

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

**ALEX ANTÔNIO DUMANN DA CUNHA**

**COMPREENSÃO DOS FAMILIARES/CUIDADORES SOBRE SEGURANÇA DO  
PACIENTE: SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO SEGURO NA ONCOLOGIA  
PEDIÁTRICA**

**PORTO ALEGRE**

**2016**

**ALEX ANTÔNIO DUMANN DA CUNHA**

**COMPREENSÃO DOS FAMILIARES/CUIDADORES SOBRE SEGURANÇA DO  
PACIENTE: SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO SEGURO NA ONCOLOGIA  
PEDIÁTRICA**

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

**Orientador: Prof. Dr. Wiliam Wegner**

**PORTO ALEGRE**

**2016**

## AGRADECIMENTOS

À Deus, pelas alegrias e pelas tristezas, pelos obstáculos e dificuldades impostos na minha vida fortalecendo minha alma, tornando-me o que sou, obrigado a Deus por nunca me abandonar nos momentos de aflição e falta de Fé, obrigado por me carregar e não desistir de mim quando eu desisti;

À minha mãe, Lurdes Dumann, por todo incentivo, apoio, carinho e tempo que a mim destinou, por ser espírito de luz, divina, e um exemplo de mulher;

À minha futura esposa, Francine Morais da Silva, que tive a honra de conhecer e me apaixonar, durante a graduação. Obrigado pelo companheirismo, pelo amor e pela paciência!

A meus irmãos André, Hélio e Simone e aos sobrinhos, Alexandra, Hélio, Alexandre, Paulo, Symon que sempre torceram por mim.

Aos meus grandes amigos: Dr. Luis Gustavo Gomes Flores, Hermes Rocha, Ana Paula Rocha, Luciano Rocha, Fernando Sefrin, Elton Roberto Alves e Marlete Alves e a todos os outros que não pude citar, mas que sempre estiveram presentes;

Ao meu orientador, Wiliam Wegner, por sua dedicação como verdadeiro professor. Obrigado pelo aprendizado, pelas palavras certas nos momentos de dúvidas, pelas broncas e sustos ao longo do meu último estágio que serviram para amadurecer o profissional que serei.

A todos os professores e enfermeiros que, de alguma forma, contribuíram para a minha formação;

Aos colegas acadêmicos e futuros Enfermeiros, que tive o prazer de conhecer ao longo da graduação.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	4
2	OBJETIVOS .....	6
3	REVISÃO DE LITERATURA .....	7
4	METODOLOGIA .....	11
4.1	Tipo de Estudo .....	11
4.2	Contexto do estudo .....	11
4.3	Participantes do Estudo .....	12
4.4	Coleta de Informações .....	12
4.5	Análise das informações .....	13
4.6	Aspectos bioéticos .....	14
	REFERÊNCIAS .....	15
	<b>ARTIGO – REVISTA ELETRÔNICA DE ENFERMAGEM</b> .....	20
	<b>Compreensão dos familiares/cuidadores sobre segurança do paciente: subsídios para o cuidado seguro na oncologia pediátrica</b> .....	20
	<b>RESUMO</b> .....	20
	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	20
	<b>MÉTODO</b> .....	22
	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	23
	<b>Compreensão do familiar sobre estratégias de segurança</b> .....	24
	<b>O papel do familiar cuidador na segurança do paciente</b> .....	26
	<b>Tipos de incidentes de segurança identificados pelo cuidador familiar</b> ...	28
	<b>Condutas diante de um erro</b> .....	30
	<b>CONCLUSÃO</b> .....	32
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	33
	<b>ANEXO A - Roteiro da entrevista semiestruturada acompanhantes</b> .....	35
	<b>ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)</b> .....	36
	<b>ANEXO C – Aprovação CEP – HCPA</b> .....	38
	<b>ANEXO D - Termo de Compromisso para Utilização de Dados</b> .....	46
	<b>ANEXO E – Instruções aos autores: Revista Eletrônica de Enfermagem</b> .....	47

## 1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um tema que vem ganhando visibilidade na atenção à saúde da criança hospitalizada. No cenário da oncologia pediátrica, tem-se observado inúmeros fatores de risco que podem culminar em incidentes de segurança do paciente e espera-se que a equipe de saúde desenvolva estratégias para prevenir tais situações. O envolvimento do paciente e da família são imprescindíveis para a promoção da segurança do paciente.

A Taxonomia da Classificação Internacional da Segurança do Paciente (CISP) define os termos principais, sendo a segurança do paciente a redução, a um mínimo aceitável, de risco de dano desnecessário a saúde; o dano causando comprometimento da estrutura ou função do corpo, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico; o Incidente sendo um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente e o evento adverso, o incidente que resulta em dano (BRASIL, 2016).

Verifica-se que os principais riscos à segurança da criança hospitalizada estão relacionados ao processo medicamentoso, procedimentos invasivos, quedas, incidentes envolvendo a identificação, compartilhamento de cuidados com a família, comunicação entre profissionais e família da criança (WEGNER; PEDRO, 2012; ROQUE; MELO, 2010; GOMES; OLIVEIRA, 2012).

Entre os principais riscos que as crianças em tratamento oncológico, menores de cinco anos, estão relacionados às complicações cardiovasculares, sendo as complicações infecciosas e a recidiva da própria doença as mais recorrentes (SANTOS, 2013).

Neste processo de saúde/doença, a família traz equilíbrio para a criança doente. Desta forma, a família oferece carinho, conforto, segurança e ensina a criança a entender o que está acontecendo com ela e como enfrentar essa fase da doença (SILVEIRA; OLIVEIRA, 2011).

Neste contexto, os familiares/cuidadores devem ser inseridos como parceiros no desenvolvimento da cultura da segurança, sendo, a cultura onde todos os trabalhadores assumem responsabilidades pela sua própria segurança, pelos colegas, pacientes e familiares em unidades oncológica pediátricas (BRASIL, 2014a).

O cuidado de enfermagem em oncologia pediátrica especializa e modifica-se. Atualmente, a família participa do tratamento da criança oncológica, vivencia de forma intensa o cotidiano da hospitalização (DUARTE; ZANINI; NEDEL, 2013). O cuidado vem sendo executado pelo cuidador/familiar de acordo com o seu conhecimento ou até mesmo adquirido na prática (NEVES; CABRAL; SILVEIRA, 2013).

Salienta-se a importância do relacionamento paciente, família e equipe de enfermagem, com uma escuta e olhar atento, sendo necessário que os profissionais entrem no mundo do outro para compreender as experiências dos pacientes, quais seus anseios em relação à situação vivida (SALES et al, 2012).

Nas últimas décadas, vêm ocorrendo no Brasil mudanças nas causas de morbimortalidade. O câncer está entre as doenças não transmissíveis responsáveis pela mudança do perfil de adoecimento da população brasileira (BRASIL, 2012).

Sendo uma doença rara, na fase infanto-juvenil (crianças e adolescentes entre 0 e 19 anos), ela corresponde a 1% e 3% de todos os tumores malignos, com a leucemia correspondendo a cerca de 25% a 35% (BRASIL, 2014b).

Algumas pesquisas demonstraram que a participação do familiar/cuidador na segurança do paciente pediátrico é incipiente na realidade brasileira. Com isso, há necessidade de construir uma parceria entre o familiar/cuidador e os profissionais da saúde para garantir a segurança do paciente (DUARTE; ZANINI; NEDEL, 2013; SALES *et al*, 2012).

Diante dessa problemática, define-se como questão norteadora: como os familiares/cuidadores estão inseridos nas estratégias de segurança do paciente oncológico na atenção à saúde da criança hospitalizada? Quais os incidentes de segurança do paciente são identificados pelo familiar/cuidador e como deveriam ser conduzidas essas circunstâncias?

Desse modo, o presente estudo tem como objetivos conhecer como os familiares/cuidadores estão inseridos nas estratégias de segurança do paciente oncológico na atenção à saúde da criança hospitalizada, descrever quais os incidentes de segurança do paciente acometem a criança hospitalizada em oncologia pediátrica e como deveriam ser encaminhadas as circunstâncias de cuidado promotoras de eventos adversos na ótica do familiar/cuidador.

O presente estudo justifica-se pela necessidade de oferecer subsídios ao profissional de enfermagem para qualificar o cuidado do familiar/cuidador sobre segurança do paciente, tendo em vista que a temática ainda necessita ser aplicada na prática e promovida entre os envolvidos.

## 2 OBJETIVOS

- Conhecer como os familiares/cuidadores estão inseridos nas estratégias de segurança do paciente oncológico na atenção à saúde da criança hospitalizada;
- Descrever quais os incidentes de segurança do paciente acometem a criança hospitalizada em oncologia pediátrica e como deveriam ser encaminhadas as circunstâncias de cuidado promotoras de eventos adversos na ótica do familiar/cuidador.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão de literatura, visando conhecer o que tem sido estudado sobre este assunto, serão enfocados de forma mais detalhada os temas: segurança do paciente, oncologia pediátrica e o papel dos cuidadores da criança hospitalizada.

O foco na segurança do paciente, caracterizado pela preocupação com a magnitude da ocorrência de eventos adversos (EA), isto é, com lesões ou danos ao paciente ocasionados pelo cuidado de saúde, torna-se evidente com os resultados do Estudo da Prática Médica de Harvard, em 1999 (DONABEDIAN, 1980).

Mais tarde, a publicação *To Err is Human* do *Institute of Medicine* (IOM) (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000), provoca a mobilização da classe médica e do público em geral, das organizações norte-americanas e de diversos países para as questões relacionadas à segurança do paciente.

Parte dessa mobilização é fruto da constatação de que a ocorrência de eventos adversos (EA) envolve custos sociais e econômicos consideráveis, podendo implicar em danos irreversíveis aos pacientes e suas famílias. O relatório do IOM estimou a ocorrência de 44 a 98 mil óbitos a cada ano, nos Estados Unidos (EUA), decorrentes de EA (KOHN, CORRIGAN, DONALDSON, 2000).

Diante deste contexto mundial, em 2004 a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que passou a trabalhar e avaliar este aspecto nos serviços de saúde (CASSIANI, 2010). Dentre as suas principais ações, esta Aliança desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente, onde é encontrada a taxonomia padronizada pela OMS envolvendo os principais conceitos dentro desse processo (BRASIL, 2014c).

A partir da repercussão mundial sobre segurança do paciente, no Brasil, em 2008 o surge o movimento em prol da segurança do paciente constituiu a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), com a finalidade de contribuir para a promoção e proteção da saúde humana, melhoria permanente da qualidade dos serviços e promover o acesso universal e equitativo dos cuidados de saúde no Brasil, neste sentido, o Polo da REBRAENSP no Rio Grande do Sul produziu o Manual para Profissionais de Saúde apresentando 12 estratégias que buscam a promoção da segurança do paciente, com destaque para a estratégia “pacientes parceiros na sua segurança” (REBRAENSP, 2013).

Apesar de todos os avanços voltados para a segurança do paciente, sentiu-se a necessidade de buscar novas estratégias para assegurar um cuidado seguro à saúde dos

brasileiros. Diante deste fato, em 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de aprimorar e aperfeiçoar as práticas no cuidado, visando pessoas capacitadas e treinadas para o desenvolvimento das boas práticas na atenção à saúde (BRASIL, 2014a).

Desta forma, a PNSP possui quatro eixos que envolvem o familiar/cuidador na segurança do paciente, sendo, o estímulo a uma prática assistencial segura, o envolvimento do cidadão na sua segurança, a inclusão do tema no ensino e o incremento de pesquisa sobre o tema (BRASIL, 2014a). O envolvimento da família é uma realidade a ser desenvolvida na enfermagem pediátrica.

É neste contexto da segurança do paciente que se insere a oncologia pediátrica, pois, o câncer é uma doença causada pelo crescimento anormal e desordenada das células que atinge pessoas de todos os sexos, idades, culturas e situações socioeconômicas, está entre as principais causas de morte, causando um impacto psicológico na percepção da sexualidade, imagem pessoal e autoestima, de uma maneira muito significativa (SILVA *et al*, 2013).

Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a serem muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo, as causas de câncer são variadas, podendo ser externas e internas ao organismo estando inter-relacionadas (INCA, 2012).

No Brasil, em 2011, ocorreram 2.812 óbitos por câncer em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos. As neoplasias ocupam a segunda posição com 7% de óbitos de crianças e adolescentes de 1 a 19 anos, perdendo para óbitos por causas externas, desta forma, configura uma doença que mais mata (INCA, 2014b).

A estimativa aponta para a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país (INCA, 2014b).

Embora o câncer afete todas as faixas etárias, a sua maior suscetibilidade está relacionada, sobretudo, aos fatores extrínsecos, tais como: o ambiente, em particular a ocupação, dieta, estresse e hábitos de vida. Trata-se, assim de uma doença complexa, que pode ser de longa duração e que compromete significativamente a vida dos indivíduos nas dimensões biológica, social e afetiva, exigindo assistência especializada de diferentes profissionais (SOUZA; SANTO, 2008).

O paciente com câncer deve contar com uma ampla estrutura de apoio para enfrentar as diferentes etapas do processo, pois requerem intensos cuidados, exigindo da equipe de

enfermagem conhecimento científico e habilidades no tocante ao reconhecimento de sinais e/ou sintomas subjetivos próprios destes clientes (SOUZA; VALADARES, 2011).

Diante do câncer, o paciente oncológico passa por completa mudança em suas relações sociais, familiares e consigo mesmo, portanto, é necessário que haja assistência humanizada capaz de vê-lo como pessoa que sofre, mas que não perdeu sua essência. A assistência de enfermagem para pacientes com câncer deve ser vista como cuidado pleno, encorajador, afetuoso e comprometido em auxiliar na adaptação às novas condições de vida (ARAÚJO et al, 2010).

Em estudo realizado sobre o impacto do câncer, o processo da doença altera a rotina diária de paciente, cuidador e família, e impõe mudança de papéis e adaptações, também os relacionamentos com outros membros da família, amigos e parentes foram alterados, o que implicava afastamento do convívio social e isolamento (GUIMARÃES; ENUMO, 2015).

Outro estudo demonstra que o tratamento realizado para a cura do câncer é muito agressivo e gera muitos transtornos na vida da criança, ocasionando sofrimento aos familiares em questão, porque os efeitos adversos que a quimioterapia desenvolve são muito ruins, começando pela queda de cabelo, emagrecimento, inapetência, até os sucessivos enjoos. A família é convidada a participar integralmente no tratamento do seu filho, porém não estão preparados psicologicamente para enfrentar as transformações decorrentes do tratamento agressivo (ANJOS; SANTO; CARVALHO, 2015).

Famílias de crianças com câncer, muitas vezes, sentem-se impotentes para satisfazer as necessidades relacionadas aos cuidados de saúde de suas crianças e de sustentarem suas vidas familiares. Capacitar essas famílias é uma intervenção que pode ser feita pelos enfermeiros (NASCIMENTO et al, 2005).

Estudos identificaram que o cuidador necessita de capacitação para oferecer os cuidados e que os familiares/cuidadores necessitam apoio emocional, espiritual, físico e de informações para executar o cuidado com confiança (FONSECA; REBELO, 2011).

A capacitação aos familiares/cuidadores deve ser elaborada com o objetivo de auxiliá-los a nas suas dúvidas, anseios e preocupações, promovendo a qualidade (FONSECA; REBELO, 2011).

Neste contexto da criança hospitalizada é que a família torna-se parte do processo de adoecimento e terminalidade de vida de seu ente querido (PEREIRA; DIAS, 2007).

Desta forma, o cotidiano do paciente e de seu familiar/cuidador torna-se alterado, a família que busca uma relação saudável manifesta o desejo de atender da melhor maneira possível todas as necessidades de seu ente querido, expressam amor e carinho e ainda

possuem a capacidade de compartilhar as dúvidas e dividir conhecimento daquilo que os rodeiam (PEREIRA; DIAS, 2007).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Estudo**

A metodologia utilizada foi de abordagem qualitativa do tipo exploratória descritiva, sendo o delineamento qualitativo holístico e flexível, pois busca a compreensão do todo e ajusta-se ao que é aprendido durante a realização da coleta das informações, que são principalmente, palavras ou descrições narrativas, fundamentada no pressuposto de que o conhecimento só é possível com a descrição da experiência humana tal como ela é vivida e definida por seus próprios atores (POLIT; BECK, 2011).

### **4.2 Contexto do estudo**

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é uma instituição pública, geral e universitária, vinculado academicamente a Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Deste modo, por ser um hospital universitário, o hospital promove ensino e orienta acadêmicos de diferentes cursos de graduação da área da saúde, além de qualificar profissionais nos programas de residência médica e residência multiprofissional (HCPA, 2013).

O Serviço de Enfermagem Pediátrica (SEPED) do HCPA foi criado em abril de 1997, caracteriza-se por concentrar sua atenção no desenvolvimento da metodologia do cuidado, centrada na criança e na família da criança hospitalizada. É constituído por quatro unidades com enfoque para assistência de enfermagem, ensino e pesquisa. Atende as modalidades de internação pediátrica clínica e cirúrgica (Unidade de Internação Pediátrica Norte - 10º Norte e Unidade de Internação Pediátrica Sul - 10º Sul) hematologia e oncologia pediátrica (Unidade de Oncologia Pediátrica - 3º Leste) e intensivismo pediátrico (Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica - UTIP) (HCPA, 2012).

A Unidade de Oncologia Pediátrica 3º Leste (UOP) caracteriza-se como unidade de cuidados semi-intensivos, assiste crianças e jovens na faixa etária de dois meses a 18 anos incompletos, atendendo pacientes portadores de distúrbios onco-hematológicos, em cuidados paliativos e Transplante de Medula Óssea, e é hoje um dos principais centros de referência no tratamento do câncer infanto-juvenil do país. São atendidos cerca de 100 novos pacientes por ano, vindos de todo o Rio Grande do Sul e de outros estados do país (HCPA, 2013).

A Unidade possui 25 leitos (18 leitos para a Oncologia Pediátrica, cinco leitos para a Hematologia Pediátrica e dois leitos destinados ao Transplante de Medula Óssea). Em julho

de 2012, a Unidade retornou para as novas instalações no 3º andar, após reforma desde maio de 2011.

Houve a incorporação de um leito na área de transplante de medula óssea autogênico, destinado às reinternações de pacientes transplantados, ou para pacientes com leucemia mieloide aguda ou para as aplasias de medula, permanecendo com 25 leitos no total, a unidade preconiza, também, a permanência conjunta, onde os familiares têm uma estrutura para permanecer com a criança (HCPA, 2012).

A equipe multiprofissional é composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes social, psicólogos, recreacionistas e apoio pedagógico. A equipe é composta por uma enfermeira chefe e conta com 14 enfermeiros e 38 técnicos de enfermagem.

### **4.3 Participantes do Estudo**

Foram convidados a participar do estudo os familiares/cuidadores das crianças hospitalizadas com diagnóstico de neoplasia, no período de janeiro a maio de 2016, e que preenchessem os seguintes critérios de inclusão: ser familiar/cuidador que acompanha a criança hospitalizada e estar a criança internada por, no mínimo, sete dias. Foram excluídas do estudo as crianças com alta prevista e/ou com familiar/cuidador menor de idade.

Inicialmente, foi realizado o levantamento dos prontuários de todos os pacientes internados no período em estudo. Dos 25 leitos da unidade, todos atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa. Destes, foram realizados sorteios para selecionar os familiares/cuidadores para compor o estudo. Dois familiares/cuidadores foram excluídos do estudo, pois não aceitaram gravar a entrevista. Ao final, o estudo contou com a participação de 10 familiares/cuidadores, sendo que o número final de participantes foi definido pelo critério de saturação das informações (POLIT, BECK, 2011).

### **4.4 Coleta de Informações**

Para a coleta das informações foi empregada uma entrevista, (ANEXO A), semiestruturada gravada, norteada por um roteiro desenvolvido no projeto matricial, constituído por duas partes. Na primeira, foram investigadas informações sobre o perfil demográfico e socioeconômico dos familiares/cuidadores e das crianças, na segunda,

contaram com seis perguntas abertas para obter informações sobre os conhecimentos dos familiares/cuidadores relacionados à segurança do paciente. As entrevistas foram realizadas em local privativo com tempo máximo de duração de 30 minutos. Foram gravados 125 minutos de entrevistas, o que gerou 23 páginas de material para ser analisado. Os participantes foram identificados pela letra P, acrescidos de número conforme ordem das entrevistas, por exemplo, P1 = Participante 1.

#### **4.5 Análise das informações**

Para a análise das informações neste estudo foi utilizada a análise de conteúdo do tipo temática proposta por Minayo (2008). A análise possui finalidade de compreender os dados, respondendo as questões formuladas, além de expandir o conhecimento sobre o assunto pesquisado (MINAYO, 2008).

A Análise de Conteúdo, segundo Minayo (2008), desdobra-se nas etapas pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/ interpretação.

A etapa da pré-análise compreende a leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos. A leitura flutuante requer do pesquisador o contato direto e intenso com o material de campo, em que pode surgir a relação entre as hipóteses ou pressupostos iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema. Nesta etapa foram identificadas cinco categorias que foram proposta considerando o conteúdo das entrevistas, os objetivos do estudo e as questões do instrumento de pesquisa.

Durante a etapa da exploração do material, o investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. A categorização, para Minayo (2008), consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas. Nesta etapa, todas as entrevistas foram fragmentadas em Unidades de Significado e o com apoio do Software QSR NVivo versão 10, foram agrupadas em cada categoria.

Na fase de pré-análise, trabalha-se recortando o texto em unidades de registro que podem constituir palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos, indicados como relevantes (MINAYO, 2008). A partir daí, o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas sugerida pela leitura do material e discutido com a literatura pertinente e atualizada.

#### **4.6 Aspectos bioéticos**

Este estudo faz parte dos resultados parciais do projeto de pesquisa "Segurança do Paciente nos Serviços de Atenção Hospitalar à Criança na Cidade de Porto Alegre/RS", desenvolvido pelo Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, Educação e Tecnologias (GEPEETec), pertencente à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Os aspectos éticos foram respeitados conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12.

Todos os participantes do estudo foram entrevistados após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para contemplar os aspectos éticos, foi elaborado um TCLE (ANEXO B), o qual esclareceu aos participantes: os objetivos da pesquisa, a metodologia, o direito à participação voluntária e à recusa de responder quaisquer das questões, os riscos e os benefícios previstos, a garantia de privacidade das informações e do uso exclusivo para finalidade científica, a garantia de anonimato dos participantes e do direito de desistirem de participar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo para a criança e que as dúvidas seriam esclarecidas, antes de sua assinatura, ficando uma cópia para o entrevistado (GOLDIM, 2006).

As gravações ficarão em poder do pesquisador por cinco anos, para então serem desgravadas, conforme Lei de Direitos Autorais 9610/98 (BRASIL, 1998).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição sob CAAE Nº 45330815.7.0000.5327 em agosto de 2015.

## REFERÊNCIAS

ANJOS, C.; SANTO, F.H.E.; CARVALHO, E.M.M.S. O câncer infantil no âmbito familiar: revisão integrativa. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v.19, n.1, p.227-233, 2015.

ARAÚJO, I.M.A. *et al.* A comunicação da enfermeira na assistência de enfermagem à mulher mastectomizada: um estudo de Grounded Theory. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.1, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática.** Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, p.173, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional em Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos.** Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).** Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro, 118p, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **ABC do câncer, abordagens básicas para o controle do câncer.** 2. ed. Rio de Janeiro, p.15-76, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília, p.15, 2014a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativas 2014: incidência de câncer no Brasil,** Rio de Janeiro, 2014b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a criança e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos.** Brasília, 2014c.

CARVALHO, M.M. *et al.* Infecções hospitalares nas Unidades de Terapia Intensiva em um hospital público. **Rev. Interdisciplin. Novafapi,** Teresina, v.4, n.4, p.42-48, 2011.

CASSIANI, S.H.B. Enfermagem e a pesquisa sobre segurança dos pacientes. **Acta paul. enferm,** São Paulo, v.23, n.6, 2010.

CLARO, C.M. *et al.* Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Rev. Esc. Enferm,** São Paulo, v.45, n.1: 167-72, 2011.

COCCO, M; LOPES M.J.M. Violência entre jovens: dinâmicas sociais e situações de vulnerabilidade. **Rev. gaúcha enferm,** Porto Alegre, v.31, n.1, p.151-9, 2010.

DANTAS, M.S.A. *et al.* Impacto do diagnóstico de paralisia cerebral para a família. **Texto Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v.19, n.2, p.229-37, 2010.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment.** Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

DUARTE, M.L.C; ZANINI L.N; NEDEL M.N.B. O cotidiano dos pais de crianças com câncer e hospitalizadas. **Rev. gaúcha enferm**, Porto Alegre (RS), v.33, n.3, p.111-18, 2012.

FONSECA, J. V. C.; REBELO T. Necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.64, n.1, p.180-6, 2011.

GOLDIM, J.R. Bioética: origens e complexidade. **Revista HCPA**, Porto Alegre (RS), v.26, n.2, p.86-92, 2006.

GUIMARÃES, C.A; ENUMO, S.R.F. Impacto familiar nas diferentes fases da leucemia infantil. **Rev. Psicol. teoria e prática**, São Paulo, v.17, n.3, p.66-78, 2015.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Serviço de Enfermagem Onco-hematológica.** [2015]. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/3192/1328/>> Acesso em: 21 jun. 2016.

INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES. **The chasm in quality: select the indicators from recent reports.** Institute of Medicine 2006. Disponível em: <<http://www.iom.edu/?id=14991>>. Acesso em: 8 out. 2015.

KOHN, L.T; CORRIGAN, J.M; DONALDSON, M.S. **To err is human: building a safer health care system.** Washington/DC: National Academy Press, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NASCIMENTO, L.C. *et al.* Crianças com câncer e suas famílias. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.39, n.4, p.469-74, 2005.

NEVES, E.T; CABRAL, I.E; SILVEIRA, A. Family network of children with special health needs: implications for nursing. **Rev. Latino-Am. Enferm**, Ribeirão Preto, v.21, n.2, p.562-70, 2013.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PEREIRA, L. P.; DIAS, A. C. G. O familiar cuidador do paciente terminal: o processo de despedida no contexto hospitalar. **Psico**, Porto Alegre, v.38, n.1, p.55-65, 2007.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. **Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

ROQUE, K.E.; MELO, E.C.P. Adaptação dos critérios de avaliação de eventos adversos a medicamentos para uso em um hospital público no Estado do Rio de Janeiro. **Rev. bras. epidemiol**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.607-19, 2010.

SALES, C.A. *et al.* Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v.25, n.5, p.736-42, 2012.

SILVEIRA, R.A; OLIVEIRA, I.C.S. O cotidiano do familiar/acompanhante junto da criança com doença oncológica durante a hospitalização. **Rev. RENE, Fortaleza**, v.12, n.3, p.532-9, 2011.

SANTOS, M.V.C.; PAIVA, M.G.; MACEDO, C.R.D.P.; PETRILLI, A.S.; AZEKA, E.; JATENE, I.B. et al. I Diretriz Brasileira de Cardio-Oncologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol.*, v.100, n.5, supl.1, p.1-68, 2013.

SOUZA, M.G.G.; SANTO, F.H.E. O olhar que olha o outro... um estudo com familiares de pessoas em quimioterapia antineoplásica. **Rev. bras. cancerol**, Ribeirão Preto, v.54, n.1, p.31-41, 2008.

SOUZA, A.S; VALADARES, G.V. Desvelando o saber/fazer sobre o diagnóstico de enfermagem: experiência vivida em neurocirurgia oncológica. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v.64, n.5, p.890-7, 2011.

SOUZA, L.M; WEGNER, W; GORINI, M.I.P.C. Health education: a strategy of care for the lay caregiver. **Rev. Latino-Am. enferm**, Ribeirão Preto (SP), v.15, n.2, p.337-43, 2007.

WEGNER, W. **A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil** (tese de doutorado). Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;. 156p. 2011.

WEGNER, W; PEDRO, E.N.R. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. **Rev. Latino-Am. enferm**, v.20, n.3, p.427-34, 2012.

WEGNER, W; PEDRO, E.N.R. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. **Rev. Latino-Am. Enferm**, Ribeirão Preto, [Internet]. maio-jun. 2012 [acesso em: 30 jun. 2016]; v.20, n.3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/a02v20n3.pdf>

## ARTIGO – REVISTA ELETRÔNICA DE ENFERMAGEM

### Compreensão dos familiares/cuidadores sobre segurança do paciente: subsídios para o cuidado seguro na oncologia pediátrica

Alex Antônio Dumann da Cunha<sup>1</sup>, Wiliam Wegner<sup>2</sup>

1. Acadêmico de Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: alex.dumann@gmail.com

2. Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: wiliam.wegner@ufrgs.br

#### RESUMO

Objetivou-se compreender como os familiares/cuidadores estão inseridos nas estratégias de segurança do paciente oncológico pediátrico, descrever quais os incidentes de segurança que acometem estas crianças e como deveriam ser encaminhadas as circunstâncias promotoras de eventos adversos na ótica do familiar/cuidador. Trata-se de estudo qualitativo exploratório descritivo, desenvolvido entre abril e junho de 2016 com 10 familiares/cuidadores na internação pediátrica oncológica em hospital de Porto Alegre, RS, Brasil. Os depoimentos foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, submetidas à análise temática. A compreensão do familiar sobre segurança do paciente está representada pelas categorias: "O papel do familiar cuidador na segurança do paciente", "Compreensão do familiar sobre estratégias de segurança", "Tipos de incidentes de segurança" e "Condutas diante de um erro". Identificaram-se situações passíveis de intervenções pelos profissionais da saúde com estratégias voltadas para a escuta, educação e autonomia dos familiares para o cuidado seguro.

**Descritores:** Enfermagem; Segurança do paciente; Oncologia; Família; Criança; Cuidador.

#### INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um tema que vem ganhando visibilidade na atenção à saúde da criança hospitalizada. No cenário da oncologia pediátrica, tem-se observado numerosos fatores de risco que podem culminar em incidentes de segurança do paciente e cabe a equipe de saúde desenvolver estratégias para prevenir tais situações. O

envolvimento do paciente e da família é imprescindível para a promoção da segurança do paciente.

A taxonomia da Classificação Internacional da Segurança do Paciente define os termos principais, sendo segurança do paciente a redução, a um mínimo aceitável, de risco de dano desnecessário a saúde. O dano causa comprometimento da estrutura ou função do corpo, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico. O incidente sendo um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente e o evento adverso, o incidente que resulta em dano<sup>1</sup>.

Verifica-se que os principais riscos à segurança da criança hospitalizada estão relacionados ao processo medicamentoso, procedimentos invasivos, quedas, incidentes envolvendo a identificação, compartilhamento de cuidados com a família, comunicação entre profissionais e família da criança<sup>2,3,4</sup>.

Neste processo de saúde/doença, a família traz equilíbrio para a criança doente. Desta forma, a família oferece carinho, conforto, segurança e ensina a criança a entender o que está acontecendo com ela e como enfrentar a fase da doença<sup>5</sup>.

Neste contexto, os familiares/cuidadores devem ser inseridos como parceiros no desenvolvimento da cultura da segurança em unidades oncológica pediátricas.

O cuidado de enfermagem em oncologia pediátrica especializa e modifica-se para evitar os eventos adversos. Atualmente, a família participa do tratamento da criança oncológica, vivencia de forma intensa o cotidiano da hospitalização<sup>6</sup>. O cuidado voltado a prevenir o evento adverso, vem sendo executado pelo familiar/cuidador de acordo com o seu conhecimento ou até mesmo adquirido na prática do cuidado<sup>7</sup>. Entretanto, no cotidiano da prática assistencial, a participação da família no cuidado nem sempre é voltada para a prevenção de eventos adversos.

Salienta-se a importância do relacionamento paciente, família e equipe de enfermagem, com uma escuta e olhar atento, sendo necessário que os profissionais entrem no mundo do outro para compreender as experiências dos pacientes, quais seus anseios em relação à situação vivida<sup>8</sup>.

Nas últimas décadas, vêm ocorrendo no Brasil mudanças nas causas de morbimortalidade. O câncer está entre as doenças não transmissíveis responsáveis pela mudança do perfil de adoecimento da população brasileira<sup>9</sup>. Sendo uma doença rara, na fase infanto-juvenil (crianças e adolescentes entre 0 e 19 anos), ela corresponde a 1% e 3% de todos os tumores malignos, com a leucemia correspondendo a cerca de 25% a 35%<sup>10</sup>.

Algumas pesquisas<sup>6,8</sup> demonstraram que a participação do familiar/cuidador na segurança do paciente pediátrico é incipiente na realidade brasileira. Com isso, há necessidade de construir uma parceria entre o familiar/cuidador e os profissionais da saúde para garantir a segurança do paciente.

Diante dessa problemática, define-se como questão norteadora: como os familiares/cuidadores estão inseridos nas estratégias de segurança do paciente oncológico na atenção à saúde da criança hospitalizada? Quais os incidentes de segurança do paciente são identificados pelo familiar/cuidador e como deveriam ser conduzidas essas circunstâncias?

Desse modo, o presente estudo tem como objetivos conhecer como os familiares/cuidadores estão inseridos nas estratégias de segurança do paciente oncológico na atenção à saúde da criança hospitalizada, descrever quais os incidentes de segurança do paciente acometem a criança hospitalizada em oncologia pediátrica e como deveriam ser encaminhadas as circunstâncias de cuidado promotoras de eventos adversos na ótica do familiar/cuidador.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa exploratória descritiva<sup>11,12</sup> desenvolvida na unidade internação oncologia pediátrica de um hospital público, geral, universitário e de alta complexidade. Faz parte dos resultados parciais do projeto de pesquisa "Segurança do Paciente nos Serviços de Atenção Hospitalar à Criança na Cidade de Porto Alegre/RS", desenvolvido pelo Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, Educação e Tecnologias (GEPEETec), pertencente à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Foram convidados a participar do estudo os familiares/cuidadores das crianças hospitalizadas com diagnóstico de neoplasia, no período de janeiro a maio de 2016, e que preenchessem os seguintes critérios de inclusão: ser familiar/cuidador que acompanha a criança hospitalizada e estar à criança internada por, no mínimo, sete dias. Foram excluídas do estudo as crianças com alta prevista e/ou com familiar/cuidador menor de idade.

A unidade oncológica pediátrica é composta por equipe multiprofissional que atende pacientes pediátricos com distúrbios onco-hematológicos, realizam transplante de medula óssea e é necessária a permanência conjunta do familiar. Inicialmente foi realizado o levantamento dos prontuários de todos os pacientes internados no período em estudo. Dos 25 leitos da unidade, todos atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa. Destes, foram realizados sorteios e de forma aleatória selecionava-se os familiares/cuidadores para compor o estudo. Dois familiares/cuidadores foram excluídos do estudo, pois não aceitaram gravar a entrevista. Ao final, o estudo contou com a participação de 10 familiares/cuidadores, sendo que o número final de participantes foi definido pelo critério de saturação das informações. Por ser uma pesquisa qualitativa, uma grande amostra numérica não garante sua representatividade, pois uma boa amostragem é aquela que possibilita a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões<sup>11</sup>.

A coleta dos dados foi realizada pelo primeiro autor do estudo com a autorização do segundo. Foi empregada a entrevista semiestruturada gravada, norteada por um roteiro desenvolvido no projeto matricial, constituído por duas partes. Na primeira, foram investigadas informações sobre o perfil demográfico e socioeconômico dos familiares/cuidadores e das crianças, na segunda, contaram com seis perguntas abertas para obter informações sobre os conhecimentos dos familiares/cuidadores relacionados à segurança do paciente, erros, falhas, tipos de incidentes e condutas diante dos erros. As entrevistas foram realizadas em local privativo com tempo máximo de duração de 30 minutos. Foram gravados 125 minutos das entrevistas, o que gerou 23 páginas de material para ser analisado. Os participantes foram identificados pela letra P, acrescidos de número conforme ordem das entrevistas, por exemplo, P1 = Participante 1.

Foi utilizada a análise de conteúdo do tipo temática com a finalidade de compreender os dados, responder as questões formuladas e expandir o conhecimento sobre o assunto pesquisado. Assim, a análise desdobra-se nas etapas pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos/interpretação<sup>11</sup>. Durante a etapa da exploração do material foram elaboradas as categorias, que consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas. Nesta etapa, todas as entrevistas foram fragmentadas em Unidades de Referência (UR) e com apoio do *Software* QSR NVivo versão 10 foram agrupadas em cada categoria.

Os aspectos éticos foram respeitados conforme Resolução 466/12. Todos os participantes do estudo foram entrevistados após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição sob CAAE Nº 45330815.7.0000.5327 em 07 de agosto de 2015.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O estudo convidou 12 familiares/cuidadores e obteve a participação de 10 que aceitaram participar do estudo. Em sua maioria os familiares/cuidadores foram do sexo feminino (oito), e dois do sexo masculino, a faixa etária variou entre 26 e 55 anos. Quanto à estrutura familiar, cinco não tinham companheiros. Todos os participantes são procedentes de outros municípios do estado. Quanto à formação os entrevistados frequentaram a escola em média 11 anos. Todos os cuidadores das crianças hospitalizadas eram os pais.

O perfil das crianças hospitalizadas demonstrou que a média de idade foi de  $12 \pm 3$  anos para os meninos e média de  $3,8 \pm 1,3$  anos para as meninas. Quanto ao tempo de internação, houve uma variação de 7 a 240 dias, sendo uma mediana de 37,5 dias. Verificou-se que as crianças ao longo do tratamento internaram pelo menos duas e no máximo 11 vezes. O número de irmãos por família teve uma média de duas crianças.

Quanto ao perfil escolar, a pesquisa verificou que as 10 crianças tiveram que suspender os estudos para realizar o tratamento.

O processo de análise resultou na construção de quatro grandes categorias temáticas apreendidas das 32 Unidades de Referências (UR), sendo elas apresentadas na sequência.

### **Compreensão do familiar sobre estratégias de segurança**

Esta primeira categoria reuniu 11 UR nas quais os familiares/cuidadores relataram sobre seus conhecimentos relacionados à segurança do paciente. Conseguiu-se reagrupar os depoimentos em duas partes: na primeira, os familiares desconhecem na totalidade o que é a segurança do paciente; na segunda, os familiares/cuidadores conseguem inferir alguns conceitos a respeito do tema.

Destas 11 UR, cinco depoimentos refletem o desconhecimento dos familiares/cuidadores sobre o tema, sintetizados na fala abaixo:

*Não sei o que é isso, segurança do paciente, não faço ideia (...)* (P1; P6; P7; P8; e P9)

No depoimento acima, percebe-se que a temática segurança do paciente não está clara para este público. A falta de informação dos familiares/cuidadores quanto aos conceitos de segurança do paciente às crianças internadas evidencia a necessidade de maior diálogo entre o profissional e o familiar/cuidador. Outra questão fundamental é incluir a participação do paciente e da família nos programas de gerenciamento de riscos e segurança do paciente dos serviços de saúde.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) tem como objetivos envolver os pacientes e os familiares no processo de ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente<sup>1</sup>. Essa medida demonstra ser o grande desafio na realidade vivenciada, principalmente pela necessidade de mudanças na filosofia dos serviços e na prática dos profissionais.

Instituições hospitalares têm incorporado tal ponto de vista com o objetivo de oferecer assistência de excelência, diminuir custos e assegurar a satisfação à clientela<sup>16</sup>.

Neste contexto, o envolvimento do familiar/cuidador na prestação de cuidados às crianças oncológicas ajuda os familiares a entender o processo pelo qual às crianças passam ao longo do tratamento e, também, a construir um cuidado segura junto às instituições hospitalares.

No âmbito da assistência de enfermagem, os erros mais frequentes a ela relacionados ocorrem na administração de medicamentos; na transferência de paciente e na troca de informações; no trabalho em equipe e comunicação; na incidência de quedas

e de úlceras por pressão; nas falhas nos processos de identificação do paciente, na incidência de infecção relacionada aos cuidados de saúde, entre outros<sup>3</sup>.

Os depoimentos na sequência sinalizam uma preocupação com as quedas, com as medicações, higiene de mãos sendo este um dos eventos com grande incidência na assistência ao paciente internado na oncologia pediátrica, fato que norteia os cuidados de enfermagem. Percebe-se a preocupação dos familiares com os cuidados:

*Para mim segurança do paciente é cuidar para evitar as quedas, cuidar os remédios que ele recebe, a higiene das mãos. (P2)*

*(...) por ser uma criança pequena teria que estar com as grades da cama elevadas, a importância da pulseira pelo risco de queda. (P5)*

A adesão à higienização das mãos é preocupante, pois é um procedimento que está relacionado à assistência no ambiente hospitalar, e sua falta pode expor o paciente a infecções que ele não tinha, principalmente considerando o contexto da pesquisa. A higienização das mãos tem papel fundamental na prevenção de infecções e assim garantir não apenas a segurança do paciente, mas também a sua própria<sup>17</sup>. O depoimento a seguir, ilustra que a família conhece essa estratégia.

*(...) a imunidade da criança vai ficar muito baixa, ela pode pegar uma virose, o nosso contato também, sempre temos que lavar as mãos, passar álcool gel (...) (P3)*

Atualmente a infecção hospitalar é um grande problema de saúde pública e mundial, suas consequências afetam os pacientes e as instituições de saúde, com maior morbimortalidade devido aos micro-organismos e uso inadequado de antimicrobianos proporcionando a resistência deles<sup>18</sup>.

Neste momento da internação, fortalecer a frequente necessidade de higienizar as mãos é uma tarefa que cabe a todos os profissionais da saúde, em especial da equipe de enfermagem, por manter contato constante com os familiares e fortalecer a cultura de segurança do paciente, sempre reforçando essa necessidade. É importante, também, neste momento aderir o familiar a essa cultura de educação, fazendo com que ele cobre das demais pessoas envolvidas com os cuidados a adesão às estratégias de segurança do paciente.

Nas falas abaixo, os familiares/cuidadores demonstram sua preocupação em relação à higiene dos objetos, e também, ao risco na exposição da criança hospitalizada na presença dos visitantes:

*Sobre a segurança do paciente, tem uma coisa que eu acho que está muito precária é a higienização dos quartos, limpeza do ambiente (...) (P8)*

*(...) tem familiares que acabam atrapalhando, a pessoa vem da rua, a criança está com a imunidade baixa, aí eles chegam e querem abraçar, beijar, isso pode causar um dano pra saúde dela (...) (P10)*

Em algumas circunstâncias o familiar revela vivências negativas na hospitalização, vinculadas ao agravo de saúde da criança. Revela a preocupação com o risco de adquirir infecção, com a falta de conhecimento sobre os cuidados necessários para a criança<sup>4</sup>.

A análise dos depoimentos evidenciou que a compreensão da cultura de segurança do paciente precisa ser melhor explorada. Neste momento um familiar capacitado ajudaria a barrar elementos prejudiciais as crianças internadas.

No momento em que o familiar/cuidador percebe um risco a saúde dela, poderia ajudar as equipes a evitar um dano desnecessário. Percebe-se, também, nos depoimentos dos familiares/cuidadores desta categoria que metade dos depoentes não detinham conhecimento e/ou conseguiram opinar a respeito do tema, a outra metade conseguia relatar, de forma superficial, algum cuidado que envolvia as estratégias de segurança do paciente. Infere-se que a cultura de segurança dominada pelos profissionais e familiares/cuidadores é uma condição inerente para que não haja incidentes durante a hospitalização.

### **O papel do familiar cuidador na segurança do paciente**

Nesta segunda categoria verificou-se a importância de acompanhar à criança oncológica em tratamento, a disponibilidade em ajudar os profissionais e a necessidade da presença dos pais para a criança hospitalizada. Foram identificadas, também, sete Unidades de Referência que possibilitaram a análise.

Dentre os vários papéis desempenhados pelas mulheres, o de cuidadora é o mais evidenciado. Quando se trata de cuidar um familiar em situação de hospitalização é a mulher que está implicitamente associada como cuidadora principal da família<sup>13</sup>.

Nestas falas transcritas, os familiares/cuidadores expressam a importância para si em estar junto à criança hospitalizada e compartilhar com a equipe o cuidado. Entretanto, destaca-se que a mãe tem um papel prevalente no cuidado da criança com oncológica.

*É extremamente importante, se eu não ficasse junto, ela teria um monte de profissionais, mas não teria a mãe, então ela tem a equipe toda de profissionais e mais a mãe, então, eu acho que a recuperação é sensacional (P1);*

*(...) nós fazemos o que se pode para estar sempre com ele. Nós ficamos mais atentos, se fosse outra pessoa, talvez não desse a atenção que uma mãe oferece. (P2)*

Percebe-se que a angústia dos pais diante do seu filho fragilizado é motivo para sua permanência ao lado dele até que receba alta hospitalar e possa retornar ao seu cotidiano. Nota-se, também, que os pais apresentam dificuldade para se ausentar do ambiente hospitalar e do seu filho, isto remete a um medo de que algo possa acontecer na sua ausência.

Além disto, nos depoimentos a seguir, os familiares/cuidadores relatam sua importância como uma unidade de cuidado extraprofissional, sua presença além de ser importante para a criança, também é importante para os profissionais:

*Ela precisa muito de nós por perto, e também para ajudar no trabalho dos profissionais, tem muitas coisas que nós podemos fazer para os profissionais, como: trocar uma cama, dar o remédio na boca (...) (P3)*

*É um cuidado a mais que se tem para a própria segurança dela, um pai e uma mãe irão cuidar melhor que um médico e uma enfermeira, pra mim é muito importante a participação da família. (P4)*

O familiar/cuidador torna-se presença significativa no cotidiano da equipe de enfermagem, tanto acompanhando, quanto participando direta e indiretamente no cuidado da criança hospitalizada<sup>13</sup>. Sendo a hospitalização uma oportunidade para o familiar aprender ou aperfeiçoar os cuidados básicos para seu familiar, minimizando suas dificuldades relacionadas ao tratamento<sup>14</sup>. Desta forma, a equipe multiprofissional pode ou não atuar como facilitadores desse processo<sup>13</sup>. Embora os participantes entendam que a sua coparticipação é fundamental, o profissional tem a responsabilidade de prestar a assistência segura e com qualidade. O compartilhar o cuidado é uma iniciativa para a promoção da segurança do paciente com a parceria da família.

Nos próximos depoimentos dos familiares/cuidadores, percebe-se que a criança pouco familiarizada com o ambiente e/ou com a equipe acaba demandando muitos cuidados dos pais, surgem neste momento, pensamentos de abandono e insegurança:

*Por ser pequena, qualquer coisa, ela recorre à mãe, eu não poderia sair do quarto, hoje já posso. (P5)*

*Ele não fica com ninguém, minha presença é muito importante, e isso ajuda no tratamento por que ele se sente mais seguro comigo. (P6)*

*Sem a nossa presença ele se sentiria abandonado, penso que seria prejudicial para ele se não estivéssemos aqui. (P7)*

Nesse momento, é muito importante a presença de um ente querido, pois este proporciona segurança ao paciente, e isso favorece em sua recuperação<sup>15</sup>.

Percebe-se nos depoimentos dos familiares/cuidadores que a presença do familiar se faz necessária, seja pelo apoio emocional, pela atenção junto aos procedimentos, seja pela ajuda aos profissionais, e também, pelos cuidados de pai e mãe.

Com o passar do tempo, a confiança na equipe aumenta e o familiar/cuidador pode realizar suas tarefas ausentando-se da enfermaria.

Nos depoimentos, desta categoria, reforça-se a ideia da dificuldade dos pais em se ausentar do ambiente do cuidado, por outro lado, percebe-se, também, que essa ideia, com o passar do tempo, com a familiaridade e confiança na equipe multiprofissional, os pais conseguem realizar outras tarefas e passam a ausentar-se da unidade de internação com maior tranquilidade.

Da mesma forma a criança em tratamento oncológico passa a conviver com os profissionais e adquirindo maior proximidade e simpatia.

Em suma, a relação do familiar/cuidador com a criança oncológica durante o tratamento se faz necessário nesta fase pelo apoio às necessidades dela, pela participação junto à equipe que ao longo da internação. Desta forma, a inserção do familiar/cuidador junto as estratégias de segurança do paciente torna-se imperativo, reforçando a importância de um familiar/cuidador atento e informado sobre as estratégias e pela cultura de segurança do paciente na oncologia pediátrica.

### **Tipos de incidentes de segurança identificados pelo cuidador familiar**

Esta terceira categoria traz os depoimentos dos familiares quanto aos incidentes de segurança presenciados por eles durante a internação de suas crianças. Os incidentes são eventos ou circunstâncias que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

Na clínica, os medicamentos são utilizados para tratar e prevenir doenças, manejar sinais e sintomas, auxiliar no diagnóstico e para o alívio da dor e do sofrimento das pessoas. O uso seguro, eficaz e ético de medicamentos exige conhecimento, habilidades e julgamento dos profissionais da saúde, bem como estruturas e sistemas adequados dos ambientes de cuidado<sup>19</sup>.

No depoimento abaixo, o familiar relata um incidente que poderia causar dano, entretanto essa situação foi evitada devido à atenção do familiar que serviu de barreira e alerta.

*(...) ela iria receber um antibiótico aí eu disse que ela tem alergia a esse medicamento, esse fato aconteceu, aí ela (técnica) foi lá e reviu (...) (P5)*

Os erros associados ao uso terapêutico de medicamentos podem ser classificados em erros de prescrição, dispensação e administração, nas instituições hospitalares, a ocorrência de erros é frequente, especialmente aqueles relacionados à prescrição e administração de medicamentos<sup>19</sup>.

Por outro lado, familiares/cuidadores atentos e informados, são barreiras efetivas e eficientes para evitar um incidente com dano, um evento adverso. Desta forma, evidencia-se que um familiar/cuidador bem orientado é ferramenta inerente a assistência, e isto, cabe aos profissionais da saúde qualificar esses familiares/cuidadores.

No depoimento abaixo, identificou-se um erro onde a equipe não repôs a medicação de uso do paciente quando em crise.

*O caso mais grave foi quando ela teve várias crises convulsivas à noite, na troca de plantão não foi verificada a reposição do remédio, ela ficou sem a medicação durante a crise, pensamos que iríamos perder ela (...) (P8)*

No relato acima, por algum motivo, a medicação não foi repostada e, desta forma, a paciente ficou sem a medicação, caracterizando uma falha no processo do cuidado. Uma das formas de evitar falhas seria anotar as intercorrências para, mais tarde, lembrá-las e, se for o caso, transmitir essas informações na passagem de plantão, pois, a passagem de plantão tem como objetivo transferir as informações de forma objetiva e clara, as intercorrências durante o turno de trabalho<sup>20</sup>.

De outra forma, uma equipe engajada, cooperativa e atenta as intercorrências poderiam trocar informações entre si e com o familiar/cuidador o que reforçaria a necessidade do medicamento.

*Não ocorreu nenhum incidente ou falha durante a hospitalização (...) (P1; P2; P4; P6; P7; P9; P10)*

*Não aconteceu. Até por que quando elas vem para medicar ou fazer qualquer outra coisa elas (enfermeiras) pedem para ficar ao lado, conferir o nome do paciente (P3)*

Sabe-se que os procedimentos invasivos, quedas, incidentes envolvendo a identificação<sup>2</sup> entre outros, são os principais fatores de risco na internação, nesta categoria verificou-se que o principal incidente esteve relacionado às medicações, constatando um problema persistente e agravante para o prolongamento das internações.

Em suma, os tipos de incidentes de segurança presenciados pelos familiares/cuidadores demonstraram estar relacionados à administração de medicamentos, e que, na maioria, os participantes não relataram a ocorrência de incidentes, isto pode estar relacionado ao fato dos familiares/cuidadores não saberem identificar circunstâncias promotoras dos incidentes.

Reforçando que na primeira categoria, metade dos familiares/cuidadores não sabiam o que era segurança do paciente, assim, fortalece a necessidade de uma cultura de segurança fortificada e aderida pelos profissionais e familiares/cuidadores.

O estudo desta categoria demonstrou, também, que a minoria dos familiares/cuidadores perceberam uma situação de risco relacionado a administração de medicamentos, demonstrando que é possível uma participação ativa no processo do cuidado. Também denota confiança plena na equipe assistencial e também a visão de que os erros não são intencionais.

### **Condutas diante de um erro**

Nesta quarta categoria é discutida a conduta do familiar/cuidador diante de uma situação hipotética, onde o paciente é exposto a um erro.

Sabe-se que além das notificações, algumas estratégias de ensino podem ser utilizadas para apropriar os familiares/cuidadores quanto a Educação Permanente em Saúde (EPS). A inserção da temática na formação dos profissionais, quanto a EPS, sendo uma proposta essencial para as transformações do trabalho e de suas relações no setor, que poderia ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente<sup>21</sup>.

No relato abaixo, os familiares/cuidadores expressam sua revolta em uma possível situação de erro:

*Eu ficaria revoltada, acho que todos somos seres humanos, chegamos ao limite do estresse, imagina um técnico ou um enfermeiro que cuida de 10 ou 20 crianças diferentes, mas claro que ficaria revoltada (...)* (P3)

*Eu iria atrás do responsável pela pessoa, para dialogar com ela, pra saber o que está acontecendo, para saber como aconteceu esse erro (...)* (P7)

Destaca-se nos depoimentos que as atitudes adotadas pelos familiares/cuidadores, diante de um possível erro e de um quase erro, não foram atitudes punitivas aos responsáveis, mas sim, uma conduta de averiguar as circunstâncias e procuraram corrigir sem buscar um culpado, sem desprezar a gravidade dos fatos, desta forma, se

expressa que há entendimento cultural e que o erro é passível de ser corrigido por meio estudo.

Por outro lado, um dos fatores que dificulta o desenvolvimento de ação em prol da segurança é a grande pressão assistencial que sofrem os profissionais. A grande demanda assistencial e a forte carga de trabalho dificultam a procura de evidências científicas. Também, as novas tecnologias e demandas assistenciais, desconhecidas para os profissionais, atuariam como se fosse uma diminuição de recursos humanos<sup>22</sup>.

Da mesma forma que existe uma cultura não punitiva, de outro lado, a cultura da punição ainda está presente para alguns familiares/cuidadores, como a seguir:

*Não ocorreu nenhum incidente ou falha durante a hospitalização, mas seria culpa do hospital, então não ficaria quieto, eu iria reagir, faria qualquer loucura. (P6)*

Nesse sentido, a cultura da segurança do paciente definida como valor, atitude, norma, crença, práticas, políticas e comportamentos da equipe, instituição, profissionais da saúde e do paciente, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar o cuidado em saúde<sup>21</sup>.

Quando um familiar/cuidador passa por uma situação em que seu filho é exposto ao risco, nos deparamos com diversas condutas, porém quando o erro acontece, o manejo com a família torna-se mais difícil, pois o familiar/cuidador perde a credibilidade na equipe.

No depoimento abaixo, o familiar/cuidador presenciou uma situação de falha no processo do cuidado:

*Minha filha teve uma crise e não tinha a medicação, o que vocês fazem na passagem de plantão? Quem está recebendo e quem está passando está aonde? Vocês são enfermeiros, vocês não checam as páginas da prescrição (...) (P8)*

Percebe-se a desconfiança do usuário em relação aos profissionais, o que se traduz em perda de credibilidade, com aumento das complicações nos pacientes e, logicamente, a diminuição da qualidade de atendimento<sup>22</sup>.

Restaurar a confiança do familiar/cuidador após um episódio em que houve falha da equipe é tema com repercussões, neste momento uma interação da equipe com o familiar/cuidador se faz necessário para eximir quaisquer problemas de relacionamento no decorrer da internação.

Assim, as transformações na formação dos profissionais da saúde devem ser produzidas em conjunto, sendo imprescindível qualificar o diálogo entre as instituições de

saúde, de educação, o paciente e com a sociedade para discussão do tema segurança do paciente<sup>23</sup>.

As relações interpessoais que se efetivam no ambiente hospitalar são imprescindíveis para o sucesso das ações cuidativas<sup>4</sup>.

No depoimento abaixo, o familiar/cuidador presencia uma situação que antevê perigo ao seu filho e toma atitude para barrar, como segue:

*Sabe aquele negócio de verificar pressão, uma técnica veio pegar o nosso aparelho, uma criança que não está em isolamento e iria levar lá para o isolamento e traria novamente, barrei! (P8)*

Os ambientes hospitalares contaminados são fatores de risco para infecções relacionadas aos serviços de saúde<sup>24</sup>. É função do enfermeiro, educar e capacitar os profissionais que integram o serviço de saúde, principalmente os responsáveis pelos procedimentos de limpeza e desinfecção, com o intuito de barrar a cadeia de transmissão de micro-organismos patógenos, diminuindo o risco de infecção hospitalar, melhorando a qualidade da assistência<sup>24</sup>.

Um olhar atento do familiar/cuidador previne futuros incidentes e exposição do paciente a condutas inadequadas dos profissionais. Como verificado no depoimento acima, o familiar/cuidador atento percebe a conduta do profissional e adverte impedindo uma exposição desnecessária.

Por outro lado, aceitar a possibilidade de um evento adverso é uma das primeiras atitudes a serem tomadas pelos profissionais da saúde, admitir a falha é uma postura incentivada para prevenir a ocultação de uma circunstância de cuidado produtora de um evento adverso<sup>21</sup>.

Por fim, a cultura da punição ainda se faz presente para a minoria dos familiares/cuidadores, fazem parte provavelmente como muitos não identificam ficam passivos, como o profissional não relata todas as ocorrências, o familiar pode ter atitudes inesperadas e quebra de confiança a partir da comparação entre os profissionais que cuidam do filho

## **CONCLUSÃO**

A partir das entrevistas e da categorização dos depoimentos, os resultados do presente estudo demonstram que o papel do familiar cuidador é indispensável no processo de tratamento da criança hospitalizada, entretanto a compreensão do familiar/cuidador em relação às estratégias de segurança do paciente ainda é tema a ser

aprimorado incipiente para eles, necessitando maior atenção da equipe de enfermagem para que a cultura de segurança seja definitivamente aplicada na internação.

Por outro lado, os incidentes de segurança é tema que preocupa os familiares cuidadores, os depoimentos demonstraram que os familiares estão atentos aos procedimentos evitando situações de risco, contudo, a conduta diante de possíveis situações de erro evidenciou a necessidade de maior orientação aos familiares cuidadores, pois o estudo verificou que os familiares cuidadores não sabem proceder diante de situações adversas relacionadas ao erro e, desta forma, caso haja intercorrências o desespero acabe prejudicando a atuação profissional.

Finalmente, os achados deste estudo visando responder os objetivos apontam a necessidade da educação continuada aos familiares/cuidadores e aos profissionais de saúde para que a cultura de segurança torne-se uma prática consolidada.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria Nº 529 do Ministério da Saúde, de 1º de abril de 2013 (BR) [Internet]. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). [acesso em: 10 jun 2016]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)
2. Wegner W, Pedro ENR. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. maio-jun. 2012 [acesso em: 15/06/2016];20(3):[8telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt\\_a02v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a02v20n3.pdf)
3. Roque KE, Melo ECP. Adaptação dos critérios de avaliação de eventos adversos a medicamentos para uso em um hospital público no Estado do Rio de Janeiro. Rev. bras. epidemiol. 2010 dez; 13(4):607-19.
4. Gomes GC, Oliveira PK. Vivências da família no hospital durante a internação da criança. Rev. gaúcha enferm. 2012;33(4):165-171.
5. Silveira RA, Oliveira ICS. O cotidiano do familiar/acompanhante junto da criança com doença oncológica durante a hospitalização. Rev. Rene. Fortaleza, v.12, n.3, p.532-9, 2011.
6. Duarte MLC, Zanini LN, Nedel MNB. O cotidiano dos pais de crianças com câncer e hospitalizadas. Rev Gaúcha Enferm. 2012 v.33, n.3, p.111-18.
7. Neves ET, Cabral IE, Silveira A. Family network of children with special health needs: implications for nursing. Rev. Latino-Am Enferm. 2013 Mar-Abr; v.21, n.2, p.562-70.
8. Sales CA, Grossi ACM, Almeida CSL, Silva JDD, Marcon SS. Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar. Acta Paul enferm. v.25, n.5, p.736-42, 2012.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). ABC do câncer, abordagens básicas para o controle do câncer. 2. ed. Rio de Janeiro, 2012. p.15-76.
10. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativas 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2014.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
12. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
13. Wegner W, Pedro ENR. Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 jun;31(2):335-4

14. Nunes MG. Assistência paliativa em oncologia na perspectiva do familiar: contribuições da enfermagem [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Departamento de Enfermagem; 2010.
15. Sales CA, Grossi ACM, Almeida CSL, Silva JDD, Marcon SS. Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar. *Acta Paul enferm.* v.25, n.5, p.736-42, 2012.
16. Claro CM, Krocokcz DVC, Toffolletto MC, Padilha KG. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2011; 45(1):167-72.
17. Botene DZA, Pedro ENR. E Health Professionals and hand hygiene: a question of pediatric patient safety. *Rev. Gaúcha Enferm.* Porto Alegre, 35(3), 2014.
18. Carvalho MM, Moura MEB, Nunes MRC, Araújo TME, Monteiro CFS, Carvalho, LRB. Infecções hospitalares nas Unidades de Terapia Intensiva em um hospital público. *Rev Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina.* v.4, n.4, p.42-48, Out-Nov-Dez. 2011.
19. 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: EDIPUCRS, 2013. 132 p.
20. Marques LF, Santiago LC, Felix VC. A passagem de plantão como elemento fundamental no processo de cuidar em enfermagem: O perfil da equipe de enfermagem de um hospital universitário. *Rev. pesq. cuid. fundam. online UNIRIO,* 2012. abr./jun. 4(2):2878-82
21. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. *Esc. Anna Nery;*20(3), 2016.
22. Ques AAM, Montoro CH, González MG. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem - *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 18(3):[08 telas] mai-jun 2010.
23. Steven A, Magnusson C, Smith P, Pearson PH. Patient safety in nursing education: contexts, tensions and feeling safe to learn. *Nurse Educ Today.* 2014 Feb;(2):277-284.
24. Paina TA, Rodrigues JN, Felipe JC, Nogueira PC, Paiva SMA. Conhecimento de auxiliares de higienização sobre limpeza e desinfecção relacionados à infecção hospitalar. *Rev Enferm. UFSM,* 2015 Jan/Mar; 5(1):121-130.

**ANEXO A - Roteiro da entrevista semiestruturada acompanhantes**

CÓDIGO: \_\_\_\_\_

Caracterização da(o) participante:

Sexo		Idade da criança	
Idade		Sexo da criança	
Tem companheiro(a)		Setor de Internação	
Procedência		Diagnóstico médico	
Ocupação		Tempo de internação	
Anos de Estudo		Nº. de Internações anteriores	
Parentesco com a criança		Nº de Irmãos	
Renda Familiar (média mensal) (R\$)		Frequenta a Escola	

**Questões norteadoras:**

- 1) O que você sabe sobre a segurança do paciente?
- 2) Conte-me como está sendo a hospitalização do seu filho, em relação à segurança e cuidado, nos procedimentos e tratamentos realizados?
- 3) Já aconteceu algum incidentes/falha durante hospitalização de seu filho?
  - Caso não, se acontecesse, qual seria a sua postura/atitude?
- 4) Para você, qual o papel da(o) acompanhante da criança na hospitalização?
- 5) Que fatores você considera importantes para a segurança da criança, quando internada ou em atendimento nesse serviço de saúde?
- 6) A participação e orientação da família aumenta a segurança do filho hospitalizado?
- 7) Como poderiam ser evitados erros/falhas na internação/atendimento?

**ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)****Hospital de Clínicas de Porto Alegre****Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação****APÊNDICE H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: acompanhantes**

(Elaborado conforme a Resolução 466/12 do CNS)

**Projeto de Pesquisa: SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO HOSPITALAR À CRIANÇA NA CIDADE DE PORTO ALEGRE/RS**

A segurança do paciente é um assunto comentado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde que estimulam pesquisas com o objetivo de fortalecer e divulgar a cultura da segurança e identificar as características dos problemas relacionados aos erros na assistência ao paciente. Observa-se que o cuidado à criança hospitalizada deve ser discutido pelos profissionais, gestores, famílias e a própria criança na visão dos estudos sobre a segurança do paciente. O objetivo geral da pesquisa será analisar a segurança da criança na opinião dos administradores, profissionais da saúde e acompanhantes da criança hospitalizada. Será realizada uma pesquisa nos cinco principais serviços públicos de saúde pediátricos de Porto Alegre/RS. A participação no estudo é totalmente voluntária. Se você aceitar participar do estudo, deverá responder a algumas perguntas sobre a segurança dos pacientes quando atendidos em situações de saúde. O tempo de participação nas entrevistas será entre 30 e 60 minutos, em horário previamente marcado. As transcrições serão guardados por cinco anos e após descartados. O local da entrevista será reservado e garantirá a sua privacidade. Os resultados deste estudo serão usados para fins científicos, mas você não será identificado(a) por nome. Os pesquisadores não irão interferir no trabalho dos profissionais de saúde e nem no tratamento e cuidado da criança pela qual você é responsável.

O estudo prevê riscos mínimos aos participantes relacionados à possível desconforto em contar e lembrar de situações já ocorridas. A sua participação não prevê gastos e nem remuneração pela participação. Caso exista algum gasto adicional decorrente diretamente da participação na pesquisa estes serão absorvidos pelo orçamento da mesma. Todos os gastos serão de inteira responsabilidade do pesquisador responsável e grupo de pesquisa. O principal benefício será voltado para melhoria da qualidade da assistência a saúde oferecida ao seu filhos e auxílio dos profissionais na identificação de riscos e perigos relacionados as falhas na saúde.

Os pesquisadores informaram os objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada, informaram e esclareceram dúvidas, possibilitaram solicitar novas informações e modificar a decisão se assim o desejar e, inclusive, liberdade de retirar o consentimento durante qualquer etapa



## Hospital de Clínicas de Porto Alegre

### Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

da investigação. Também certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, bem como nada será modificado em razão desta pesquisa. O presente Termo de Consentimento é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Em caso de qualquer dúvida quanto à pesquisa ou sobre os seus direitos, você poderá contatar com o pesquisador responsável Prof. Dr. Wiliam Wegner, pelo telefone (51) 3359-8597, ou email [wwegner@hcpa.edu.br](mailto:wwegner@hcpa.edu.br), ou no 5º Andar do HCPA, na Sala 533, de segunda à sexta, das 13h as 18h. Em caso de qualquer dúvida quanto às questões éticas poderei entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA pelo telefone (51) 3359 7640, ou email [cep@hcpa.edu.br](mailto:cep@hcpa.edu.br), ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h..

De acordo com as informações/orientações recebidas:

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante

\_\_\_\_\_  
Nome do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

**ANEXO C – Aprovação CEP – HCPA**

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
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: subprojeto Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Pesquisador:** Wiliam Wegner

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 45330815.7.0000.5327

**Instituição Proponente:** HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE

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

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.175.995

**Data da Relatoria:** 05/08/2015

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto submetido anteriormente, tendo o HCPA como instituição coparticipante (CAAE 43549115.0.3002.5327). Por não haver possibilidade de emitir pendência para o projeto pela instituição coparticipante, o projeto havia sido não aprovado.

Os autores adicionaram o presente projeto (CAAE 45330815.7.0000.5327), dando continuidade à tramitação do estudo.

Projeto de pesquisa vinculado ao professor da Escola de Enfermagem, tendo a UFRGS como proponente e o HCPA como coparticipante. Atualmente, a segurança do paciente se configura como prioridade, conforme a Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde e Anvisa. A presente proposta de pesquisa trata da necessidade de construção da cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde como estratégia para minimizar os eventos adversos nas práticas de cuidado em saúde de crianças hospitalizadas. O objetivo geral do estudo será analisar a segurança do paciente na atenção à saúde da criança sob a ótica dos gestores, profissionais da saúde e acompanhantes da criança hospitalizada. O método proposto é quanti-qualitativo do tipo exploratório-descritivo e a coleta será em cinco principais serviços públicos de atenção hospitalar pediátrica da cidade de Porto Alegre/RS por serem consideradas referências estaduais para o

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (513)359-7640 **Fax:** (513)359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.175.995

cuidado à criança e oferecerem atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde. Os participantes do estudo serão os gestores, coordenadores de Núcleos de Segurança do Paciente, profissionais de saúde e os acompanhantes/cuidadores da criança hospitalizada. A coleta de dados será realizada por meio de cinco instrumentos: dois formulários contendo as informações sobre o perfil dos serviços e implantação do plano de segurança do paciente e dois roteiros para entrevistas, um para os profissionais da saúde (entrevista coletiva) e outro para os acompanhantes / cuidadores (entrevista semiestruturada) e ainda uma planilha para construção de banco de dados sobre notificações de eventos adversos conforme Notivisa. Os dados quantitativos serão analisados mediante estatística descritiva e analítica e as informações qualitativas por da análise de conteúdo do tipo temática.

Espera-se identificar o perfil desses serviços, os principais indicadores relacionados à segurança do paciente, identificar o processo de implantação do Plano de Segurança do Paciente em Serviço de Saúde, bem como descrever os principais eventos adversos presentes no cotidiano da atenção à criança e a compreensão dos elementos que caracterizam a cultura da segurança do paciente. 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. Após aprovação nos CEPs, o projeto será submetido a agências de fomento com vista a obter financiamento para a realização do estudo.

**Objetivo da Pesquisa:**

- Analisar a segurança do paciente na atenção à saúde da criança sob a ótica dos gestores, profissionais da saúde e acompanhantes da criança hospitalizada.
- 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 check-list a partir dos principais dados/informações relacionados ao cuidado seguro na hospitalização infantil identificados na

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)359-7640 Fax: (51)359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.175.995

conclusão das cinco etapas do estudo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Para os profissionais da saúde e gestores, os riscos estão relacionados à 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 envolvida 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.

Os benefícios da pesquisa corroboram com as recomendações da Organização Mundial da Saúde que recomenda e incentiva estudos que discutam a segurança do paciente, bem como o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) proposta pelo Ministério da Saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante, tema atual e complexo. o projeto está bem escrito, com referências atuais. O método apresentado atinge aos objetivos propostos.

A coleta de dados e a amostra composta por gestores, profissionais e cuidadores foi meticulosamente elaborado e está claramente apresentado na seção dos métodos. 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 (SUS). A investigação será conduzida em cinco etapas. A primeira etapa investigará os dados institucionais gerais e de caracterização do perfil do serviço de saúde. Na segunda etapa, o foco serão os dados secundários do sistema de notificação de incidentes de segurança do paciente utilizado pela Instituição. Na terceira etapa, serão investigadas apenas as unidades de internação clínica e/ou cirúrgica e na quarta etapa, as Unidades de Terapia Intensiva e Emergências. Na quinta etapa, pretende-se investigar os demais setores como ambulatórios, serviços de apoio e diagnóstico e o Bloco Cirúrgico/Sala de Recuperação. Etapa Setor / Área 1ª Instituição/Serviço de Saúde Geral 2ª Dados secundários – Fichas de Notificação de Eventos Adversos 3ª Unidades de Internação Clínica e/ou Cirúrgica 4ª Unidades de Terapia Intensiva - Emergência 5ª Ambulatório – SADT – Bloco Cirúrgico – Sala de Recuperação Os serviços investigados serão: - Hospital da Criança Conceição – Grupo Hospitalar

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)359-7640

Fax: (51)359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.175.995

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 – Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (Instituição D) - Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Ministério da Saúde / Educação (Instituição E).

As instituições serão denominadas por letras para fins de preservação da identificação. Após a conclusão das etapas anteriormente mencionadas, será testado nessas instituições o instrumento piloto check-list para o cuidado seguro na hospitalização infantil. A população em estudo e os participantes do estudo serão os gestores, profissionais da saúde, os acompanhantes/cuidadores da criança e as fichas de notificação de incidentes de segurança do paciente utilizadas pelas instituições participantes. Para a coleta dos dados serão utilizados cinco instrumentos construídos pelos pesquisadores exclusivamente para esse estudo. As estratégias adotadas serão questionário estruturado, entrevista coletiva, entrevista semi-estruturada e banco de dados secundário. A primeira etapa constará da caracterização dos serviços de saúde e será coletada por meio de um formulário.

Ainda na etapa quantitativa será verificado processo de implantação do Plano de Segurança do Paciente em Serviço de Saúde junto ao responsável/coordenador do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) por meio de um formulário. As etapas (qualitativas) serão sistematizadas por entrevistas coletivas em dois encontros e entrevistas semi-estruturadas com os acompanhantes da criança hospitalizada. A partir da quarta etapa do estudo, espera-se iniciar o processo de elaboração de instrumento-piloto do tipo check-list direcionado para o cuidado seguro na hospitalização infantil. O conteúdo desse instrumento será obtido a partir dos principais dados/informações destacados nas cinco etapas dessa pesquisa. Todos os instrumentos constam em anexo no projeto.

Os gestores (total de 20) serão o presidente, vice-presidente médico, vice-presidente administrativo e coordenação geral de enfermagem. Os profissionais de saúde (total de 210) que participarão da pesquisa são enfermeiros, médicos, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem e técnicos de nutrição por serem os profissionais mais próximos na atenção à saúde da criança hospitalizada. Pretende-se incluir, inicialmente, no mínimo, dois profissionais de cada categoria como informantes que atendam ao critério tempo, mínimo de um ano, de atuação na instituição e de experiência na saúde da criança. Os acompanhantes (total de 90) que serão convidados são os responsáveis legais ou cuidadores principais das crianças, que estiverem internadas ou utilizaram algum serviço da instituição (ambulatório, SADT) no período da

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)359-7640 Fax: (51)359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.175.995

coleta dos dados.

Para aqueles que estiverem internados, utilizar-se-á como critério o tempo de internação mínimo de uma semana. Aqueles que passarem por serviços como ambulatório, SADT, entre outros, devem ter permanecido por no mínimo seis horas na instituição para concluir todo o atendimento prestado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta 3 TCLE: um para os gestores, outro para os profissionais e um terceiro para os cuidadores. Também apresentam o TCUD.

**Recomendações:**

Nada a recomendar.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Os TCLEs devem ser reformulados considerando as normativas locais da Instituição, devendo ser incluídas versões específicas para o centro HCPA. Sugerimos que os pesquisadores realizem uma consultoria junto à UARP/GPPG (ramal 8304) para auxiliar na revisão do mesmo.

**RESPOSTA PESQUISADORES:**

Reencaminho projeto de pesquisa intitulada SEGURANÇA DO PACIENTE

NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO HOSPITALAR À CRIANÇA NA CIDADE DE PORTO ALEGRE/RS:

subprojeto HCPA para reavaliação atendendo o parecer consubstanciado n. 1.117.467 emitido em 22/06/2015.

Foram realizados ajustes nos 03 Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ambos com substituição das informações do CEP-UFRGS (instituição proponente) por informações do CEP-HCPA conforme modelo preconizado pela instituição. Essas correções foram incorporadas no projeto detalhado e no documento que apresenta os TCLE – gestores, TCLE –profissionais e TCLE acompanhantes.

Permaneço a disposição para maiores esclarecimentos que forem necessários.

PENDÊNCIA PARCIALMENTE ATENDIDA.

**NOVO COMENTÁRIO DO CEP:** Embora os pesquisadores informam que foram realizados ajustes nos três Termos, as seguintes pendências ainda foram verificadas em relação aos TCLEs:

1)Para todos os Termos:

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (513)359-7640 Fax: (513)359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.175.995

a) Quanto aos questionários que serão respondidos pelos participantes, não está suficientemente claro sobre o assunto que será perguntado. A frase "A participação é voluntária e livre na pesquisa e acontecerá por meio do preenchimento de formulários, com tempo de preenchimento entre 30-60 minutos, ambos previamente agendados, os quais serão guardados por cinco anos e após destruídos" deverá ser substituída por: "A participação no estudo é totalmente voluntária. Se você aceitar participar do estudo, deverá responder a alguns questionários sobre a segurança dos pacientes quando atendidos em situações de saúde. O tempo de preenchimento dos questionários será entre 30 e 60 minutos, em horário previamente marcado. Os questionários serão guardados por cinco anos e após descartados".

b) A seguinte frase "O presente Termo de Consentimento foi assinado em duas vias e uma cópia ficará com o pesquisador responsável e a outra com o participante" deverá ser substituída por: "O presente Termo de Consentimento é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores".

c) O contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA deverá estar completo, ou seja, pelo telefone (51) 3359 7640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h. Ainda, informar o local onde o pesquisador responsável pode ser encontrado.

d) O espaço para assinaturas deve prever também espaço para o nome tanto do participante como do pesquisador que aplicou o Termo. Não é necessário espaço para nome e assinatura do pesquisador responsável, mas sim, nome e assinatura do pesquisador que obtiver o TCLE.

2) No Termo para profissionais:

a) Além das considerações acima, incluir uma frase explicando que a participação no estudo é totalmente voluntária e não envolve nenhum tipo de avaliação funcional ou de desempenho.

3) No Termo para acompanhantes:

a) Além das considerações acima, substituir "seu filho" por "a criança pela qual você é responsável", pois nem sempre serão os pais os acompanhantes.

**NOVA RESPOSTA DO PESQUISADOR:**

Foram realizados novos ajustes nos 03 Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com substituição na redação das frases indicadas, ajustes nas informações sobre o pesquisador responsável e CEP-HCPA, incluído espaço para inclusão do nome por extenso, excluído espaço de assinatura do pesquisador responsável e mantido apenas pesquisador. Também foram realizados os ajustes conforme recomendação 2 e 3 do parecer nos termos específicos para profissionais e

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)359-7640 Fax: (51)359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.175.995

acompanhantes.

Essas correções foram incorporadas no projeto detalhado versão 3 e no documento que apresenta os TCLE – gestores, TCLE – profissionais e TCLE acompanhantes.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

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

Visando contemplar pequenas adequações necessárias, foi adicionada pelo CEP nova versão aprovada dos TCLEs em 22/07/2015, que apresenta as seguintes alterações:

# Pequenos erros ortográficos e/ou de digitação;

# Apresentação dos TCLEs em folha simples, branca, sem o logotipo do HCPA e/ou identificação de apêndice do projeto;

# No TCLE para acompanhantes de pacientes:

- substituição de "assistência a saúde oferecida ao seu filhos" por "a saúde oferecida aos pacientes";
- retirado campo de assinatura do participante e inclusão de campos para nome e assinatura do responsável.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Lembramos que a presente aprovação (versão do projeto de 16/07/2015, TCLEs de 22/07/2015 adicionados pelo CEP e demais documentos submetidos até a presente data, que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deverá estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada. A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (513)359-7640 Fax: (513)359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.175.995

inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

PORTO ALEGRE, 07 de Agosto de 2015

---

**Assinado por:**  
**José Roberto Goldim**  
**(Coordenador)**

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (513)359-7640 Fax: (513)359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

**ANEXO D - Termo de Compromisso para Utilização de Dados**

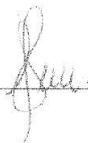
**Título do Projeto: COMPREENSÃO DOS FAMILIARES/CUIDADORES  
SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE: SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO  
SEGURO NA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA**

**Aluno: ALEX ANTÔNIO DUMANN DA CUNHA**

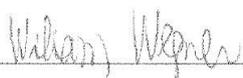
O pesquisador do projeto acima se compromete a preservar as informações que serão coletadas na base de dados do Projeto de Pesquisa intitulado "Segurança do paciente nos serviços de atenção hospitalar à criança na cidade de Porto Alegre/RS", coordenado pelo Prof. Dr. Wiliam Wegner, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Concorde, 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.

**Nome: ALEX ANTÔNIO DUMANN DA CUNHA**

Assinatura: \_\_\_\_\_



De acordo: \_\_\_\_\_



Profº Dr. Wiliam Wegner ([wiliam.wegner@ufrgs.br](mailto:wiliam.wegner@ufrgs.br))

Porto Alegre, 21 de junho de 2016.

## ANEXO E – Instruções aos autores: Revista Eletrônica de Enfermagem



### Instruções aos autores

#### POLÍTICA EDITORIAL

A Revista Eletrônica de Enfermagem (REE) é um periódico vinculado à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás e tem como missão disseminar o conhecimento científico, desenvolvido por pesquisadores da área das Ciências da Saúde, com ênfase na Enfermagem. O objetivo do periódico é a publicação de trabalhos originais e inéditos, destinados **exclusivamente** à REE, que contribuam para o crescimento e desenvolvimento da produção científica da área da Saúde e da Enfermagem.

A REE publica artigos em português, inglês ou espanhol, destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais, revisão e editorial.

Em 2015, a REE passou a publicar os seus artigos em dois idiomas. Assim, após aprovação do artigo, o texto será traduzido para o inglês, se sua versão original for em português ou espanhol. Textos em inglês deverão ser traduzidos para o português. A REE se reserva o direito de indicar empresas credenciadas para o serviço de tradução, tendo em vista o objetivo de garantir a qualidade e padrão das traduções. O pagamento da tradução é responsabilidade dos autores.

Respeitando as normas internacionais de boas práticas de editoração, a REE acompanha as orientações do Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors do Committee on Publication Ethics (COPE) (<http://publicationethics.org/>).

Para contribuir com o avanço e qualidade da produção do conhecimento científico, a REE adota as políticas de registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE - <http://www.icmje.org>), para divulgar resultados de estudos clínicos, para os quais é obrigatório apresentação do número de registro.

Para os demais estudos recomenda-se também a utilização de guias internacionais no preparo dos manuscritos, os quais podem ser acessados nos links abaixo:

- **Ensaio clínico randomizado** – CONSORT (<http://www.consort-statement.org/downloads>)
- **Revisão sistemática e metanálise** – PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/>)
- **Estudos epidemiológicos** STROBE ([http://stroke-statement.org/fileadmin/Stroke/uploads/checklists/STROBE\\_checklist\\_v4\\_combined.pdf](http://stroke-statement.org/fileadmin/Stroke/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf))
- **Estudos qualitativos** – COREQ (<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349>)

A REE desencoraja o envio de submissões de artigos originais cujos dados foram coletados há mais de quatro anos e de revisões que foram feitas há mais de um ano.

As opiniões e conceitos emitidos pelos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos, não refletindo, necessariamente, a opinião da Comissão de Editoração e do Conselho Editorial da REE.

#### CATEGORIAS DE TEXTOS PUBLICADOS

A REE recebe textos nas seguintes modalidades:

- **Artigos Originais:** são trabalhos resultantes de pesquisa original, de natureza quantitativa ou

qualitativa, que agregam inovações e avanços na produção do conhecimento científico. Limitado a 3.500 palavras, sem contar o conteúdo das ilustrações (quadros e tabelas) e as referências.

- **Artigos de Revisão:** Estudos que sintetizam de forma crítica e sistematizada a literatura sobre o conhecimento produzido acerca de um determinado tema. O método utilizado deve ser descrito de forma minuciosa, indicando o processo de busca em base de dados, os critérios utilizados para a seleção e a classificação dos estudos primários incluídos. O rigor na condução da investigação deve ser norteado por pergunta relevante para a área de enfermagem e/ou áreas afins e refletir na produção de conhecimento inovador. Destacam-se entre métodos recomendados: revisão sistemática com ou sem metanálise, e revisão integrativa com ou sem metassíntese. Na elaboração de revisões sistemáticas e metanálises recomenda-se o uso do checklist e fluxograma conforme os critérios PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (disponível em <http://www.prisma-statement.org/>). Revisões narrativas apenas serão aceitas se motivadas por temáticas inovadoras ou emergentes a critério do corpo editorial. Não serão aceitas revisões desatualizadas, nem pesquisas que incluem estudos de revisão que tratem dos resultados da própria revisão, uma vez que revisões não são estudos primários. Limitado a 4.500 palavras, sem contar o conteúdo das ilustrações (quadros e tabelas) e as referências.
- **Editorial:** destina-se à publicação da opinião oficial da revista sobre temas relevantes da área de Enfermagem e Saúde.

## PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Os manuscritos encaminhados para análise são submetidos a uma primeira etapa de avaliação, pela Comissão de Editoração, que leva em consideração a observância do atendimento das normas editoriais, coerência interna do texto, pertinência do seu conteúdo à linha editorial do periódico e contribuição para a inovação do conhecimento na área. O resultado dessa análise indica continuação do material no processo de avaliação ou recusa. Manuscritos encaminhados fora das normas são recusados sem análise do seu conteúdo.

Uma vez aprovados na primeira etapa os manuscritos são encaminhados para apreciação do seu conteúdo. Para tanto, utiliza-se o modelo *peer review*, de forma a garantir o sigilo sobre a identidade dos consultores e dos autores. Os pareceres encaminhados pelos consultores são analisados pela Comissão de Editoração que atenta para o cumprimento das normas de publicação. Após todo esse processo, os manuscritos são enviados aos autores com indicação de aceitação, reformulação ou recusa. Em caso de reformulação, cabe à Comissão de Editoração o acompanhamento das alterações.

As pesquisas que envolvem seres humanos, obrigatoriamente, devem explicitar no corpo do trabalho o atendimento às normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa. Para pesquisas realizadas no Brasil, deve ser indicado o número de aprovação emitido por Comitê de Ética, devidamente reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

(CONEP) do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, o comprovante de aprovação do Comitê de Ética deve ser encaminhado como documento suplementar no processo de submissão do manuscrito.

Não serão admitidos acréscimos ou alterações após o envio da versão final aprovada pelos consultores e Comissão de Editoração.

### PROCESSO DE SUBMISSÃO

Os manuscritos devem ser submetidos à REE exclusivamente pelo Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas, disponível no endereço: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/author/submit/1>, que emitirá um protocolo de identificação.

No momento da submissão o autor precisa anexar no sistema:

- Arquivo do manuscrito no formato .doc ou .docx;
- [Declaração de autoria e transferência de direitos](#);
- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (autores brasileiros) ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos. Para autores de outros países os procedimentos no texto são os mesmos, porém devem atender as orientações do país de origem para o desenvolvimento de investigações com seres humanos (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>).

Os formulários individuais, aprovação do Comitê de Ética ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos devem ser digitalizados em formato JPG ou PDF e enviados pelo sistema de submissão como "Documentos suplementares" (Passo 4 do processo de submissão).

No recebimento do manuscrito é feita a conferência do texto e da documentação. Havendo pendências serão solicitadas correções. O não atendimento dessas correções implica no cancelamento imediato da submissão.

### INSTRUÇÕES PARA O PREPARO DOS MANUSCRITOS

Para a composição do texto a REE adota as normas de publicação "Requisitos Uniformes" (Estilo Vancouver).

Os manuscritos submetidos devem ser redigidos em português, espanhol ou inglês.

### ESTRUTURA DO ARTIGO

Os manuscritos devem ser estruturados de forma convencional, contemplando os seguintes itens: introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão. O conteúdo do texto deve expressar contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem. Recomenda-se a utilização de guias internacionais no preparo dos manuscritos.

Para a contagem do número de palavras deve-se desconsiderar o título, o resumo, as ilustrações e as referências.

fundamentado em referencial teórico pertinente e atualizado. Deve ser enfatizada a relevância da pesquisa, elaborada com base em lacunas do conhecimento que sustentem a justificativa. Ao final, devem-se apresentar os objetivos da pesquisa.

- **Métodos:** definir tipo de estudo, local e período em que a pesquisa foi realizada. Apresentar fonte de dados, delimitando, no caso da população estudada, os critérios para inclusão e exclusão e seleção do número de sujeitos. Detalhar procedimentos de coleta e fundamentos da análise de dados, incluindo o conteúdo dos instrumentos de coleta de dados. Pesquisas realizadas no Brasil devem explicitar cuidados éticos, informando aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisas com seres humanos e número de aprovação da pesquisa em comitê de ética em pesquisa. Autores estrangeiros devem informar os procedimentos adotados no país de origem da pesquisa.
- **Resultados:** devem ser apresentados de forma clara e objetiva, sem incluir interpretações ou comentários pessoais. Resultados expressos em tabelas e figuras são encorajados, mas deve-se evitar a repetição das informações em forma de texto. Em pesquisas quantitativas devem ser, necessariamente, apresentados separadamente da discussão. Para pesquisas qualitativas o autor pode optar, tendo em vista os desenhos metodológicos utilizados.
- **Discussão:** deve ser concebida a partir dos dados e resultados obtidos, enfatizando as inovações decorrentes da investigação e evitando a repetição de informações apresentadas em seções anteriores (introdução, método e resultados). Todos os resultados devem ser discutidos, tendo como apoio em referencial teórico estritamente pertinente, atualizado e que permita identificar diálogo com outras pesquisas já publicadas.
- **Conclusão:** texto articulado a partir dos objetivos do estudo, fundamentado nas evidências encontradas com a investigação. Deve mostrar claramente o alcance do estudo por meio de conclusões gerais que possam ser detalhadas e fundamentadas ao longo do item. Se pertinente, podem ser apresentadas limitações identificadas e lacunas decorrentes da realização da investigação. Generalizações, quando pertinentes, são incentivadas.

#### FORMATAÇÃO DO MANUSCRITO

- Formato .doc ou .docx;
- Papel tamanho A4;
- Margens de 2,5 cm;
- Letra tipo Verdana 10 pt, em todo o texto;
- Espaçamento 1,5 entre linhas em todo o texto;
- Parágrafos alinhados em 1,0 cm.

**Título:** deve ser apresentado no idioma que foi escrito o texto na íntegra, em alinhamento justificado, em negrito, conciso, informativo, com até 15 palavras. Usar maiúscula somente na primeira letra do título. Não

utilizar abreviações.

**Autoria:**

- Os autores devem ser identificados após o título, por ordem de autoria (se houver mais de um), com credencial na sequência do nome. Devem constar as seguintes informações: nome completo, formação universitária, titulação, instituição de origem e e-mail – preferencialmente, institucional.
- A autoria dos manuscritos deve expressar a contribuição de cada uma das pessoas listadas como autor no que se refere à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

**Resumo:** deve ser apresentado na primeira página do trabalho, conter entre 100 e 150 palavras, apenas no idioma que foi escrito o texto na íntegra. Quando da aprovação do artigo para a publicação será solicitada a tradução para a versão do texto em inglês, quando este for apresentado em português ou espanhol, ou para o português quando o idioma do texto original for em espanhol ou inglês

**Descritores:** ao final do resumo devem ser apontados de 3 (três) a 5 (cinco) descritores que servirão para indexação dos trabalhos. Para tanto os autores devem utilizar os “Descritores em Ciências da Saúde” da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br/>), usando o descritor exato.

**Siglas e abreviações:** para o uso de siglas e abreviações, os termos por extenso, correspondentes devem preceder sua primeira utilização no texto, com exceção de unidades de medidas padronizadas.

**Notas de rodapé:** devem ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

**Ilustrações:**

- São permitidas tabelas ou figuras (quadros, gráficos, desenhos, fluxogramas e fotos) que devem estar inseridas no corpo do texto logo após terem sido mencionadas pela primeira vez.
- As tabelas devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>;
- Os títulos de tabelas devem ser concisos e precisos indicando o local do estudo e ano a que se referem os dados e apresentados acima da tabela.
- Os títulos das figuras devem ser concisos e precisos, apresentados abaixo da figura;

**Citações:** para citações “ipsis literis” de referências devem-se usar aspas na sequência do texto. As citações de falas/depoimentos dos sujeitos da pesquisa devem ser apresentadas em estilo itálico e na sequência do texto.

**Referências:**

- São permitidas até 25 referências em artigos originais e livre para artigos de revisão. Devem representar e sustentar o estado da arte sobre o tema, ser atualizadas e procedentes, preferencialmente, de periódicos qualificados.

eventos. A exatidão das informações nas referências é de responsabilidade dos autores.

- Quando são enviadas fora das normas, acarretam em atraso o processo de avaliação do manuscrito.
- No texto devem ser numeradas consecutivamente, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez, identificadas por números arábicos sobrescritos entre parênteses, sem espaços da última palavra para o parêntese, sem menção aos autores.
- Ao fazer a citação sequencial de autores, separe-a por um traço ex. (1-3); quando intercalados utilize vírgula ex. (2,6,11).
- As regras de referência da REE têm como base as normas adotadas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no ICMJE - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org/index.html>).

**Agradecimentos e Financiamentos:** agradecimentos e/ou indicação das fontes de apoio da pesquisa, devem ser informados ao final do artigo.

## EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

### Orientações gerais:

Nos artigos publicados em periódicos, o nome do periódico deve aparecer preferencialmente abreviado. Os títulos abreviados devem ser obtidos na [PubMed Journals database](#) ou o título abreviado usado na [SciELO](#).

Em referências com mais de seis autores a expressão et al deve ser usada após o sexto autor.

### Artigo publicado em periódico científico:

- Mussi CM, Ruschel K, Souza EN, Lopes ANM, Trojahn MM, Paraboni CC, et al. Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELEN-I. Rev Lat Am Enfermagem. 2013;21(esp):20-8

### Artigo publicado em periódico científico, volume com suplemento:

- Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Ben CM. Manejo de paciente agitado ou agressivo. Rev Bras Psiquiatr [Internet].; 2010 [cited 2016 Mar 31];32 supl. 2:S96–103. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600006>

### Artigo publicado em periódico científico, número com suplemento:

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

### Artigo publicado em periódico científico, número sem volume

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

### Artigo publicado em periódico científico, sem volume ou número:

- Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. HRSA Careaction. 2002:1-6

**Artigo publicado em periódico científico de língua inglesa:**

- Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertens*. 2009;27(5):963-75.

**Artigo publicado em periódico científico de língua espanhola:**

- Montes SF, Teixeira JBA, Barbosa MH, Barichello E. Aparición de complicaciones relacionadas con el uso del catéter venoso central de inserción periférica (PICC) en los recién nacidos. *Enferm. glob*. [Internet]. 2011 [acesso em: 30 mar 2013];10(24). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400001>.

**Artigo publicado em periódico científico de outras línguas:**

- Hirayama T, Kobayashi T, Fujita T, Fujino O. [A case of severe mental retardation with blepharophimosis, ptosis, microphthalmia, microcephalus, hypogonadism and short stature-the difference from Ohdo blepharophimosis syndrome]. *No To Hattatsu*. 2004;36(3):253-7. Japanese.

**Artigo publicado em periódico científico, sem dados do autor:**

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

**Artigo publicado em periódico científico eletrônico:**

- Reis LN, Carmo BP, Miasso AI, Gherardi-Donato ECS. Probabilidade de internação psiquiátrica e características sociodemográficas de portadores de depressão. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2013 [acesso em: 10 fev 2014];15(4):862-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.18905>.

**Artigo aceito para publicação em periódico científico eletrônico:**

- Santana FR, Nakatani AYK, Freitas RAMM, Souza ACS, Bachion MM. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do estado de Goiás. *Ciênc. saúde coletiva*. In press 2009.

**Livro, com único autor:**

- Demo P. *Autoajuda: uma sociologia da ingenuidade como condição humana*. 1st ed. Petrópolis: Vozes; 2005.

**Livro, com organizador, editor, compilador como autor:**

- Brighth MA, editor. *Holistic nursing and healing*. Philadelphia: FA Davis Company; 2002.

**Capítulo de livro:**

- Medeiros M, Munari DB, Bezerra ALQ, Alves MA. Pesquisa qualitativa em saúde: implicações éticas. In: Ghilhem D, Zicker F, editors. *Ética na pesquisa em saúde: avanços e desafios*. Brasília: Letras Livres UnB; 2007. p. 99-118.

**Livro, com autoria de instituição:**

- Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquista*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2000. 44 p.

**Livro com tradutor:**

- Stein E. Anorectal and colon diseases: textbook and color atlas of proctology. 1st Engl. ed. Burgdorf WH, translator. Berlin: Springer; c2003. 522 p.

**Livro disponível em formato eletrônico:**

- Ministério da Saúde. Por que pesquisa em saúde? Textos para tomada de decisão [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [acesso em: 10 fev 2014]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_saude.pdf).

**Monografia / Dissertação / Tese:**

- Pazzini LT. Caracterização genotípica de microrganismos isolados de infecções da corrente sanguínea relacionadas a cateteres em recém-nascidos [monografia]. São Paulo: Unesp; 2010.

**Trabalhos em anais de evento científico:**

- Munari DB, Medeiros M, Bezerra ALQ, Rosso, CFW. The group facilitating interpersonal competence development: a brazilian experience of mental health teaching. In: Proceedings of the 16th International Congress of Group Psychotherapy [CD-ROM], 2006, São Paulo, Brasil. p. 135-6.
- Rice AS, Farquhar-Smith WP, Bridges D, Brooks JW. Cannabinoids and pain. In: Dostorovsky JO, Carr DB, Koltzenburg M, editors. Proceedings of the 10th World Congress on Pain, 2002, San Diego, CA. Seattle (WA): IASP Press; c2003. p. 437-68.

**Trabalhos em anais de evento científico, disponível na internet:**

- Centa ML, Oberhofer PR, Chammas J. A comunicação entre a puérpera e o profissional de saúde. In: Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 2002, São Paulo, Brasil [Internet]. 2002 [acesso em: 10 fev 2014]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a060.pdf>.

**Trabalho apresentado em evento científico:**

- Robazzi MLCC, Carvalho EC, Marziale MHP. Nursing care and attention for children victims of occupational accident. Conference and Exhibition Guide of the 3rd International Conference of the Global Network of WHO Collaborating Centers for Nursing & Midwifery, 2000, Manchester; UK. Geneva: WHO; 2000.

**Base de dados online:**

- Shah PS, Aliwalas LI, Shah V. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. 2006 Jul 19 [acesso em: 10 fev 2014]. In: The Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons, Ltd. c1999 – . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004950.pub3>. Record No.: CD004950.

**Legislação:**

- Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 12 dez 2012.

**Legislação, disponível na internet:**

- Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR) [Internet]. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 12 dez 2012 [acesso em: 10 fev 2014]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html).

**Matéria de jornal:**

- Souza H, Pereira JLP. O orçamento da criança. Folha de São Paulo. 1995 maio 02; Opinião: 1º Caderno.

**Artigo de jornal, disponível na internet:**

- Deus J. Pacto visa o fortalecimento do SUS em todo estado de Mato Grosso. Diário de Cuiabá [Internet]. 25 abr 2006 [acesso em: 10 fev 2014]. Saúde. Disponível em: <http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=251738>.

**Texto / Homepage da Internet:**

- DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em: 18 fev. 2016]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
- Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa da Fiocruz Paraná confirma transmissão intra-uterina do zika vírus [Internet]. 2016 [acesso em: 31 mar. 2016]. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-da-fiocruz-parana-confirma-transmissao-intra-uterina-do-zika-virus>.