TR, Rocha PK, Tomazini A, Souza S, Anders JC, Davis K. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. Rev Esc Enferm USP. [Internet]. 2016 [acesso em 2018 abr 25]; 50 (5). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt_0080-6234-reeusp-50-05-0757.pdf.
- 2 Vecina ST, Chánovas M, Roqueta F, Cepeda TT. A segurança do paciente em emergências e emergências: balanço de quatro anos do programa de Segurança do Paciente SEMES. Emergencias: Revista da Sociedade Espanhola de Medicina de Emergência e Emergência. [Internet]. 2012 [acesso em 2018 abr 30]; 24(3). Disponível em: http://www.semes.org/revista/vol24_3/11.pdf.
- 3 World Health Organization (WHO). Global Alliance for Patient Safety. Forward Programme. [Internet]. 2008-2009 [Acesso em 2018 abr 25]; Geneva (SZ): World Health Organization. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=931:alianca-mundial-para-seguranca-do-paciente&Itemid=685
- 4 James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. Patient Safety America. [Internet]. 2013 [acesso em 2019 jun 21]; Texas. Disponível em: <https://translate.google.com/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23860193&prev=search>.

- 5 Brasil. Programa Nacional de Segurança do Paciente já tem história para contar. Fundação Oswaldo Cruz, Portal Proqualis. [Internet]. 2013 [acesso em 2018 mai 5]; Rio de Janeiro. Disponível em: <https://proqualis.net/noticias/programa-nacional-de-seguran%C3%A7a-do-paciente-j%C3%A1-tem-hist%C3%B3ria-para-contar>.
- 6 Sousa FCP, Montenegro LC, Goveia VR, Corrêa AR, Rocha PK, Manzo BF. A participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva do enfermeiro. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2017 [acesso em 2018 set 22]; 26(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e1180016.pdf>.
- 7 Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. 2013 [acesso em 2018 mai 2]; 18(7). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/18.pdf>.
- 8 Rebraensp (Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente). Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. [Internet]. 2013 [acesso em 2018 abr 27]; Porto Alegre (RS): EDIPUCRS. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Estrat%C3%A9gias-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-manual-para-profissionais-da-sa%C3%BAde.pdf>.
- 9 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. [Livro]. 2014; 14. ed. São Paulo: Hucitec.
- 10 Santos PRA, Rocha FLR, Sampaio CSJC. Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2019 [acesso em 2019 mai 2]; Ed 40. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200423.
- 11 Quitério LM, Santos EV, Gallotti RDM, Novaretti MCZ. Adverse Events Due to Miscommunication In Intensive Care Units. Revista Espacios. [Internet]. 2016 [acesso em 2019 mai 11]; 37(30). Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a16v37n30/16373020.html>.
- 12 Siqueira CL, Ferreira KM, Souza TC, Feldman LB. Sentimentos experimentados por equipes de enfermagem acerca dos erros de medicação. Cogitare Enferm. [Internet]. 2016 [acesso em 2019 mai 27]; v 21. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45411/pdf>.
- 13 Tostes MFP, Galvão CM. Lista de verificação de segurança cirúrgica: benefícios, facilitadores e barreiras na perspectiva da enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2019 [acesso em 2019 mai 13]; Ed 40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200402&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- 14 Souza FT, Garcia MC, Rangel PPS, Rocha PK. Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico. Rev Enferm UFSM. [Internet]. 2014 [acesso em 2019 mai 19]; 4(1). Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8781/pdf>.
- 15 Paiva MCMS, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DMR, Lima SAM, Juliani CMC. Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. Rev Latino-Am Enfermagem. [Internet]. 2014 [acesso 2019 mai 16]; 22(5). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00747.pdf.

- 16 Krauzer IM, Dall'Agnol CM, Gelbcke FL, Lorenzini E, Fraz L. A construção de protocolos assistenciais no trabalho em enfermagem. Rev Min Enferm. [Internet]. 2018 [acesso em 2019 mai 15]; Ed 22. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1225>.
- 17 Marinho MM, Radunz V, Rosa LM, Tourinho FSV, Ilha P, Misiak M. Intervenções educativas com profissionais de enfermagem e sua relação com a cultura de segurança. Rev Min Enferm. [Internet]. 2018 [acesso em 2019 mai 15]; Ed 22. Disponível em : <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-964926>
- 18 Borges MC, Miranda GH, Santana RG, Bollela VR. Avaliação formativa e *feedback* como ferramenta de aprendizagem na formação de profissionais da saúde. Revista FMRP USP. [Internet]. 2014 [acesso em 2019 mai 10]; 47(3). Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n3/11_Avaliacao-formativa-e-feedback-como-ferramenta-de-aprendizado-na-formacao-de-profissionais-da-saude.pdf.
- 19 Cruz EDA, Rocha DJM, Mauricio AB, Ulbrich FS, Batista J, Maziero ECS. Cultura de Segurança entre profissionais de Saúde em Hospital de Ensino. Cogitare Enferm. [Internet]. 2018 [acesso em 2019 mai 10]; (23)1. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50717/pdf>.
- 20 Casanova IA, Batista NA, Moreno LR. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde. [Internet]. 2015 [acesso em 2019 mai 14]; 40(3). Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/800/695>.
- 21 Peres MA, Wegner W, Cantarelli-Kantorski KJ, Gerhardt LM, Magalhães ANM. Percepção de familiares e cuidadores quanto à segurança do paciente em unidade de internação pediátrica. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2018 [acesso em 2019 mai 24]; Ed 39. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e2017-0195.pdf>.
- 22 Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Educação para cultura de segurança do paciente: implicações para a formação profissional. Esc Anna Nery. [Internet]. 2016 [acesso em 2019 mai 13]; 20(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300212&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- 23 Guzinski C, Lopes ANM, Flor J, Migliavaca J, Tortato C, Pai DD. Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do *round* interdisciplinar em cirurgia ortopédica. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2019 [acesso em 2019 mai 22]; Ed 40. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/89783/51786>.
- 24 Silva FM, Porto Tp, Rocha PK, Lessmann JC, Cabral PFA, Schneider KKL. Hand washing and safety of the pediatric patient. Ciencia y Enfermería. [Internet]. 2013 [acesso em 2019 mai 14]; Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v19n2/art_10.pdf.
- 25 Magnano TSBS, Ongaro JD, Greco PBT, Lanes TC, Zottele C, Gonçalves NG, et al. Infraestrutura para higienização das mãos em um hospital universitário. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2019 [acesso em 2019 mai 20]; Ed 40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200404.
- 26 Biasibetti C, Hoffmann LM, Rodrigues FA, Wegner W, Rocha PK. Comunicação para a segurança do paciente em internações pediátricas. Ver Gaúcha Enferm. [Internet]. 2019 [acesso em 2019 mai 12]; Ed 40. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200421&lng=pt&nrm=iso.

- 27 Bernal SCZ, Raimondi DC, Oliveira JLC, Inoe KC, Matsuda LM. Práticas de identificação do paciente em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 mai 6]; (23)3. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/53390/pdf>.
- 28 Caldini LN, Araújo TM, Frota NM, Barros LM, Silva LA, Caetano JÁ. Avaliação de tecnologia educativa sobre lesão por pressão baseada em indicadores de qualidade assistenciais. *Rev Rene.* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 mai 18]; Ed 19. Disponível em : <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/32695>.
- 29 Fabbro MRC, Salim NR, Bussadori JCC, Okido ACC, Dupas G. Estratégias ativas de ensino e aprendizagem: percepções de estudantes de enfermagem. *Rev Min Enferm.* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 mai 25]; Ed 22. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1276>.
- 30 Arnemann CT, Lavich CRP, Terra MG, Mello AL, Raddatz M. Educação em Saúde e Educação Permanente: ações que integram o processo educativo da enfermagem. *Ver. Baiana enferm.* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 mai 22]; Ed 32. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/24719/16130>.

ANEXO A – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COLETIVAS SEMIESTRUTURADAS

CÓDIGO: _____

Caracterização do(a) participante:

Profissão: _____

Idade: _____

Tempo de Formação: _____

Tempo de Experiência na área da criança: _____

Pós-Graduação: _____

Setor de Atuação: _____

Tempo de atuação no setor? _____

Questões Norteadoras

- 1) O que é segurança do paciente e como você aplica esses pressupostos na sua atuação profissional?
- 2) Conte-me o que você compreende por erros médicos, incidentes de segurança do paciente e eventos adversos na sua prática profissional?
- 3) Cite exemplos de riscos que predispõem a criança hospitalizada a eventos adversos? Quais os mais comuns no cotidiano?
- 4) Você conversa com o paciente/acompanhante sobre algum eventual evento adverso? Como é discutida essa questão na equipe da qual você faz parte?
- 5) Como identificar um risco para possível incidente de segurança do paciente?
- 6) Qual a minha atuação frente a uma dessas circunstâncias? Devo identificar o envolvido e comunicar a chefia imediata?
- 7) A punição pode ser uma medida adotada? A ocorrência de evento adverso é responsabilidade de quem? Como prevenir?
- 8) Que estratégias você utiliza no seu cotidiano para garantir a segurança da criança hospitalizada? Os demais membros da equipe multiprofissional seguem alguma diretriz ou protocolo?

Fonte: Projeto de Pesquisa n. 28192 - “Segurança do paciente nos serviços de atenção hospitalar à criança na cidade de Porto Alegre/RS” – Coordenação Prof Wiliam Wegner

ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

Título do Projeto: PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUANTO A SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO EM ÁREAS CRÍTICAS

Aluna: Fernanda Stroeher Pereira

* A pesquisadora do projeto acima se compromete a preservar as informações que serão coletadas na base de dados do Projeto de Pesquisa intitulado "Segurança do paciente nos serviços de atenção hospitalar à criança na cidade de Porto Alegre/RS", coordenado pelo Prof. Dr. William Wegner, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Concorda, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto, que é o seu Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto deste projeto de pesquisa.

Porto Alegre, 18 de junho de 2019.

Fernanda Stroeher Pereira

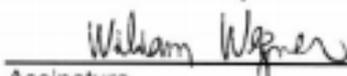
Aluna



Assinatura

William Wegner

Coordenador do Projeto



Assinatura

Fonte: Projeto de Pesquisa n. 28192 - "Segurança do paciente nos serviços de atenção hospitalar à criança na cidade de Porto Alegre/RS" – Coordenação Prof William Wegner.

**ANEXO C – CARTA DE APROVAÇÃO PELA COMISSÃO DE PESQUISA DA
ESCOLA DE ENFERMAGEM UFRGS**

Projeto de pesquisa Nº 36264

----- Mensagem original -----

Assunto:Projeto de Pesquisa na Comissão de Pesquisa de Enfermagem
Data:27-02-2019 09:40
Remetente:<enf_compesq@ufrgs.br>
Para:wiliam.wegner@ufrgs.br

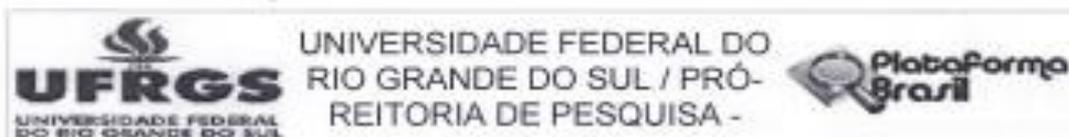
Prezado Pesquisador WILIAM WEGNER,

Informamos que o projeto de pesquisa PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUANTO A SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO EM ÁREAS CRÍTICAS encaminhado para análise em 01/12/2018 foi aprovado quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa de Enfermagem com o seguinte parecer:

Conforme alterações realizadas, projeto aprovado.

Atenciosamente, Comissão de Pesquisa de Enfermagem

ANEXO D – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO HOSPITALAR À CRIANÇA NA CIDADE DE PORTO ALEGRE/RS

Pesquisador: Wilam Wegner

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43549115.0.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.072.189

Data da Relatoria: 21/05/2015

Apresentação do Projeto:

Consta na argumentação que o tema segurança do paciente e suas implicações na área da saúde tem sido propulsor de pesquisas e publicações, principalmente no que tange aos erros de medicamentos e eventos adversos provocados pela atenção à saúde em contextos internacionais. É ressaltado, no entanto, haver poucos estudos que abordam o assunto e problematizam as inúmeras interfaces que a questão da segurança do paciente pode significar para a qualidade do cuidado em saúde no contexto da saúde da criança, adolescente e família, portanto, a mobilização dos autores concentra-se nesta lacuna do conhecimento.

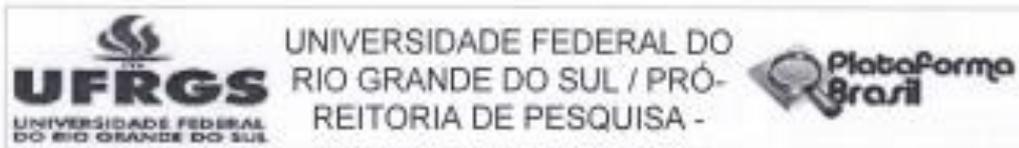
Os autores pontuam que a relevância do estudo para a área da saúde e enfermagem reside no permanente desafio de aprimoramento dos serviços de saúde pediátricos na perspectiva da segurança do paciente e necessidade de incorporação da cultura de segurança nos serviços de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVOS PRIMÁRIOS

- Analisar a segurança do paciente na atenção à saúde da criança sob a ótica dos gestores, profissionais da saúde e acompanhantes da criança hospitalizada.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Fátima CEP: 91.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4065 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.072.189

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

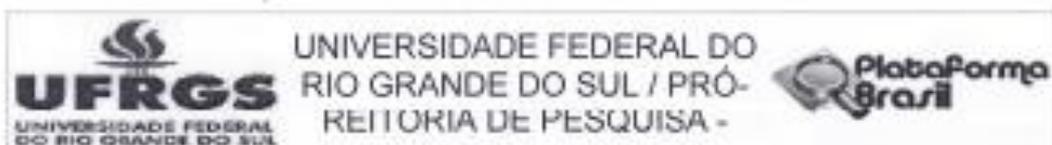
- Caracterizar os principais serviços de saúde hospitalares que atendem crianças na cidade de Porto Alegre/RS vinculados ao Sistema Único de Saúde.
- Verificar a implantação do Plano de Segurança do Paciente em Serviço de Saúde nos serviços hospitalares de atenção à saúde da criança.
- Descrever os principais incidentes de segurança do paciente, os tipos de eventos adversos e os encaminhamentos que acontecem no cotidiano da assistência à criança hospitalizada sob a ótica dos gestores, profissionais da saúde e acompanhantes/cuidadores.
- Descrever o perfil dos incidentes de segurança do paciente documentados nos serviços de saúde a partir do sistema de notificação adotado.
- Construir e validar um instrumento piloto tipo checklist a partir dos principais dados/informações relacionados ao cuidado seguro na hospitalização infantil que são identificados na conclusão das cinco etapas do estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: Devidamente descritos e considerados como mínimos: Para os profissionais da saúde e gestores, possível desconforto em relatar algum incidente de segurança do paciente presenciado ou pela insegurança e/ou medo de punição na possibilidade de entender que o erro é algo individual passível de punição ou medida administrativa da instituição empregadora. Para os acompanhantes/cuidadores da criança hospitalizada, os riscos podem estar vinculados ao desconforto de lembrar-se de algum incidente de segurança do paciente que tenha envolvido a criança ou familiar durante a hospitalização. Em ambos os casos, tanto para os gestores e profissionais da saúde como para os acompanhantes da criança hospitalizada, a equipe de pesquisadores estará instrumentalizada para orientar e acolher os participantes que manifestarem algum tipo de estranheza com os questionamentos, podendo interromper a participação caso seja necessário.

BENEFÍCIOS: Devidamente informados. Considera que os benefícios da pesquisa corroboram com as recomendações da Organização Mundial da Saúde que recomenda e incentiva estudos que discutem a segurança do paciente, bem como o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) proposta pelo Ministério da Saúde.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Fátima CEP: 91.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3728 Fax: (51)3308-4065 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.072/168

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

DELINEAMENTO: Abordagem quanti-qualitativa do tipo exploratória. Para a fase quantitativa será empregado um delineamento transversal e para a etapa qualitativa será utilizado o exploratório-descritivo. Para validação do instrumento-piloto tipo checklist será desenvolvido um estudo metodológico.

LOCAL REALIZAÇÃO: A pesquisa será desenvolvida nos cinco principais serviços de atenção hospitalar pediátrica da cidade de Porto Alegre/RS por serem consideradas referências estaduais para o cuidado à criança e oferecerem atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde.

- Hospital da Criança Conceição – Grupo Hospitalar Conceição (Instituição A)
- Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas – Secretaria Municipal da Saúde (Instituição B)
- Hospital São Lucas – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (Instituição C)
- Hospital da Criança Santo Antônio – Sta. Casa de Misericórdia de Porto Alegre (Instituição D)
- Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Ministério da Saúde / Educação (Instituição E)

PARTICIPANTES: 320 (80 acompanhantes/cuidadores mediante entrevistas, 20 Administradores, Coordenadores e Gestores mediante questionários e 210 profissionais de saúde mediante entrevistas coletivas).

Também, haverá consulta às fichas de notificação de incidentes de segurança do paciente utilizadas pelas instituições participantes.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO: Descritos.

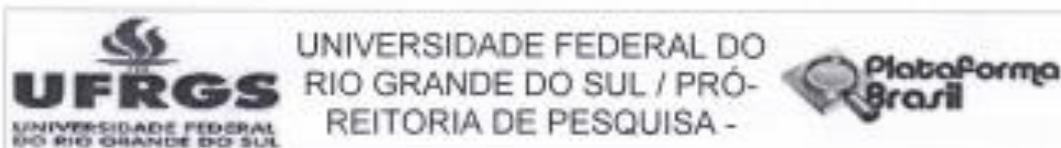
CRITÉRIO DE EXCLUSÃO: Descritos.

PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS: questionário estruturado, entrevista coletiva, entrevista semiestruturada e banco de dados secundários. Todos os integrantes da equipe de pesquisadores serão capacitados e orientados para a coleta de dados.

ANÁLISE DOS DADOS:

- **ETAPA QUANTITATIVA:** Os dados quantitativos serão analisados por meio da estatística descritiva e analítica, utilizando o software SPSS versão 18.0.
- **ETAPA QUALITATIVA:** Análise de conteúdo do tipo temática proposta por Minayo, estando previsto o uso do software QSR Nvivo versão 9.0.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 de Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Fátima CEP: 91.040-000
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3736 Fax: (51)3308-4985 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.072.108

INSTRUMENTO PILOTO: A construção e validação do instrumento-piloto do tipo checklist será realizada por meio das três etapas da técnica Delphi (validação inicial, validação de conteúdo e aplicação de formulário).

CRONOGRAMA: Na 2ª versão do projeto foram adequadas etapas prospectivas.

ORÇAMENTO E CUSTEIO: Devidamente informado (R\$ 21.500,00). Buscará apoio em Agências Financiadoras.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Anexou parecer consubstanciado da COMPESQ-ENF-UFRGS.
- Atendeu recomendação do Parecer Anterior, anexando anuência prévia de todas Instituições de realização da pesquisa.
- Anexou modelo de Termo de Compromisso para Utilização de Dados (APÊNDICE H): acesso aos dados secundários provenientes do sistema de notificação e documentação.
- Na 2ª versão do projeto, complementou apresentação de TCLE: um para os gestores, outro para profissionais da saúde e outro para os acompanhantes/cuidadores da criança hospitalizada.

Recomendações:

Atentar para a submissão do projeto nos CEPs das Instituições Co-Participantes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendeu a todas recomendações contidas no parecer anterior.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Fátima CEP: 90.040-000
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3335-3738 Fax: (51)3335-4035 E-mail: etica@propisq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -



Cotação do Plano: 1.072.189

PORTO ALEGRE, 21 de Maio de 2010

Assinado por:

MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Fariópolis CEP: 90.040-000
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3736 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br

ANEXO E – INSTRUÇÃO AOS AUTORES – REVISTA COGITARE

Artigos originais – Limite máximo de 4500 palavras

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

ANÁLISE DE PLÁGIO

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

- Até 25% de plágio – será enviada uma carta aos autores, contendo orientações e recomendações;
- Acima de 26% de plágio – será realizada a captação dos autores e da instituição, sendo cumpridas as questões e deveres éticos em relação aos trabalhos científicos.

FORMAÇÃO GERAL DO DOCUMENTO

FORMATO: “.doc”;

FOLHA: Tamanho A4;

MARGENS: 2,5 cm nas quatro margens;

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

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

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

ESPAÇAMENTO: Duplo no decorrer do manuscrito, inclusive no resumo; Simples para título, descritores, citação direta com mais de três linhas, em transliteração de depoimento e referências bibliográficas.

Modelo para download: [Template do Artigo](#)

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

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

OBS: AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFLIÇÕES: É de responsabilidade dos autores as informações e autorizações relativas aos itens mencionados acima;

Deverá contar em uma nova seção, logo após a conclusão. Citar o número do edital ao qual a pesquisa está vinculada.

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

FORMATAÇÃO DA ESTRUTURA DO MANUSCRITO

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

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

TÍTULO

Deve aparecer no mesmo idioma do manuscrito;

Tem limite de 16 palavras;

CAIXA ALTA, NEGRITO, ESPAÇAMENTO SIMPLES E CENTRALIZADO

RESUMO

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

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

Não poderá conter abreviaturas, nem siglas.

DESCRITORES

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

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

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

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

Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DECS) -> <http://decs.bvs.br>; Lembrar de clicar em: “Descritor Exato”.

Também poderão ser utilizados descritores do Medical Subject Headings (MeSH) -> www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html

Espaçamento simples entre linhas, conforme exemplo:

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

INTRODUÇÃO

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

MÉTODO

Deve conter o método empregado, período e local em que foi desenvolvida a pesquisa, população/amostra, critérios de inclusão e de exclusão, fontes e instrumentos de coleta de dados, método de análise de dados.

Para pesquisa que envolva seres humanos os autores deverão explicitar a observação de princípios éticos, em acordo com a legislação do país de origem do manuscrito, e informar o número do **parecer de aprovação** por Comitê de Ética em pesquisa de acordo com a legislação vigente.

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

RESULTADOS

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

Inserir sempre o **valor de “n” e a porcentagem entre parênteses**. Lembrando que n abaixo de 10 deverá estar escrito por extenso e igual ou acima de 10 deverá ser numérico.

Exemplo: “Dos 100 participantes, 15 (15%) referiram melhora do quadro e seis (6%) referiram piora”.

DISCUSSÃO

Apresentação de aspectos relevantes e interpretação dos dados obtidos. Relação e discussão com resultados de pesquisas, implicações e limitações do estudo. Não devem ser reapresentados dados que constem nos resultados.

CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para pesquisas futuras;

Fundamentadas nos objetivos, resultados e discussão, evitando afirmações não relacionadas ao estudo e/ou novas interpretações. Incluir as contribuições do estudo realizado.

AGRADECIMENTOS

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

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

Agradecimentos, apoio financeiro ou técnico, declaração de conflito de interesse financeiro e/ou de aflições: É responsabilidade dos autores as informações e autorizações relativas aos itens mencionados acima. Citar o número do edital ao qual a pesquisa está vinculada. Em virtude da Portaria CAPES 206, de 4 de setembro de 2018, que dispõe sobre a obrigatoriedade de citação CAPES, solicitamos a todos os autores que informem o recebimento de auxílio à pesquisa em todos os manuscritos submetidos. A partir desta data, os autores devem fazer referência ao apoio recebido que decorram de atividades financiadas pela CAPES, integral ou parcialmente.

REFERÊNCIAS

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

Limite máximo de 30 referências;

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

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

ANEXOS

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

ORIENTAÇÃO PARA ILUSTRAÇÕES

Por ilustrações entendem-se tabelas, quadros e figuras (gráficos, diagramas, fotos).

São permitidos, no máximo, 5 ilustrações as quais devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos.

Devem ser indicadas no texto com a primeira letra maiúscula.

Exemplo: Tabela 2, Quadro 1, Figura 3.

A fonte das informações da ilustração, quando resultante de outra pesquisa, deve ser citada e constar nas referências.

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

- Deve ser inserida o mais próximo possível do texto.

Tabelas

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

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

- Utilizar traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e, na parte inferior da tabela;

- Não devem apresentar nem linhas verticais e horizontais no interior da tabela;

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

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

Exemplo:

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

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

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

Quadros

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

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

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

Exemplo:

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

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

Figuras (Gráficos, Diagramas, Fotos)

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

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

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

Exemplo:



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

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

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

ORIENTAÇÕES PARA CITAÇÕES E DEPOIMENTOS

1) Citação indireta ou paráfrase

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

Exemplo:

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

2) Citação seqüencial/intercalada

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

Exemplo:

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

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

Exemplo:

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

3) Citação direta com até três linhas

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

Exemplo:

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

4) Citação direta com mais de três linhas

Constar um novo parágrafo, justificado à direita e com recuo de 4 cm da margem esquerda, digitada em fonte Times New Roman 10, espaço simples entre linhas, sem aspas.

O número e página correspondentes à citação direta devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo:

^(8:345-6) o número 8 se refere à referência e o 345-6 às páginas.

5) Depoimento

A transliteração de depoimento deverá constar em novo parágrafo, digitada em fonte Times New Roman 12, itálico, com espaçamento simples entre linhas, sem aspas.

Comentários do autor devem estar entre colchetes e sem itálico.

A identificação do sujeito deve ser codificada (explicar a codificação na metodologia), entre parênteses, sem itálico e separada do depoimento por ponto.

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