

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

SOFIA PANATO RIBEIRO

**APLICAÇÃO DA NOTA DE TRANSFERÊNCIA E DO *PAEDIATRIC EARLY
WARNING SCORE (PEWS)* EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA**

PORTO ALEGRE

2019

SOFIA PANATO RIBEIRO

APLICAÇÃO DA NOTA DE TRANSFERÊNCIA E DO *PAEDIATRIC EARLY WARNING SCORE* (PEWS) EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

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

Professora Orientadora: Dra. Letícia Becker Vieira

PORTO ALEGRE
2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família e amigos por todo o apoio recebido ao longo dos anos, por toda a compreensão pelos momentos de estudo e de preparação para o tão esperado momento em que me tornarei enfermeira.

Agradeço à minha mãe, Simone, por sempre ter investido em mim e nos meus estudos, pois como ela sempre diz “conhecimento é a única coisa que as pessoas não podem tirar de ti”. Por ter sido meu porto seguro em todos os momentos, pelo apoio incondicional que recebi ao longo de toda a vida e por sempre ter vibrado com as minhas conquistas.

Agradeço ao meu pai, Júlio, por sempre ter me dado tanto carinho e amor, e sempre ter me escutado e apoiado nas escolhas difíceis, me falando palavras tranquilas e por ter se sido presente em todos os momentos.

À minha madrasta, Marli, e meu padrasto, João, por sempre terem sido meus segundos pais e terem me amado como se fosse filha.

Aos meus avós, agradeço imensamente pelo carinho, amor, pelos incentivos nos anos da faculdade, me levando e buscando de eventos, vibrando com minhas conquistas.

Ao meu companheiro, Cássio, agradeço pela parceria, paciência, amor, cuidado e pela coragem de ter enfrentado esses longos cinco anos ao meu lado, por ter me apoiado nas minhas decisões e se alegrado com as minhas conquistas.

À minha cunhada, Andréia, agradeço por ter me apresentado o caminho da enfermagem, sendo sempre um exemplo de profissional para mim.

Às minhas filhas caninas, Polly e Sherazade, agradeço pelo companheirismo e amor incondicional que recebo desde pequena.

Aos meus colegas do Serviço de Emergência agradeço todo o cuidado que tiveram comigo nos dois anos em que realizei estágio na unidade. Muito obrigada pelo acolhimento, ensinamentos, paciência e por terem me inspirado a buscar mais conhecimento. Às minhas enfermeiras dos estágios curriculares na Atenção Básica e no CTI, Elenice e Jaqueline, agradeço pelas risadas, carinho e ensinamentos que me proporcionaram. Todos vocês são exemplos como profissionais e tem um lugar especial no meu coração.

Agradeço à minha orientadora, Letícia Becker, por todo o companheirismo, amizade e carinho que desenvolvemos uma com a outra. Muito obrigado por ter me guiado sabiamente para construir esse trabalho maravilhoso.

Assim, só tenho à agradecer por todas as pessoas que me acompanharam na faculdade e me auxiliaram, de algum modo, a chegar onde estou hoje. Além de terem vibrado com as minhas conquistas nos mais diversos momentos.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 FICHA DE AVALIAÇÃO PARA TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
 FORMATO ARTIGO



Título: _____

Nome do aluno: _____

Nome do avaliador: _____ Data: _____

ITENS DE AVALIAÇÃO		PONTUAÇÃO						
		Sim	Não	Parcial	N/A*	Total	Avaliador	
A) Avaliação da escrita								
1	Introdução					0,6		
2	Objetivos					0,4		
3	Revisão teórica					0,7		
4	Métodos/Metodologia (explícita)					0,4		
5	Referências (Conforme a Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT)					0,3		
6	Resultados (Artigo)					0,2		
6.1	Título	Coaderente com o conteúdo.					0,3	
		Corresponde ao objetivo e/ou resultado.						
6.2	Resumo	Sintetiza adequadamente o estudo.					0,3	
		Contempla objetivo, metodologia/método, resultados, conclusão/considerações finais.						
		Descritores conforme DeCS (http://decs.bvs.br/).						
6.3	Introdução	Relevância do tema para a prática.					0,7	
		Sequência lógica.						
		Problemática do estudo, revisão da literatura, justificativa, questão norteadora.						
		Objetivo explicitado com exatidão.						
6.4	Métodos/Metodologia (conforme preconizado pelo periódico)	Tipo de estudo.					1,0	
		Campo/contexto.						
		População /seleção, amostra/sujeitos/participantes.						
		Critérios de inclusão/exclusão.						
		Coleta de dados.						
		Análise dos dados.						
6.5	Resultados/Discussão	Adequação aos objetivos do estudo.					2,0	
		Discussão com consistência literária.						
		Adequação de tabelas, figuras e quadros.						
6.6	Conclusões/Considerações finais	Respostas aos objetivos e/ou questão norteadora.					0,4	
		Aplicação dos resultados na prática de enfermagem/saúde: limitações do estudo.						
6.7	Referências	Conforme periódico					0,4	
7	Apêndices e Anexos	Normas de publicação do periódico					0,3	
		Demais pertinentes à pesquisa realizada						
TOTAL PARA ITEM A						8,0		
B) Avaliação da apresentação oral							Total	Avaliador
1	Postura adequada.						0,5	
2	Distribuição adequada do tempo.							
3	Exposição clara e domínio do tema.						1,5	
4	Uso correto de terminologia científica.							
5	Adequação do material de apoio.	Favorece a compreensão do tema.						
		Torna a apresentação interessante.						
		Atende às normas de apresentação.						
6	Domínio do assunto na arguição da banca.						2,0	
TOTAL PARA ITEM B						2,0		

* Não avaliado.

Nota Final (A+B) = _____ (incluir decimal após a vírgula).

Assinatura do Avaliador: _____

Assinatura do Professor Orientador: _____

SUMÁRIO

Conteúdo

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo Geral	12
2.2 Objetivos específicos	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 Segurança do paciente pediátrico	13
3.2 Escala PEWS.....	16
3.3 Transferência de cuidados e o transporte intra-hospitalar	17
4 METODOLOGIA	20
4.1 Delineamento	20
4.2 Delimitação do Campo.....	20
4.3 População e Amostra.....	22
4.4 Coleta.....	23
4.5 Análise de Informações	23
4.6 Aspectos Éticos.....	23
REFERÊNCIAS	24
5 RESULTADOS	27
MÉTODO	29
RESULTADOS	31
DISCUSSÃO	34
CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	38
ANEXO	41
ANEXO A – Termo de Compromisso para Utilização de Dados do Projeto Matriz	41
ANEXO B – Parecer de Aprovação da COMPESQ	42
ANEXO C – Parecer de aprovação CEP	43
ANEXO D - Nota de Transferência SEE Pediátrica	47
ANEXO E – Escala de PEWS na emergência pediátrica.....	48
ANEXO F - Normas de Publicação da Revista de Enfermagem da UFSM.....	49

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da criança é caracterizada por diversas situações que requerem uma maior atenção dos profissionais de enfermagem. A população pediátrica possui risco de dano três vezes maior do que a população adulta na mesma situação clínica, pois há alguns aspectos específicos que influenciam na segurança do cuidado ao paciente. Entre esses fatores, podemos citar as suas especificidades quanto à idade, fragilidade, vulnerabilidade, condições peculiares de crescimento e desenvolvimento, como a linguagem não-verbal e condições clínicas (SILVA et al., 2016). Os principais incidentes de segurança em relação aos cuidados aos pacientes pediátricos em ambiente crítico são os erros de medicação, seguidos de erros de comunicação referente às alterações no cuidado e falta de orientação sobre os cuidados aos familiares (BICA et al., 2017).

A assistência à saúde envolve múltiplos processos dos quais requerem atenção voltada para a segurança do paciente, a fim de prevenir incidentes. A segurança é um princípio básico, sendo requisito para um atendimento de qualidade, devendo ser valorizada como um direito do paciente e um compromisso ético do profissional. É definida como a redução do risco de danos desnecessários à saúde, até um mínimo aceitável (REBRAENSP, 2013).

Para que o paciente tenha um atendimento de qualidade e seguro é necessário que medidas sejam tomadas para que as ações realizadas pelos profissionais sejam corretas, assim como as instituições devem ter uma postura adequada frente às situações de erros que ocorrem no dia a dia, sendo necessárias ações educativas, excluindo as ações punitivas. Portanto, também é necessário construir uma cultura de segurança do paciente dentro do ambiente de trabalho, pois as instituições devem estipular práticas, valores, atitudes e comportamentos de redução do dano e promoção do cuidado seguro (REBRAENSP, 2013).

A *World Health Organization* (WHO) junto da *Joint Commission International* (JCI) lançou as Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP) que foram propostas para a qualificação do cuidado em saúde, com melhorias específicas na segurança do paciente, apresentando soluções baseadas em evidências. Essas referem-se à identificação correta do paciente; comunicação efetiva; melhora da segurança nas medicações; cirurgias seguras; redução dos riscos de infecções

associadas aos cuidados de saúde; e redução do risco de quedas e lesão por pressão (BRASIL, 2014).

Destaca-se que a meta internacional de comunicação efetiva agregada ao trabalho da equipe multiprofissional de saúde é compreendida como determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados aos indivíduos. De modo que as falhas na comunicação entre os profissionais de saúde tem sido um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos cuidados (BAGNASCO et al., 2013).

No que tange o paciente pediátrico de terapia intensiva, evidencia-se que um dos principais momentos que oferece risco para a ocorrência de incidentes e eventos adversos da criança é na transferência do cuidado. Nesse processo, é necessária uma maneira de reforçar o cuidado com o paciente de uma forma que não seja comprometida sua segurança, principalmente em casos de pacientes pediátricos graves (BICA et al., 2017).

A comunicação efetiva entre a equipe assistencial no processo de transferência de pacientes pediátricos entre setores pode acontecer por meio de transmissão de informações por telefonemas e/ou pessoalmente entre profissionais, através de formulários e notas de transferência de pacientes e por meio de orientações verbais em situações de emergências ou urgências. Sendo assim, existem diversas maneiras para estabelecer uma comunicação que favoreça o trabalho em equipe e a continuidade dos cuidados em saúde intra e extra hospitalar (BAGNASCO et al., 2013).

Além disso, considera-se que a efetividade da comunicação entre os profissionais de saúde não só reduz a ocorrência de erros e favorece a segurança do paciente como também gera maior satisfação dos profissionais em relação ao seu trabalho e da família em relação ao cuidado (SILVA et al., 2016).

No momento da transferência do cuidado, as informações clínicas devem ser transmitidas de forma constante, sendo necessária uma comunicação adequada. Qualquer informação, enviada ou interpretada incorretamente, pode acarretar diversos tipos de incidentes que comprometem a segurança do paciente (BICA et al., 2017). Entre as conseqüências das falhas na comunicação entre as equipes na transferência do paciente, encontra-se o dano à saúde, o aumento do tempo de

hospitalização por erros dos profissionais e problemas relacionados aos equipamentos de transporte (PIRES et al., 2015).

A deterioração clínica de um paciente é identificada a partir de sinais e sintomas que demonstram esta instabilidade fisiológica. A qual, por vezes, não é observada de maneira eficaz por parte da equipe de saúde, levando à complicações sérias, como choque, insuficiência respiratória, parada cardiorrespiratória e morte. A identificação precoce destes sinais previnem complicações e sequelas, assim como diminuem os gastos públicos com internação hospitalar e tratamento (MIRANDA et al, 2016).

Após a identificação da piora clínica, é necessário um cuidado intensivo para com este paciente. Entretanto, em muitos ambientes hospitalares, não há o quantitativo de pessoal e materiais necessários para a realização dos cuidados adicionais, sendo este o principal motivo para a transferência de cuidado intra-hospitalar tanto em pacientes adultos, quanto pediátricos (PIRES et al, 2015).

O sucesso para a transferência do paciente depende da organização da equipe multiprofissional e uso de equipamentos adequados. O transporte de um paciente é decidido quando observa-se que os benefícios são maiores que os riscos oferecidos no momento da transferência. De acordo com a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico (BRASIL, 2005), o hospital tem a responsabilidade de construir um plano hospitalar de atenção que envolva o planejamento de transporte, visando os recursos materiais e humanos suficientes e um plano de transferência de cuidado, envolvendo um sistema eficiente de comunicação, a fim de preservar a sua segurança (PEDREIRA et al, 2014).

Além disso, com a finalidade de prevenir complicações e melhorar a comunicação entre os profissionais, é possível, com a utilização dos sinais vitais e demais sinais observados à beira do leito, observar a piora clínica a partir de escalas que mensuram estes dados. Sendo assim, foi criado o *Brighton Paediatric Early Warning Score* (BPEWS) ou *Monaghan PEWS*, publicado em 2005, construído por um enfermeiro da Universidade de Brighton. Ele utiliza três componentes da avaliação: neurológico, cardiovascular e respiratório, com pontuação que varia de 0 a 13. A partir de 3 pontos, quanto maior a pontuação, maior o risco de deterioração clínica (MIRANDA et al, 2016).

A partir da BPEWS, foram construídas outras escalas com o mesmo objetivo, entretanto, adaptadas para cada ambiente hospitalar. No Hospital de ensino foco

deste estudo, no ano de 2015, formou-se um grupo de trabalho multiprofissional, objetivando propor melhorias na avaliação clínica dos pacientes pediátricos e definir uma escala adequada ao perfil institucional (NUNES et al, 2017). No ano de 2017, foi implementado no Serviço de Emergência Pediátrica, a escala *Paediatric Early Warning Score* - PEWS adaptada, a qual tem como objetivos estabelecer o processo de avaliação dos pacientes pediátricos hospitalizados, identificar futuras intercorrências como uma possível parada cardiorrespiratória e a necessidade de transferência de cuidado do paciente para a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, além de sinalizar o agravamento clínico, a fim de estabilizar o paciente e evitar desfechos desfavoráveis.

A escala de alerta é um recurso utilizado no transporte dos pacientes pediátricos, tornando-se um instrumento que possibilita uma maior clareza sobre a criticidade do paciente no momento em que o enfermeiro está transferindo o cuidado, possibilitando uma melhor comunicação entre as equipes, assegurando a qualidade e a segurança do cuidado do paciente (PIRES et al, 2015).

A enfermagem pediátrica vem sendo objeto de estudos sobre a segurança do paciente no contexto hospitalar no cenário nacional e internacional. A qualificação do cuidado para a segurança do paciente na enfermagem pediátrica está relacionada às diversas interfaces do processo de cuidado que vão desde a qualidade dos registros das informações em prontuário, do emprego de *checklists* nos procedimentos, bem como a incorporação de melhorias no processo medicamentoso, na formação profissional, além do envolvimento dos pais como parceiros no processo de cuidado (WEGNER et al, 2017).

Portanto, justifica-se o presente estudo pelas consequências advindas das falhas da comunicação, as quais podem causar danos significativos aos pacientes, pois quebram a continuidade do tratamento e a qualidade da assistência (BICA et al., 2017) e na importância da construção de uma cultura da segurança do paciente na atenção à saúde da criança hospitalizada por meio de produção de conhecimento para a elaboração de recomendações de estratégias para a promoção do cuidado seguro na enfermagem pediátrica.

Diante da problemática exposta sobre a comunicação efetiva como estratégia para a segurança do paciente tem-se a seguinte questão de pesquisa “As Notas de Transferência e aplicação do PEWS na Unidade de Emergência Pediátrica em

hospital de ensino estão sendo realizados de acordo com as diretrizes propostas pela instituição?”

|

2 OBJETIVOS

Os objetivos do presente estudo se encontram a seguir.

2.1 Objetivo Geral

Analisar a adesão dos enfermeiros ao preenchimento da nota de transferência com emissão do Escore de PEWS em pacientes pediátricos do Setor Emergência.

2.2 Objetivos específicos

Identificar a proporção de transferências com o Escore de PEWS.

Classificar o escore de PEWS de acordo com suas variações em alterado e não alterado em pacientes transferidos da emergência a outra unidade.

Verificar o destino dos pacientes pediátricos transferidos com PEWS alterado.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Na contextualização teórica do presente estudo, serão abordados os seguintes temas:

3.1 Segurança do paciente pediátrico

Desde o início da história das profissões médica e de enfermagem, a preocupação com a segurança do paciente no momento do cuidado vem sendo observada, a partir de contribuições feitas por Hipócrates e Florence Nightingale, por exemplo. Entretanto, o relatório *To Err is Human*, do *Institut of Medicin* (IOM), no ano de 1999, abordou pela primeira vez a necessidade dos cuidados com o paciente pela alta incidência de eventos adversos ocorridos no momento do cuidado (BRASIL, 2014).

Conceitua-se evento adverso como um dano causado pelo cuidado à saúde (o qual não é em decorrência do motivo de internação), que pode prolongar o tempo de permanência do paciente, resultar em uma incapacidade funcional ou levar à morte. Após algumas pesquisas, foi possível verificar que, em média, 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso e destes, 50% são evitáveis (BRASIL, 2014).

Contudo, somente no início do século 21 foi utilizado o termo “segurança do paciente”, tendo como definição evitar lesões e danos aos pacientes, decorrentes do processo de cuidado. Assim, o termo se refere à qualidade do cuidado, o qual ocorre quando os serviços de saúde aumentam as chances de produzir o cuidado adequado e são consistentes com o conhecimento profissional (BRASIL, 2014). Sendo que, somente no ano de 2004, foi criada a Aliança Mundial para Segurança do Paciente pela World Health Organization (WHO), com o objetivo de coordenar, assimilar e acelerar melhorias na segurança do paciente (*World Health Organization*, 2017). Entretanto, demonstra-se que existem múltiplos fatores que podem influenciar negativamente na qualidade de assistência prestada ao paciente, como a falta de pessoal capacitado, estrutura e materiais precários, superlotação nos hospitais e falta de higiene (*World Health Organization*, 2017).

Atualmente, o tema segurança do paciente é um desafio global, e percebe-se isso ao ver que os sistemas de saúde estão buscando cada vez mais diminuir os danos e prejuízos causados aos pacientes relacionados à assistência. Isso ocorre em decorrência de medidas que vêm sendo implementadas nestes serviços, pois é observável que mesmo em diferentes ambientes, os danos decorrem de causas e soluções similares. O maior desafio, em âmbito global, é como prevenir os eventos adversos evitáveis durante os cuidados, pois todo profissional é passível de erros (*World Health Organization, 2017*).

Entre os principais eventos adversos identificados pelos familiares e profissionais, podemos citar as falhas relacionadas ao processo medicamentoso, a dificuldade de comunicação entre profissionais, paciente e acompanhante, a imprecisão na realização de procedimentos invasivos, a descompensação do paciente na execução de procedimentos, a contaminação pelo profissional e a identificação incorreta do paciente (WEGNER; PEDRO, 2012).

Além dos traumas físicos e psicológicos causados nos pacientes vítimas dos eventos adversos, ou familiares que perderam alguém amado, há um custo muito grande para tratar as consequências, como futuras internações hospitalares, infecções e gastos médicos. Em comparação, os custos referentes às medidas de prevenção de incidentes são menores, sendo mais fácil prevenir que ocorram os erros (*World Health Organization, 2017*).

No âmbito nacional, o Ministério da Saúde, no ano de 2013, apresenta o Programa Nacional de Segurança do Paciente através da Portaria Nº 529 que institui o tema como política de saúde no cenário brasileiro. Constituem-se como principais objetivos deste Programa:

- I - promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;
- II - envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;
- III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;
- IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente;

V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde. (BRASIL, 2013).

A segunda meta é referente à comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, pacientes e familiares. A comunicação permeia todas as atividades que integram a assistência ao paciente, portanto, quanto mais especializado for o serviço, maior a necessidade de informações técnicas, especializadas e precisas. A comunicação eficaz ocorre quando o significado da informação repassada pela fonte é o mesmo significado da informação recebida (REBRAENSP, 2013).

As lacunas na comunicação estão entre as causas de mais de 70% dos erros na atenção à saúde. A falta de comunicação entre a equipe e a informação quando repassada de maneira errônea são fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos (REBRAENSP, 2013). Além disso, a carência de registros no prontuário do paciente pediátrico pode ocasionar erros por parte da equipe de saúde (WEGNER; PEDRO, 2012).

Em relação à segurança do paciente pediátrico, estudos demonstram que as crianças têm necessidades distintas em relação aos cuidados prestados aos pacientes adultos, tendo a necessidade de uma supervisão mais próxima. Isso ocorre em decorrência de características próprias da faixa etária, como a imaturidade de seus sistemas fisiológicos, peso, área de superfície corporal, capacidade de absorção, biotransformação e excreção de medicamentos, além da raridade de muitas doenças pediátricas, o que determina diferentes respostas à terapias medicamentosas e uso de equipamentos projetados para pacientes adultos (SCHATKOSKI et al., 2009).

Outra questão importante, é que os pacientes pediátricos são dependentes de seus pais. Quando a comunicação entre profissional e acompanhante apresenta dificuldade no diálogo como consequência da utilização de terminologia técnica, atitudes e posturas do profissional quando questionado pelo familiar e as informações incompletas e ocultadas, aumenta-se o risco de gerar um evento adverso (WEGNER; PEDRO, 2012). Assim, com o entendimento da importância dos cuidados com a saúde por parte dos familiares, ocorre o estímulo para que os mesmos participem ativamente do cuidado do paciente, entendendo as suas responsabilidades e as do profissional de saúde. Para que seja realmente efetiva, a

comunicação deve ser entendida corretamente por ambas as partes (*Joint Commission Internacional*, 2010).

Um requisito essencial para a continuidade do cuidado e a segurança do paciente é a comunicação consistente entre os profissionais, de uma equipe para a próxima e entre profissionais, paciente e familiar. Enquanto os profissionais se alternam, o paciente e a família são os mesmos e, nessa perspectiva, são essenciais para, em parceria com a equipe, assegurar a continuidade do cuidado (REBRAENSP, 2013). Sendo assim, intenções dos profissionais da saúde, aliadas à comunicação efetiva, são imprescindíveis para a qualidade do cuidado ao paciente (WEGNER; PEDRO, 2012).

3.2 Escala PEWS

Com o aumento da complexidade dos pacientes internados em enfermarias e o despreparo dos profissionais da área da saúde em atender urgências e emergências, ocorre o aumento do risco de deterioração clínica nos pacientes pediátricos. Nas crianças, esses sinais podem surgir de forma súbita ou ficarem mais evidentes conforme a mudança da condição clínica dos pacientes (MIRANDA et al., 2017). Escores que detectam precocemente alterações fisiológicas nos pacientes vêm sendo utilizados em larga escala nas práticas hospitalares. Estes, conhecidos como *Early Warning System (EWS)*, são um conjunto de escalas numéricas, as quais quantificam uma associação de parâmetros, a partir da observação do profissional da saúde, apontando quando um parâmetro sai de seus valores de normalidade e as ações necessárias para a estabilização do paciente (ROLAND; MCCAFFERY; DAVIES, 2016).

Em relação aos pacientes pediátricos, utilizam-se instrumentos denominados como *Paediatric Early Warning Score (PEWS)*. O primeiro instrumento PEWS criado foi o Brighton Paediatric Early Warning Score (B-PEWS), no ano de 2005 e, a partir deste momento, foram criadas outras versões adaptadas transculturalmente de acordo com a realidade do ambiente hospitalar às quais serão inseridas, tendo a necessidade de validação a partir de determinados estudos (MIRANDA et al., 2016).

Os escores levam em consideração características como frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, enchimento capilar, esforço respiratório, saturação de oxigênio e utilização de oxigênio. Esses mecanismos têm como

objetivo reduzir o risco de eventos adversos sérios, como parada cardiorrespiratória, entre outros (MIRANDA et al., 2017). Entretanto, uma característica do ambiente pediátrico, é que os parâmetros vitais das crianças variam de acordo com a sua faixa etária (MIRANDA et al., 2016).

O escore tem como funções servir como um instrumento de referência para a validação dos parâmetros de severidade, ser um documento para registro do cálculo de gravidade da doença e conter recomendações para os cuidados a serem efetuados de acordo com a pontuação, sendo um programa de educação para os profissionais da saúde (PARSHURAM et al., 2011).

Em alguns estudos para validação de escores pediátricos de alerta precoce, houve dificuldade em estabelecer um padrão de referência para deterioração clínica em crianças. Com o PEWS elevado, a recomendação é a transferência para uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) ou a chamada do Time de Resposta Rápida (TRR), se possível. Caso não seja possível, a recomendação é que sejam tomadas medidas de urgência (MIRANDA et al., 2017).

De acordo com Parshuram et al. (2011), após a implementação do PEWS em um hospital pediátrico de Ontário, houve uma redução significativa de episódios de deterioração clínica, redução de 77% nas chamadas de pediatras plantonistas e de 64% nas chamadas de terapeutas respiratórios plantonistas e houve uma diminuição de 83% da taxa de transferência tardia de pacientes aos centros de referência, aumentando 37% a taxa de transferência inter-hospitalar. Além disso, facilita a comunicação interpessoal, tornando-a mais efetiva.

3.3 Transferência de cuidados e o transporte intra-hospitalar

Os serviços de emergência são setores complexos, pois realizam atendimento aos pacientes críticos, quando desestabilizados. Esses serviços têm uma alta demanda de recursos humanos e de tecnologias avançadas, entretanto, muitas vezes é necessária transferência hospitalar para outra unidade, a qual pode ser temporária ou definitiva. A transferência temporária ocorre quando o paciente é encaminhado a outro setor, mas retorna ao setor de origem. Por outro lado, a transferência definitiva ocorre quando o paciente não retornará ao setor (ALMEIDA et al., 2012).

A transferência do paciente, pelos enfermeiros, ocorre em dois momentos. O primeiro momento é feito por telefone, onde o enfermeiro da unidade de origem informa as principais informações para o enfermeiro que receberá o paciente, visando a continuidade dos cuidados; o segundo momento é quando ocorre o transporte do paciente (PIRES, A. et al, 2015).

O momento do transporte intra-hospitalar é um período de potenciais complicações, pois a criança está exposta a fatores que podem culminar em uma rápida alteração fisiológica. A decisão de transportar o paciente ocorre quando os benefícios do transporte são maiores do que os riscos. Entre as principais intercorrências que ocorrem durante o transporte intra-hospitalar nos pacientes pediátricos, podemos citar o aumento da frequência cardíaca, alteração nos níveis pressóricos, alterações na frequência respiratória, queda na saturação de oxigênio, obstrução das vias aéreas superiores por secreções, tosse excessiva, sangramento e parada respiratória (ALMEIDA et al., 2012).

Além das alterações fisiológicas, podem ocorrer erros por falta de profissionais capacitados no momento do transporte. A garantia da integridade do paciente depende de uma equipe multiprofissional capacitada e treinada composta por médico, enfermeiro e fisioterapeuta. O enfermeiro tem como funções, no momento do transporte, avaliar o paciente juntamente com o médico e outros profissionais, reunir os equipamentos, materiais e medicações que irão acompanhar o paciente e realizar os registros no prontuário do paciente (sinais vitais, intercorrências e condutas realizadas). O fisioterapeuta acompanha o paciente ao setor de destino oferecendo suporte ventilatório adequado. Já o médico, avalia as condições do paciente, determina as condutas a serem seguidas e faz a interpretação imediata dos exames realizados (MORAIS; ALMEIDA, 2013).

O número de membros na equipe de transporte deve variar de acordo com o grau de complexidade do paciente, não devendo ter menos de dois profissionais treinados (MORAIS; ALMEIDA, 2013). Entretanto, na maioria das vezes observa-se apenas a presença de um técnico de enfermagem (ALMEIDA et al., 2012).

Um dos princípios do SUS é a integralidade do cuidado, devendo ser garantida em todos os serviços de saúde, inclusive nos serviços de urgência e emergência (MARIANO; ALVARENGA; LIMA, 2017). Sendo assim, para que o transporte intra-hospitalar ocorra com segurança, hospitais estão desenvolvendo protocolos e equipamentos próprios e realizando a capacitação das equipes

(MORAIS; ALMEIDA, 2013). Nesse momento, um aspecto importante é a comunicação efetiva entre a equipe que está com o paciente e a equipe que irá dar continuidade ao cuidado (MARIANO; ALVARENGA; LIMA, 2017).

A comunicação é uma ferramenta fundamental para o trabalho do enfermeiro e sua equipe, pois as informações corretas e atualizadas influenciam diretamente nas decisões, nos cuidados de enfermagem e, assim, na qualificação da assistência, favorecendo a continuidade no cuidado e a segurança do paciente (SILVA et al., 2017). A transferência do cuidado pode ser definida como uma forma de comunicação verbal que assegura a transmissão das informações ligadas a determinado paciente, executada para delegar os cuidados a serem tomados pelo profissional e equipe que receberá o paciente, tendo em vista a redução das intercorrências no cuidado e a realização de um cuidado integral (SILVA et al., 2017).

Para melhora da segurança na transferência do paciente, os hospitais estão implementando os protocolos assistenciais. Esses protocolos têm como objetivos organizar o procedimento, com a finalidade de evitar complicações que possam ocorrer durante o transporte. Assim, ocorre o planejamento, organização e o treinamento da equipe para utilização dos equipamentos adequados. Estudo aponta que a elaboração das rotinas e protocolos estimula a equipe a buscar conhecimento, melhora a comunicação entre os membros da equipe de saúde e favorece o monitoramento dos resultados e indicadores (ALMEIDA et al., 2012).

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, do tipo transversal e retrospectivo, o qual faz parte do projeto matriz denominado “Escala de Avaliação de Deterioração Clínica na Melhoria da Segurança do Paciente Pediátrico” (ANEXO A). O estudo transversal caracteriza-se pela observação direta de um número planejado de indivíduos em um determinado período. É o estudo apropriado para descrever a situação de um fenômeno ou as relações entre fenômenos em um ponto fixo do tempo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2 Delimitação do Campo

O estudo foi realizado por intermédio da análise de prontuários de pacientes internados na Unidade de Emergência Pediátrica (UEP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O serviço é a porta de entrada do hospital, onde são atendidas crianças de 0 a 13 anos, 11 meses e 29 dias, sendo que seu atendimento ideal deve durar menos de 24 horas, pois deve atender situações caracterizadas como urgência ou emergência pediátricas. Realiza atendimento humanizado, pautado na inserção da família no ambiente de cuidado, assegurando o direito do acompanhante a permanecer junto à criança (HCPA, 2016).

A emergência é composta pelos ambientes de acolhimento e classificação de risco, dois consultórios, sala de procedimentos (SPP), Box de atendimento de urgências, Box de admissão de pacientes e sala de observação (SOP), internação e isolamentos (HCPA, 2016).

Os pacientes podem dar entrada no serviço por demanda espontânea, encaminhados pela SAMU ou demais serviço pré-hospitalar e encaminhado por demais serviços do hospital (HCPA, 2016). Pauta-se na Política Nacional de Humanização, em que uma das diretrizes para o atendimento em urgências e emergências, é o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco. Para atender esta diretriz, o SEE adota o Protocolo de Manchester. A finalidade deste processo de trabalho é dar respostas resolutivas aos problemas de saúde dos pacientes e prestar

atendimento qualificado, priorizando as situações graves com risco de vida iminente (HCPA, 2016).

A equipe que compõe a emergência é interdisciplinar, sendo composta por diferentes profissões, como Médicos Pediatras, Residentes de Pediatria, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Técnicos de Enfermagem, Professores da Faculdade de Enfermagem e Medicina da UFRGS, Administradores, Assistentes Administrativos, Assistentes Sociais, Nutricionista, Alunos do curso de Medicina e Enfermagem da UFRGS, Equipes Médicas, Consultoras, Serviço de Farmácia, Serviço de Radiologia, Serviço de Patologia Clínica, Serviço de Nutrição e Dietética e Serviço de Higienização (HCPA, 2016).

Em relação ao fluxo dos pacientes dentro do setor pediátrico, inicia-se na recepção (ocorre a atualização do cadastro). Após, ocorre o acolhimento e a classificação de risco, pelo protocolo de Manchester. Por seguinte, consulta médica e o encaminhamento à SPP ou Sala de Observação Pediátrica. Na SOP, é feita a admissão, onde o enfermeiro faz a Nota de admissão do paciente, aplicação das escalas para risco de quedas e risco de lesão por pressão (Braden Q), e registra o escore de PEWS conforme registrado os sinais vitais pelo técnico de enfermagem (HCPA, 2016).

No ano de 2017 foi implementada a Escala de PEWS adaptada no Serviço de Emergência Pediátrica. Entre seus objetivos estão a detecção precoce de sinais de piora clínica, desencadeando modificações na atuação da equipe multiprofissional e paciente e o auxílio na definição de como ocorrerá a transferência do mesmo da emergência pediátrica para as unidades abertas ou de terapia intensiva (HCPA, 2018a).

A escala foi incorporada nas folhas de sinais vitais que variam de acordo com a faixa etária, abrangendo os grupos de crianças com idade < 3 meses; de 3 a <12 meses; de 1 a < 5 anos; de 5 a < 12 anos; > de 12 anos. A partir do registro dos sinais vitais do paciente, verificados à beira do leito, o instrumento será preenchido pelo técnico de enfermagem. Somente em novembro de 2019 que houve a informatização da escala e dos sinais vitais no sistema AGH Use. Assim, será realizado o somatório dos itens da escala PEWS e, após registrar o escore, deve-se comunicar imediatamente o enfermeiro se o mesmo estiver acima dos parâmetros de referência. Cabe ao enfermeiro avaliar o paciente logo após a comunicação do técnico de enfermagem, verificar os itens da escala, adequar o intervalo de avaliação

do paciente de acordo com a pontuação do escore e acionar o médico de acordo com a sua unidade (HCPA, 2018a).

Os valores de referência de instabilidade fisiológica são diferentes nas unidades de internação do hospital em tela, em comparação aos valores de referência do serviço de emergência do hospital (HCPA, 2018a). Como o serviço de emergência é porta de entrada hospitalar, é esperado que os pacientes internados no local tenham parâmetros fisiológicos alterados, assim, os padrões de referência são mais altos, como evidenciado na tabela a seguir:

Recomendações conforme PEWS na Emergência Pediátrica				
Escore	SV	Enfermeiro	Médico	Ação Adicional
0 a 6	3/3h	3/3h	3x/dia	Não
7 a 8	2/2h	2/2h	4x/dia	Avisar enfermeira imediatamente
9 ou +	1/1h	1/1h	1/1h	Avisar médico imediatamente

(Fonte: HCPA, 2018a).

Sendo assim, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) criou como Procedimento Operacional Padrão (POP) a Nota de Transferência (ANEXO D). A qual tem como objetivo possibilitar uma transferência segura ao paciente, que contemple as informações importantes sobre a saúde do paciente, visando assegurar a continuidade do cuidado (HCPA, 2018b).

4.3 População e Amostra

A população de estudo foi composta por 1.219 prontuários de pacientes pediátricos cujas transferências foram realizadas pelos enfermeiros que trabalham no serviço, nos turnos da manhã, tarde e noite, no período de 01 de janeiro à 31 dezembro de 2018.

Foram incluídos os pacientes de 0 meses a 14 anos, 11 meses e 29 dias de idade, sendo de ambos os sexos. Serão excluídos, os pacientes que forem transferidos imediatamente após o primeiro atendimento na emergência para a Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico ou Neonatal visto que se sabe

previamente que esses pacientes tem um instabilidade elevada, logo não é necessário mensurar a gravidade por meio do escore de PEWS.

4.4 Coleta

Os dados foram coletados do prontuário eletrônico dos pacientes pediátricos, cujos dados foram registrados na nota de transferência (Anexo D), por intermédio de acesso ao sistema informatizado. Subsequentemente, foram lançados em um banco de dados do Serviço de Enfermagem em Emergência, com uso do programa Excel.

4.5 Análise de Informações

Os dados da planilha foram importados ao software SPSS para as análises pertinentes. Entre as variáveis estudadas, pode-se identificar o turno de trabalho, mês e local de destino.

Foi realizada uma análise descritiva, sendo apresentada com uso de gráficos, dos dados conforme a Nota de Transferência e o escore de PEWS (Anexo E), utilizados na instituição.

4.6 Aspectos Éticos

O estudo foi realizado respeitando-se a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012) e foi submetido à avaliação e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (ANEXO B) e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (ANEXO C), sob o CAEE nº 1268919.2.0000.5327, o qual dispõe que o acesso aos prontuários de pacientes somente será autorizado aos pesquisadores com projeto de pesquisa aprovado no CEP-HCPA.

Em relação aos riscos do trabalho, há risco mínimo, pois é uma pesquisa que empregou método retrospectivo, sem realização de nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam do estudo, ocorre apenas revisão dos prontuários e banco de dados estruturado pelo Serviço de Enfermagem em Emergência.

Quanto aos benefícios, identificar pontos de melhoria que fortaleçam avaliação clínica criteriosa para promoção da segurança do paciente na continuidade do cuidado durante a transferência entre unidades.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, Ana Carolina Goulardins de et al. Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p.471-476, 1 jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300024>. Acesso em: 20 out. 2018.
2. BAGNASCO A, et al. Identifying and correcting communication failure among health professional working in the Emergency Department. **Int Emerg Nurs**. 2013; 21(3):168-72.
3. BICA, Tainá et al. CARACTERÍSTICAS DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA DO PACIENTE NOTIFICADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA. **Revista de Enfermagem Ufpe**, Recife, v. 10, n. 11, p.1-11, out. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231184/25164>>. Acesso em: 02 out. 2018.
4. BRASIL. Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. **Institui O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília, DF. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 09 set. 2018.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 09 set. 2018.
6. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (Brasil). **Plano de Avaliação de pacientes pediátricos hospitalizados utilizando o escore Bedside Paediatric Early Warning Score (PEWS)**. Porto Alegre: Hcpa, 2018a.
7. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (Brasil). **Plano Assistencial do Serviço de Emergência Pediátrica**. Porto Alegre: Hcpa, 2016.
8. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (Brasil). **Protocolo Operacional Padrão de Transferência do Cuidado do Serviço de Emergência**. Porto Alegre: Hcpa, 2018b.
9. JOINT COMISSION INTERNACIONAL (Estados Unidos). **Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals**. Oakbrooke Terrace: The Joint Comission, 2010. Disponível em:

- <<https://www.jointcommission.org/assets/1/6/ARoadmapforHospitalsfinalversio n727.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2018.
10. JOINT COMMISSION et al. **National patient safety goals effective**. January 1. 2015. Acesso em: https://www.jointcommission.org/assets/1/6/NPSG_Chapter_NCC_Jan2018.pdf
 11. MARIANO, Taciana; ALVARENGA, Luiz; LIMA, Rosana. **As possibilidades e os limites da transferência do cuidado no contexto hospitalar**. In: 37^a SEMANA CIENTÍFICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2017, Porto Alegre. Anais de Congresso. Porto Alegre: Clin Biomed Res, 2017. 1 p. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/173633/001060636.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 16 out. 2018.
 12. MIRANDA, Juliana de Oliveira Freitas et al. Tradução e adaptação de um escore pediátrico de alerta precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 69, n. 5, p.888-896, out. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500888&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 16 ago. 2018.
 13. MIRANDA, Juliana de Oliveira Freitas et al. Acurácia de um escore pediátrico de alerta precoce no reconhecimento de deterioração clínica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Bahia, v. 25, p.1-7, jan. 2017.
 14. MORAIS, Shirley A.; ALMEIDA, Luana F. Por uma rotina no transporte intra-hospitalar: elementos fundamentais para a segurança do paciente crítico. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p.1-2, 30 set. 2013. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/rhupe.2013.7541>. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=429>. Acesso em: 21 out. 2018.
 15. NUNES, Gabriela Wingert et al. **Processo de implantação da escala Paediatric Early Warning System (PEWS) nas unidades de internação pediátricas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)**. In: SEMANA DE ENFERMAGEM DO
 16. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2017, Porto Alegre. Anais de Congresso. Porto Alegre: Ufrgs, 2017. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/165666/001025453.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 16 ago. 2018.
 17. PARSHURAM, Christopher et al. Implementing the Bedside Paediatric Early Warning System in a community hospital: A prospective observational study. **Paediatric Child Health**, [s.i.], v. 16, n. 3, mar. 2011.
 18. PIRES, Alessandra Fontanelli et al. Transporte seguro de pacientes críticos. **Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p.1-2, jan.

2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Sofia/Desktop/paciente%20critico.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2018.
19. REBRAENSP (Brasil). **Estratégias para a Segurança do Paciente: Manual para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Edipucrs, 2013. Disponível em: <https://www.rebraensp.com.br/images/publicacoes/manual_seguranca_paciente.pdf>. Acesso em: 11 set. 2018.
20. ROLAND, Damian; MCCAFFERY, Kevin; DAVIES, Ffion. Scoring systems in paediatric emergency care: Panacea or paper exercise?. **Journal Of Paediatrics And Child Health**, [s.l.], v. 52, n. 2, p.181-186, fev. 2016
21. SCHATKOSKI, Aline Modelski et al. Safety and protection for hospitalized children: literature review. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 17, n. 3, p.410-416, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000300020&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 29 nov. 2018.
22. SILVA, Michelini Fátima da et al. COMMUNICATION IN NURSING SHIFT HANDOVER: PEDIATRIC PATIENT SAFETY. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 25, n. 3, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300322&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 02 out. 2018.
23. SILVA, Marcela Rezende et al. Passagem de Plantão Enfermagem Hospitalar: Uma Revisão Integrativa. **Revista Cuidarte Enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 11, p.122-130, jun. 2017. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2017v1/17%20Artigo_Passagem%20de%20plant%C3%A3o%20em%20enfermagem%20hospitalar.pdf>. Acesso em: 16 out. 2018.
24. WEGNER, Wiliam; PEDRO, Eva. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 3, n. 20, p.1-8, jun. 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Sofia/Desktop/artigo%20sp%20circunst%C3%A2ncias%20de%20cuidado.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.
25. WEGNER, Wiliam et al. Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 38, n. 1, p.1-9, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v38n1/0102-6933-rngenf-1983-144720170168020.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2018.
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION (Suíça). **Patient Safety: Making health care safer**. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11eng.pdf;jsessionid=B03933E37D0E9B1ABFF68DEBC82F9F35?sequence=1>>. Acesso em: 09 set. 2018.

5 RESULTADOS

APLICAÇÃO DA NOTA DE TRANSFERÊNCIA E DO *PAEDIATRIC EARLY WARNING SCORE* EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Sofia Panato Ribeiro

Letícia Becker Vieira

RESUMO

Objetivo: Avaliar a adesão dos enfermeiros ao preenchimento da nota de transferência com emissão do Escore de PEWS em pacientes pediátricos do Setor Emergência.

Método: Estudo quantitativo, transversal e retrospectivo. O estudo foi realizado a partir da análise de 1.219 prontuários de pacientes de uma unidade de Emergência Pediátrica, no ano de 2018.

Discussão: Na avaliação da Nota de Transferência e escore de PEWS, houve adesão dos enfermeiros de, respectivamente, 86,84% e 75,24% ao longo do ano. Os motivos de internação são doenças respiratórias, em sua maioria, e demais doenças clínicas, conforme época do ano. Os pacientes atendidos no Serviço de Emergência foram, majoritariamente, estabilizados no serviço e, somente os pacientes com PEWS alterado, foram encaminhados à UTI Pediátrica.

Conclusão: São necessárias ações de educação com os profissionais, com a finalidade de melhoria dos indicadores relacionados à aplicação do Escore de PEWS e à Nota de Transferência para garantia de uma assistência segura ao paciente pediátrico no que tange a comunicação efetiva e continuidade do cuidado.

DESCRIPTORIOS: Emergências; Segurança do Paciente; Saúde da Criança.

INTRODUÇÃO

O cuidado de enfermagem em pediatria é caracterizado por diversas situações que requerem uma maior atenção dos profissionais de saúde. A população pediátrica possui maior risco em comparação à população adulta, pois há alguns aspectos específicos que influenciam na segurança do cuidado ao paciente, os quais podemos citar idade, fragilidade e vulnerabilidade⁽¹⁾. A segurança do paciente é compreendida como uma ação destinada a evitar

ou prevenir eventos adversos decorrentes do processo de cuidado, sendo considerada uma dimensão da qualidade do atendimento. Deve ser valorizada como um direito do paciente e um compromisso ético do profissional, assim, o profissional é responsável pela efetividade da assistência e pelo cuidado centrado no paciente⁽²⁾.

No que tange o paciente pediátrico, evidencia-se que um dos principais momentos que oferece risco para a ocorrência de incidentes e eventos adversos da criança é na transferência do cuidado, pois qualquer informação, enviada ou interpretada incorretamente, pode acarretar em diversos tipos de incidentes que comprometem a segurança do paciente⁽³⁾. Entre as consequências das falhas na comunicação entre as equipes na transferência do cuidado, encontra-se a diminuição da qualidade dos cuidados e, como consequência, o dano à saúde e o aumento do tempo de hospitalização por erros dos profissionais⁽⁴⁾.

A deterioração clínica de um paciente é identificada a partir de sinais e sintomas que demonstram sua instabilidade fisiológica. Escores que detectam precocemente alterações fisiológicas nos pacientes vêm sendo utilizados em larga escala nas práticas hospitalares. Estes, conhecidos como *Early Warning System (EWS)*, são um conjunto de escalas numéricas, as quais quantificam uma associação de parâmetros, a partir da observação do profissional da saúde, apontando quando um parâmetro sai de seus valores de normalidade e as ações necessárias para a estabilização do paciente, o que resulta na prevenção de complicações e sequelas, assim como na diminuição dos gastos públicos com internação hospitalar e tratamento^(6,7).

Em relação aos pacientes pediátricos, utilizam-se instrumentos denominados como *Paediatric Early Warning Score (PEWS)*, escores que levam em consideração características como frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, enchimento capilar, esforço respiratório, saturação de oxigênio e utilização de oxigênio⁽⁷⁾. Esses mecanismos têm como objetivo reduzir o risco de eventos adversos sérios, como parada cardiorrespiratória, entre outros. Entretanto, o escore considera como uma característica do ambiente pediátrico, que os parâmetros vitais das crianças variam de acordo com a sua faixa etária⁽⁶⁾.

Após a identificação da piora clínica, é necessário um cuidado intensivo para com este paciente. Entretanto, em muitos ambientes hospitalares, não há o quantitativo de pessoal e materiais necessários para a realização dos cuidados adicionais, sendo este o principal motivo para a transferência de cuidado intra-hospitalar tanto em pacientes adultos, quanto pediátricos⁽⁴⁾.

No ano de 2017, foi implementado no Serviço de Emergência Pediátrica, do Hospital foco do estudo, a escala *Paediatric Early Warning Score - PEWS* adaptada, a qual tem como

objetivos estabelecer o processo de avaliação dos pacientes pediátricos hospitalizados, identificar futuras intercorrências e a necessidade de transferência de cuidado do paciente para a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, além de sinalizar para uma atenção precoce, a fim de estabilizar o paciente.

Portanto, justifica-se o presente estudo pelas consequências advindas das falhas da comunicação, as quais podem causar danos significativos aos pacientes, pois quebram a continuidade do tratamento e a qualidade da assistência⁽³⁾ e na importância da construção de uma cultura da segurança do paciente na atenção à saúde da criança hospitalizada por meio de produção de conhecimento para a elaboração de recomendações de estratégias para a promoção do cuidado seguro na enfermagem pediátrica.

Diante da problemática exposta sobre a comunicação efetiva como estratégia para a segurança do paciente tem-se a seguinte questão de pesquisa “As Notas de Transferência e emissão do PEWS na Unidade de Emergência Pediátrica em hospital de ensino estão sendo realizados de acordo com as diretrizes propostas pela instituição?”

Tem-se como objetivo geral do presente estudo avaliar a adesão dos enfermeiros ao preenchimento da nota de transferência com emissão do Escore de PEWS em pacientes pediátricos do Setor Emergência.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, do tipo transversal e retrospectivo. O estudo foi realizado por intermédio da análise de prontuários de pacientes internados na Unidade de Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O serviço é a porta de entrada do hospital, onde são atendidas crianças de 0 a 13 anos, 11 meses e 29 dias, sendo que seu atendimento ideal deve durar menos de 24 horas, pois deve-se atender situações caracterizadas como urgência ou emergência pediátricas. Realiza atendimento humanizado, pautado na inserção da família no ambiente de cuidado, assegurando o direito do acompanhante a permanecer junto à criança⁽⁵⁾.

A emergência é composta pelos ambientes de acolhimento e classificação de risco, dois consultórios, sala de procedimentos pediátricos (SPP), Box de atendimento de urgências, Box de admissão de pacientes e sala de observação pediátrica (SOP) e 03 box de isolamentos. O serviço é formado por uma equipe multiprofissional, a qual inclui médicos, equipe de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, e recebe para estágio alunos da Residência médica e alunos da graduação em Enfermagem e Medicina⁽⁵⁾.

Os pacientes podem dar entrada no serviço por demanda espontânea, encaminhados pela SAMU ou demais serviço pré-hospitalar e encaminhado por demais serviços do hospital. Pauta-se na Política Nacional de Humanização, em que uma das diretrizes para o atendimento em urgências e emergências, é o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco. Para atender esta diretriz, o SEE adota o Protocolo de Manchester⁽⁵⁾.

No serviço, realiza-se em prontuário eletrônico a nota de transferência do paciente. Essa nota visa garantir a continuidade do cuidado e a segurança do paciente, contendo suas principais informações, como a utilização de oxigênio, tipo de dieta, sinais vitais, escore para avaliação da deterioração clínica do paciente, entre outros⁽⁵⁾.

A população de estudo será composta dos pacientes pediátricos cujas transferências foram realizadas pelos enfermeiros ou estagiários de enfermagem que trabalham no serviço, nos turnos da manhã, tarde e noite. A amostra foi composta por 1.219 prontuários de pacientes que foram transferidos da Emergência Pediátrica para outros setores do hospital, no período de 01 de janeiro à 31 dezembro de 2018.

Serão incluídos os pacientes de 0 meses a 13 anos, 11 meses e 29 dias de idade, sendo de ambos os sexos. Serão excluídos, os pacientes que forem transferidos imediatamente após o primeiro atendimento na emergência para a Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico e Neonatal visto que se sabe previamente que esses pacientes têm declínio clínico, logo não é necessário mensurar a gravidade por meio do escore de PEWS.

Assim, será verificado o correto preenchimento das Notas de Transferência e a inclusão do PEWS. Em relação à Nota de Transferência, é considerada completa quando todos os campos estiverem preenchidos e, incompleta, quando há ausência de informação. Ela têm como objetivo informar, de maneira resumida, sobre quais as condições do paciente, à equipe que irá recebê-lo.

O PEWS é realizado a cada verificação de sinais vitais dos pacientes e implementado na NT. A escala varia de acordo com a faixa etária, abrangendo os grupos de crianças com idade < 3 meses; de 3 a <12 meses; de 1 a <5 anos; de 5 a <12 anos e >12 anos⁽⁹⁾.

O PEWS adaptado para o HCPA, tem como sua pontuação mínima 0 pontos e, máxima, 26 pontos, sendo que pacientes com escore acima de 09 pontos já são considerados pacientes graves, com necessidade de avaliação médica urgente.

Como o serviço de emergência é porta de entrada hospitalar, é esperado que os pacientes internados no local tenham parâmetros fisiológicos alterados, sendo assim, os padrões de referência são mais altos, em comparação aos demais serviços do hospital, como evidenciado na tabela a seguir:

Escore	SV	Enfermeiro	Médico	Ação adicional
0 a 6	3/3	3/3h	2x/dia	Não
7 a 8	2/2h	2/2h	3x/dia	Avisar enfermeira imediatamente
9 ou +	1/1h	1/1h	1/1h	Avisar médico imediatamente

Fonte: Hospital de Clínicas de Porto Alegre (BR). 2018.

Assim, indica-se a ação adicional conforme a pontuação do paciente, como a diminuição do tempo entre as verificações dos sinais vitais e o aviso ao enfermeiro e/ou ao médico imediatamente.

Os dados foram coletados do prontuário eletrônico dos pacientes pediátricos, cujas informações foram registradas na nota de transferência, por intermédio de acesso ao sistema informatizado. Subsequentemente, foram lançados em planilha do software Excel e, posteriormente, importados ao software SPSS para as análises pertinentes. Entre as variáveis estudadas, pode-se identificar o turno de trabalho, mês e local de destino.

Foi realizada uma análise descritiva, sendo apresentada com uso de gráficos. Obteve-se aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob CAEE: 12688919.2.0000.5327 e número do parecer 3.403.556. A pesquisa fez parte do projeto matriz denominado “Escala de Avaliação de Deterioração Clínica na Melhoria da Segurança do Paciente Pediátrico”.

RESULTADOS

No ano de 2018, o Serviço de Emergência Pediátrica do Hospital realizou transferência intra-hospitalar de 1.219 pacientes.

Os meses em que mais houve transferências foram junho, julho, agosto e dezembro. Na avaliação da NT, houve adesão dos enfermeiros de 86,84% ao longo do ano. Entretanto, a adesão ficou acima de 90% somente nos meses de dezembro, novembro, março e junho, respectivamente.

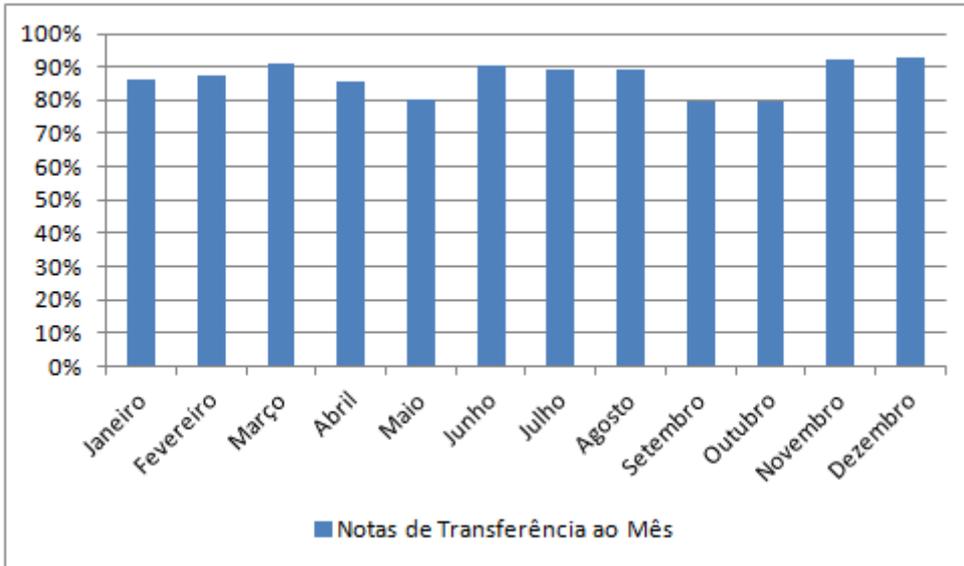


Figura 1- Percentual de Notas de Transferência realizadas ao mês no Serviço de Emergência, setor pediatria. Fonte: Dados de Pesquisa, 2019.

Ao longo do ano em estudo, os turnos que realizaram maior adesão da NT foram, respectivamente, o turno da tarde (n=449), noite (n=431) e manhã (n=179).

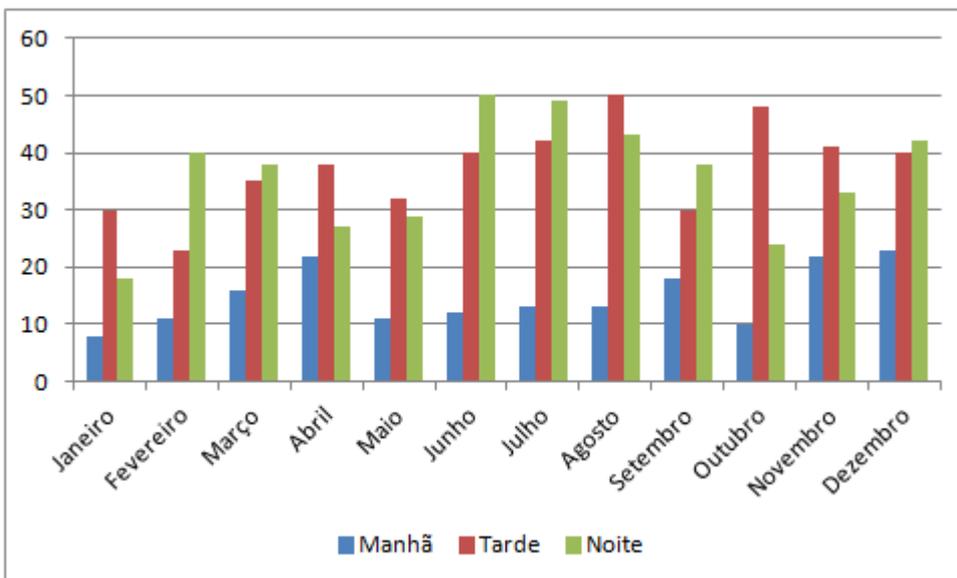


Figura 2- Comparação da realização de Notas de Transferência pelos profissionais de cada turno. Fonte: Dados de Pesquisa, 2019.

Em relação ao PEWS, dos 1.219 pacientes transferidos, o escore foi mensurado em 75,24% (n=916) dos prontuários. Nos meses de março e abril, a mensuração do escore foi maior que 80%.

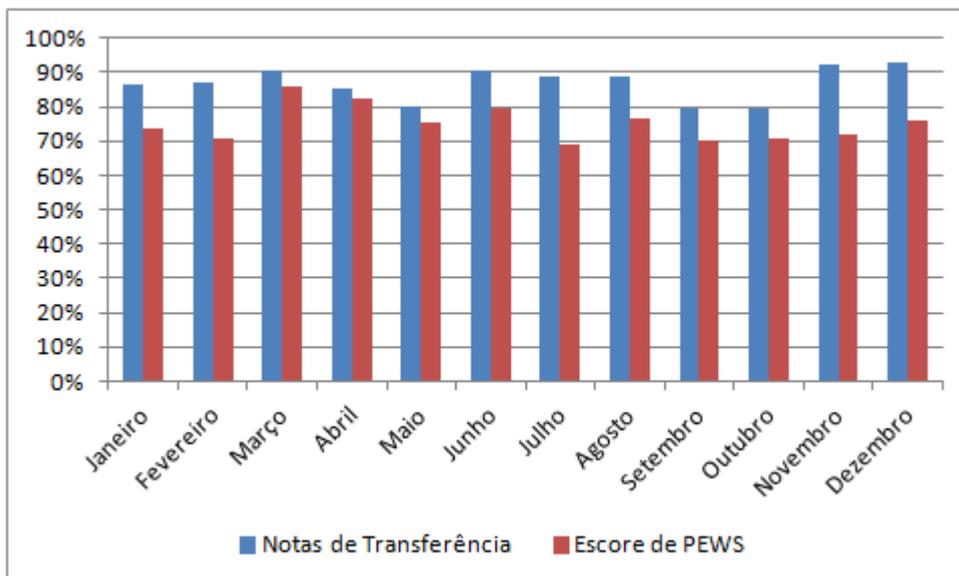


Figura 3- Percentual da realização de Notas de Transferência e Escore de PEWS. Fonte: Dados de Pesquisa, 2019.

Com os valores mensurados do escore, foi possível verificar que 867 pacientes apresentaram pontuação não alterada, a qual varia de 0 à 6 e, 49 pacientes possuíam pontuação alterada, considerada quando >7 .

Dos 1.219 pacientes que realizaram transferência no ano de 2018, observou-se que os destinos que mais receberam pacientes encaminhados da Emergência Pediátrica foram, respectivamente, o Serviço de Internação Pediátrica, totalizando 69,3% (n=844), Oncologia pediátrica 10,6% (n= 129), Unidade de Tratamento Intensivo pediátrico (UTIP) 9% (n=109), Bloco Cirúrgico 6,6% (n=80), Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTI NEO) 2,2% (n=27), Internação Neonatal 0,6% (n=07), Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA) 0,5% (n=06), outros 1,2% (n=15).

Em relação aos pacientes que foram encaminhados à Internação Pediátrica, 78,5% (663) possuíam PEWS no sistema e 98% (n=651) dos pacientes com a presença do escore em prontuário, apresentaram PEWS não alterado.

No que tange o destino dos pacientes com PEWS alterado (>7), verificou-se que 36 (73,4%) foram transferidos à Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, 12 (24,4%) para a Unidade de Internação Pediátrica e 01 (2,04%) para a Oncologia Pediátrica.

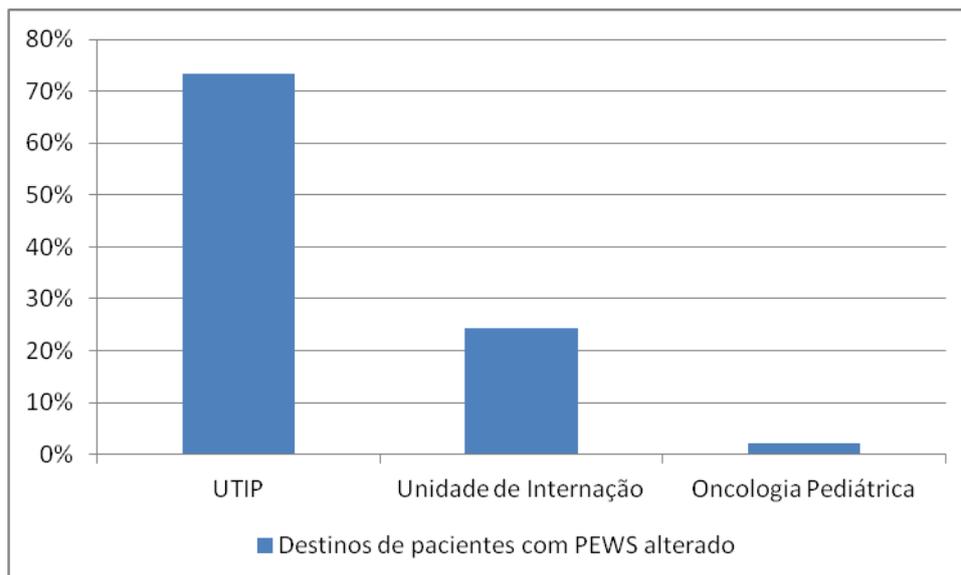


Figura 4- Percentual de pacientes transferidos por unidade. Fonte: Dados de Pesquisa, 2019.

DISCUSSÃO

Constatou-se que os meses em que mais ocorreram transferências intra-hospitalares de pacientes pediátricos do Serviço de Emergência para demais áreas assistenciais estão relacionados ao recorte sazonal do inverno, além do mês de dezembro. Isso decorre de características climáticas da região Sul do Brasil, pois os meses de junho, julho e agosto têm temperaturas mais baixas e têm como consequência aumento dos agravos respiratórios; por outro lado, os meses de verão, como o mês de dezembro, têm incidência de casos de doenças virais. Entretanto, nos meses de janeiro e fevereiro ocorre migração para a região do litoral, diminuindo o número de atendimentos no hospital, localizado na capital do Estado.

Em um estudo realizado em um hospital de Portugal, onde investiga-se sobre a utilização da sala de reanimação, demonstra-se que sua utilização também apresenta variações conforme o período do ano. O mês de julho apresenta menor quantidade de atendimentos, pois é um período de verão, no qual as crianças encontram-se de férias escolares. Por outro lado, os meses de janeiro e dezembro têm maior número de urgências relacionadas à doenças respiratórias, por ser período de inverno⁽¹⁰⁾.

Na instituição, não há uma meta estabelecida para a realização do Escore de PEWS e da NT, entretanto, por se buscar a maior qualidade no atendimento, tem-se como objetivo alcançar 100% de adesão. Em relação à adesão dos enfermeiros à Nota de Transferência, é possível verificar que, em sua maioria, os meses em que houve maior número de transferências, apresentaram taxa menor de adesão à Nota de Transferência (julho e agosto).

Estudo mostra que a falta de adesão dos profissionais de enfermagem à alguns processos de trabalho pode ser explicada por maior carga de trabalho dos profissionais, somado ao pequeno quantitativo de funcionários, principalmente em unidades de urgência e emergência, onde há um grande fluxo de pacientes atendidos diariamente, o que disponibiliza menor tempo para realização das atividades de gerenciamento do cuidado⁽¹¹⁾, como a realização da NT.

Segundo achados do estudo, o turno da tarde obteve maior adesão à NT em relação aos turnos da noite e manhã. Isso ocorre como consequência de algumas características de cada turno e da especificidade do processo de trabalho do hospital em tela, em que a decisão clínica relativa às transferências ocorre em maior volume no período da tarde.

Em comparação à demais estudos, evidencia-se que a maioria dos atendimentos em um serviço de Emergência Pediátrica ocorreu no período referente ao turno da tarde, seguido do período referente ao turno da noite⁽¹⁰⁾ e constata-se que em um hospital com grande vulnerabilidade social, a maior taxa de atendimentos ocorre no turno da tarde, pois há maior disponibilidade de horários dos pais para levarem seus filhos ao serviço de saúde⁽¹²⁾. Assim, podemos associar esta característica à maior necessidade de transferências neste turno, em especial.

Visualiza-se que a realização da Nota de Transferência está mais consolidada na equipe de saúde, quando comparada com a realização do escore de PEWS. Podemos relacionar essa afirmação com a recente implementação do escore na instituição, pois a NT é realizada no sistema informatizado desde o ano de 2015.

Os dados da pesquisa foram coletados após o primeiro ano de implementação do escore de PEWS na instituição de saúde. Assim, além de ser um processo de trabalho recente, o escore foi implantado de forma manual e deveria ser anexado à Nota de Transferência no sistema informatizado, sendo um dos motivos para falta de adesão dos enfermeiros da equipe. Assim, no mês de Novembro do ano de 2018, os sinais vitais utilizados para o cálculo do escore também passaram a ser informatizados, entretanto, seu cálculo continuava sendo manual. Somente no mês de Janeiro de 2019, o cálculo do escore também passou a ser informatizado, necessitando de nova análise para constatar se houve maior adesão após a informatização.

Estudo afirma que há inúmeros benefícios em informatizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), por exemplo, garante maior segurança aos registros do paciente, além de garantir tempo reduzido para documentar as informações, o que proporciona uma maior adesão às tarefas de gerenciamento do cuidado⁽¹³⁾. Assim, observa-se oportunidade de melhorias em relação ao processo, com a progressão da informatização dos

dados em prontuário, o que tende a uma maior adesão ao escore de PEWS juntamente à Nota de Transferência.

Além disso, a importância da realização do escore de PEWS deve-se a uma característica institucional atribuída à esse escore, pois no hospital de estudo é verificado a pontuação a cada verificação de sinais vitais sendo realizado, no mínimo, duas vezes ao turno, além de ser utilizado no momento de transferência do cuidado.

Assim, torna-se uma ferramenta de segurança para o paciente, a qual sinaliza para a equipe que está recebendo, o estado de saúde, de maneira objetiva. A informatização também facilita o acesso à informação, pois pode-se acessar o prontuário do paciente de qualquer unidade, tornando-se um instrumento facilitador para troca de informações e, como consequência, contribui para a melhor comunicação entre a equipe de saúde dos diferentes setores da instituição, proporcionando a rápida informação no caso de transferência interna do paciente, favorecendo o planejamento da equipe de enfermagem⁽¹³⁾.

O hospital de estudo é conhecido como referência para o tratamento de doenças clínicas, genéticas e oncológicas, pois não faz atendimento de emergência traumática. A partir das informações coletadas, evidencia-se que os pacientes transferidos apresentam doenças clínicas, sendo principalmente, doenças do aparelho respiratório e demais doenças, os quais são encaminhados à Unidade de Internação Pediátrica, e doenças oncológicas, os quais são encaminhados à Oncologia Pediátrica. Essas duas unidades aparecem no gráfico como os dois destinos que mais recebem pacientes transferidos do Serviço de Emergência.

Conforme outro estudo relacionado aos motivos que levam à internação de pacientes pediátricos, as principais patologias identificadas nos pacientes atendidos em unidades de Emergência Pediátrica foram as doenças respiratórias, doenças gastrointestinais e as viroses virais. E o maior número de internações ocorreu na Unidade de Internação Pediátrica, seguido da Unidade de Oncologia Pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Unidade de Internação Neonatal e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal⁽¹⁴⁾.

Além disso, as unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal não apresentam grandes percentuais de recebimento de pacientes do setor. Entretanto, ao analisar os pacientes com escore de PEWS alterado, foi possível constatar que a maior prevalência é de encaminhamentos para a unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Assim, é possível constatar que os pacientes são estabilizados na Emergência, sempre que possível e, somente os pacientes mais instáveis e/ou com prognósticos ruins são encaminhados às UTIs.

Após essa análise, conseguimos observar que o Escore de PEWS garante um cuidado qualificado ao paciente, pois é possível ver a relação entre o encaminhamento de pacientes

com pontuação alterada para setores fechados e, entre os pacientes com pontuação não alterada, encaminhados à unidade de internação. Assim, também sinaliza maiores cuidados no transporte do paciente crítico durante sua transferência, possibilitando uma organização em relação à formação da equipe e aos materiais necessários no momento do transporte, proporcionando maior segurança para o profissional e paciente.

Portanto, podemos evidenciar que instrumentos de alerta precoce auxiliam o trabalho da equipe de saúde no geral, mas principalmente no trabalho da enfermagem, contribuindo para que ofereçam um atendimento de qualidade, mais seguro, e contribuem para a alocação adequada da equipe de saúde, conforme a real necessidade de cuidados do paciente⁽¹⁵⁾.

CONCLUSÃO

A NT e o Escore de PEWS são instrumentos que proporcionam maior segurança aos profissionais da saúde, principalmente à equipe de enfermagem pois possibilitam a padronização da comunicação e a identificação de deterioração clínica do paciente pediátrico. Essas características contribuem para melhora na continuidade do cuidado ao paciente pediátrico desde sua entrada no Serviço de Emergência no atendimento imediato ao paciente até o momento da transferência de cuidado. Além disso, auxilia no gerenciamento em relação aos recursos humanos e materiais da unidade, proporcionando um melhor ambiente de trabalho aos profissionais e, conseqüentemente, diminuindo os riscos à saúde do paciente.

Foi possível constatar que os profissionais não estão atingindo plena adesão aos instrumentos avaliados, portanto, há possibilidade de melhora dos indicadores da unidade, buscando atingir o seu potencial máximo. Entre os motivos que afetam a adesão, podemos citar a não informatização da escala de PEWS e a grande carga de trabalho durante os meses em que ocorre maior lotação do Serviço de Emergência. Por outro lado, podemos concluir que a característica institucional atribuída ao Escore de PEWS em utilizá-lo conforme a realização dos sinais vitais facilita na adesão e, somando à informatização ocorrida no mês de dezembro, cria expectativas de uma maior adesão futura.

Assim, recomenda-se que toda a equipe faça o uso dos instrumentos estudados, para que ocorra uma linguagem comum entre todos os profissionais que prestam cuidado ao paciente. Pensando-se do ponto de vista da gestão, com a finalidade de aumentar a adesão aos respectivos instrumentos, é necessário um planejamento de ações em educação continuada, além de adequá-los à realidade do serviço. Por exemplo, com o uso de ferramentas adaptadas à unidade, pensando em maneiras de otimizar o tempo do Enfermeiro, principalmente no

contexto de Emergência, por sua grande demanda de trabalho. Além disso, são necessários mais estudos que avaliem a sensibilidade da ferramenta PEWS para avaliar a deterioração clínica do paciente pediátrico, principalmente no âmbito de emergência hospitalar.

Como limitadores do estudo, pode-se citar a situação abordada, a qual foi observada somente ao longo primeiro ano de implantação do instrumento no hospital, além de o processo manual na maior parte do período. Assim, acredita-se que em nova análise, a partir do segundo ano de implantação, haverá melhora dos indicadores institucionais.

Portanto, concluímos que o PEWS e a NT são ferramentas importantes para a Enfermagem, pois apresentam garantia de uma assistência segura. Assim, a maior adesão aos indicadores, por parte da equipe de Enfermagem, reflete diretamente em menor risco de intercorrências na transferência intra-hospitalar, contribuindo para a maior segurança do paciente. Além disso, propicia maior embasamento ao Enfermeiro, a partir da apresentação de dados objetivos, tendo como consequência uma comunicação mais efetiva ao longo de todo o atendimento ao paciente e, principalmente, na transferência do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Silva MF, Anders JC, Rocha PK, Souza AIJ, Burciaga VB. Communication in Nursing Shift Handover: Pediatric Patient Safety. Rev Texto Contexto Enferm. 2016; 25(3):e3600015. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016003600015>.
2. Bezerra ALQ. A Segurança do Paciente e a Enfermagem. Rev Nursing. 2018; 21 (239): 2091. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/239-Abril2018/editorial.pdf>
3. Bica TFS, Wegner W, Gerhardt LM, Predebon CM, Pedro ENR, Breigeiron MK. Características dos Incidentes de Segurança do Paciente Notificados em Uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Rev enferm UFPE on line. 2017; Recife, 11(Supl. 10):4206-16. Doi: 10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201726.

Pires AF, Santos BN, Santos PN, Brasil VR, Luna AA. Transporte Seguro de Pacientes Críticos. Rev Rede de Cuidados em Saúde. 2015; 9(2): 1-4. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rccs/article/view/2531/1313>

4. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (BR). Plano Assistencial do Serviço de Emergência Pediátrica. 2016.

5. Roland D; McCaffery K; Davies F. Scoring systems in paediatric emergency care: Panacea or paper exercise?. *Journal Of Paediatrics And Child Health*. 2016; 52 (2): 181-186. Doi: 10.1111/jpc.13123
6. Miranda JOF, Camargo CL, Sobrinho CLN, Portela DS, Monaghan A, Freitas KS, et al. Tradução e adaptação de um escore pediátrico de alerta precoce. *Rev Brasileira de Enfermagem*. 2016; 69 (5): 888-896. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0096>
7. Miranda JOF, Camargo CL, Sobrinho CLN, Portela DS, Monaghan A. Acurácia de um escore pediátrico de alerta precoce no reconhecimento de deterioração clínica. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 2017;25:e2912. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1733.2912>.
8. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (BR). Plano de Avaliação de pacientes pediátricos hospitalizados utilizando o escore Bedside Paediatric Early Warning Score (PEWS). 2018.
9. Macedo MA, Escudeiro M, Rodrigues L, Martins P, Sobral A. A Sala de Reanimação Pediátrica: Que Realidade? Uma Análise ao Período 2015-2017. *Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca*. 2017; 5 (1/2): 19-23. Disponível em: <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/235/130>
10. Costa ES, Silva MJR, Kuroba LS, Da Silva AM, Costa GS, Vieira PSN. Processo de Enfermagem em Unidades de Atendimento de Urgência e Emergência: uma revisão integrativa. *Revista Uningá*. 2017; 53(1): 90-95. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1407/1022>
11. García JLM, Orgeira JMF, Peromingo JAD. Demanda asistencial de urgencias pediátricas atendidas en un hospital comarcal. *Revista Atencion Primaria*. 2008; 40(6): 297-301. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/82432705.pdf>
12. Ribeiro JC, Ruoff AB, Baptista CLBM. Informatização da Sistematização da Assistência de Enfermagem: avanços na gestão do cuidado. *Journal of Health Informatics*. 2014 Julho-Setembro; 6(3): 75-80. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/296/199>
13. Amthauer C, Cunha MLC. Sistema de Triagem de Manchester: principais fluxogramas, discriminadores e desfechos dos atendimentos de uma emergência pediátrica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016 ; 24:e2779. Doi: 10.1590/1518-8345.1078.2779

14. Pereira R, Mansur DGN, Ionemoto HF. Implantação de escore de alerta de gravidade precoce em Hospital Infantil privado: Relato de experiência. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. 2016; 16(2): 81-4. Disponível em: https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol16-n2/vol_16_n_2-relato_de_experiencia_2.pdf

ANEXO

ANEXO A – Termo de Compromisso para Utilização de Dados do Projeto Matriz

Título do Projeto: APLICAÇÃO DA NOTA DE TRANSFERÊNCIA E DO PAEDIATRIC EARLY WARNING SCORE (PEWS) EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Aluna: Sofia Panato Ribeiro

A pesquisadora do projeto acima se compromete a preservar as informações que serão coletadas na base de dados do Projeto de Pesquisa intitulado “Segurança do paciente nos serviços de atenção hospitalar à criança na cidade de Porto Alegre/RS”, coordenado pelo Prof. Dr. 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.

Porto Alegre, 22 de julho de 2019.

Sofia Panato Ribeiro

Nome

|

ANEXO B – Parecer de Aprovação da COMPESQ

Parecer 01 -
Após análise criteriosa do projeto avalio que ele está em plenas condições de ser aprovado. A única ressalva é a solicitação de colocar por extenso na página 8 por extenso Nota Técnica onde está escrito NT uma vez que é a primeira vez que está escrito este termo.

Parecer 02 ?
Aspectos científicos
Título
Parcialmente adequado, pois poderia incluir que o projeto é sobre a adesão ao preenchimento da nota de transferência

Introdução. Adequada
Objetivos - No objetivo específico 4, sugiro que o - destino- seja alterado para - setor de destino.
Referencial Teórico. Adequado

Metodologia ou Métodos ou Materiais e Métodos
A seção metodológica apresenta os componentes esperados, no entanto, sugiro:
Indicar o número esperado para o censo, o que possibilitará uma melhor avaliação da adequação do cronograma. Isso pode ser feito a partir de números já conhecidos para um único mês (idealmente representativo) de anos anteriores.
Especificar a análise descritiva. Por exemplo, especificar a janela temporal das notas de transferências e do escore de PEWS, indicando se as análises estão planejadas para uma comunicação anual, mensal ou semanal.

Considerações éticas. Adequadas
Cronograma. Exequível, mas provavelmente necessite ajuste no cronograma de início da coleta de dados.
Orçamento. Adequado
Referências . Adequadas.
A referência 15 necessita correção da formatação.
Formatação geral. Adequada

Dados Gerais:

Projeto Nº:	36306	Título:	APLICACAO DA NOTA DE TRANSFERENCIA E DO PAEDIATRIC EARLY W SERVICO DE EMERGENCIA	
Área de conhecimento:	Enfermagem	Início:	06/12/2018	Previsão de conclusão:
Situação:	Projeto em Andamento			
Origem:	Escola de Enfermagem	Projeto Isolado		
Local de Realização:	não informado			
Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.				
Objetivo:	<p>Analisar a adesão dos enfermeiros ao preenchimento da nota de transferência com emissão do Escore de PEWS em pacientes pediátricos do Setor Emergência. Classificar os tipos de nota de transferências em definitiva e temporária e se estão completas e incompletas.</p> <p>Identificar a proporção de transferências com o Escore de PEWS.</p>			

Palavras Chave:

ESCORE DE DETERIORAÇÃO CLÍNICA
PEDIATRIA
SEGURANÇA DO PACIENTE

Equipe UFRGS:

Nome: LETÍCIA BECKER VIEIRA
Coordenador - Início: 06/12/2018 Previsão de término: 31/12/2019
Nome: SOFIA PANATO RIBEIRO
Técnico: Auxiliar de Campo - Início: 06/12/2018 Previsão de término: 31/12/2019

Avaliações:

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 23/01/2019 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

Anexos:

[Projeto Completo](#) Data de Envio: 06/12/2018

ANEXO C – Parecer de aprovação CEP**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DETERIORAÇÃO CLÍNICA NA MELHORIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO

Pesquisador: William Wegner

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12688919.2.0000.5327

Instituição Proponente: HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.403.556

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de mestrado de curso de pós-graduação em enfermagem da UFRGS. Resumo apresentado pelos autores: Os processos que envolvem o cuidado ao paciente hospitalizado são complexos, envolvendo diversos atores e etapas. Especialmente na pediatria, onde características inerentes ao desenvolvimento da criança as condicionam a um risco maior de ocorrência de incidentes. Desta forma, processos realizados de forma sistematizada, como por exemplo, o uso de escalas na avaliação da condição clínica do paciente, podem ser aliadas na busca pela segurança do paciente. Portanto, torna-se relevante avaliar a acurácia da escala PEWS para determinação do agravamento clínico de pacientes previamente à transferência da Emergência Pediátrica para as unidades de internação e para a Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIP). Para alcançar tal objetivo, será proposto um estudo quantitativo descritivo com delineamento transversal, a ser realizado na Unidade de Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), visto que desde 2017, esta unidade iniciou a implantação da escala PEWS como estratégia de melhoria da segurança do paciente na transferência de cuidados do paciente pediátrico entre unidades, e também na comunicação entre a equipe assistencial. A população do estudo será composta por prontuários de crianças admitidas na unidade de emergência pediátrica, durante o ano de 2018 que foram avaliadas com a utilização da escala PEWS e que posteriormente foram transferidas para unidades de internação ou unidade de

tratamento intensivo pediátrico pelo agravamento clínico da sua condição. A amostra será selecionada de forma aleatória estratificada, utilizada para adequar as diferenças entre número de internações em UTIP e Unidades de internação. Os dados serão coletados através do banco de dados organizado pelo Serviço de Enfermagem em Emergência que monitora os pacientes pediátricos com base na escala de PEWS. Serão utilizadas as variáveis relacionadas a escala de avaliação de degradação clínica adotada e dados do prontuário do paciente. Os dados quantitativos serão analisados por meio da estatística descritiva e analítica, utilizando o software SPSS versão 22.0. Serão realizados testes para variáveis contínuas e categóricas, que serão apresentadas através de média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartilica. As variáveis categóricas serão descritas por frequências absoluta e relativa. Os aspectos éticos do projeto ao qual este estudo está vinculado respeitaram a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar a acurácia da escala PEWS para determinação do agravamento clínico de pacientes previamente à transferência da Emergência Pediátrica para as Unidades de Internação Pediátrica (UIP) e para Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIP).

Objetivos Secundários:

- Traçar o perfil clínico e os desfechos no processo de transferência de cuidado da Emergência Pediátrica para as Unidades de Internação e Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico.

- Avaliar a adesão dos profissionais ao uso da escala PEWS na Emergência Pediátrica;

- Descrever as características sócio-demográficas, perfil clínico e os desfechos da hospitalização de crianças transferidas da emergência pediátrica para UIP e/ou UTIP;

- Identificar a evolução clínica dos pacientes admitidos na emergência pediátrica conforme score PEWS;

- Verificar os desfechos clínicos na emergência pediátrica durante a avaliação utilizando a escala PEWS e o seguimento na unidade de terapia intensiva.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme os autores:

Riscos:

Pesquisa com risco mínimo, pois empregará método retrospectivo de pesquisa, sem realização de nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo, mas que considera a revisão de prontuários

clínicos, registros de sinais vitais e banco de dados estruturado pelo Serviço de Enfermagem em Emergência da instituição. Benefícios: Identificar pontos de melhoria que fortaleçam avaliação clínica criteriosa para promoção da segurança do paciente na continuidade do cuidado durante a transferência entre unidades.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, em que serão incluídas crianças internadas no ano de 2018 admitidas na emergência pediátrica e posteriormente transferidas para unidades de internação ou de tratamento intensivo pediátrico, e que tenham sido avaliadas com a utilização da escala PEWS, que tem sido aplicada rotineiramente pelos profissionais de enfermagem na Emergência desde 2017. Serão excluídas as crianças transferidas para as unidades de tratamento oncológico e neonatal, devido à ausência de sensibilidade da escala nesses contextos. Serão utilizados prontuários e folha de controles de sinais vitais de crianças admitidas na unidade de emergência pediátrica, durante o ano de 2018 que foram avaliadas com a utilização da escala PEWS e que posteriormente foram transferidas para unidades de internação ou unidade de tratamento intensivo pediátrico pelo agravamento clínico da sua condição que impediu alta após tratamento na emergência. Os dados serão coletados através do banco de dados organizado pelo Serviço de Enfermagem em Emergência que monitora os pacientes pediátricos com base na escala de PEWS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisa com coleta de dados secundários por meio de revisão de prontuários e banco de dados do Serviço de Enfermagem em Emergência do HCPA. Autores apresentam TCUD.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 3.320.810 foram respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 12/06/2019. Não apresenta novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto de 12/06/2019 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Os pesquisadores devem atentar ao cumprimento dos seguintes itens:

a) Este projeto está aprovado para inclusão de 579 participantes no Centro HCPA, de acordo com as informações do projeto ou do Plano de Recrutamento apresentado. Qualquer alteração deste

número deverá ser comunicada ao CEP e ao Serviço de Gestão em Pesquisa para autorizações e atualizações cabíveis.

b) O projeto deverá ser cadastrado no sistema AGHUse Pesquisa para fins de avaliação logística e financeira e somente poderá ser iniciado após aprovação final do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação.

c) Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP.

d) Deverão ser encaminhados ao CEP relatórios semestrais e um relatório final do projeto.

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

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1282017.pdf	12/06/2019 18:36:59		Aceito
Outros	RespostaParecer.docx	12/06/2019 18:36:12	Merianny de Avila Peres	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPosParecer.docx	12/06/2019 18:35:19	Merianny de Avila Peres	Aceito
Declaração de Pesquisadores	formulariopesquisadores.pdf	23/04/2019 17:59:27	Merianny de Avila Peres	Aceito
Outros	EQmeriannyperes.pdf	16/04/2019 14:13:23	Merianny de Avila Peres	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	15/04/2019 16:58:25	William Wegner	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANEXO D - Nota de Transferência SEE Pediátrica
**POP de Transferência do Cuidado do
Serviço de Emergência**

6/16

POP-GENF-0576

ANEXO II - NOTA DE TRANSFERÊNCIA SEE PEDIÁTRICA

Nome do Acompanhante _____ Parentesco _____

Regulação neurológica: () normal () alterado _____

Contenção mecânica: () Não () Sim, local: _____

Oxigenação: () Ar ambiente () Oxigenioterapia, por _____, ____ à l/min

PEWS score:

Escala da dor de _____ Escore: ____ Característica: _____

Localização: _____ Intensidade: ____

Dieta : () Via oral () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPO

Acesso venoso: () Não () Sim, local: _____ Data: _____

Eliminações: () normal () alterado _____

Ficha de Critérios para avaliação do risco de quedas em pacientes pediátricos internados,

score: () Baixo Risco= 0-2 () Médio Risco = 3-5 () Alto Risco = 6-8 () Risco de quedas em função da idade menor que 3 anos

Folha para atendimento de PCR se necessário junto a pasta do paciente () sim () não

Conduta: Transferido para unidade de _____ conforme contato com enfermeira de plantão.

Observações:

() CTI PED /NEO

() Bloco Cirúrgico/CCA

() Unidade de Internação, leito: _____

Fonte: Hospital de Clínicas de Porto Alegre (2018b)

ANEXO E – Escala de PEWS na emergência pediátrica



CONTROLE DO PACIENTE PEDIÁTRICO RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Recomendações conforme PEWS na Emergência Pediátrica

Escore	SV	Enfermeiro	Médico	Ação adicional
0 a 6	3/3	3/3h	3x/dia	Não
7 a 8	2/2h	2/2h	4x/dia	Avisar enfermeira imediatamente
9 ou +	1/1h	1/1h	1/1h	Avisar médico imediatamente

IDADE <3 MESES																																
Frequência Cardíaca				Frequência Respiratória				PA Sistólica				EC		ER		SatO2	O2	TOTAL PEWS														
4	2	1	0	4	2	1	0	4	2	1	0	4	2	4	0	4	2		1	0												
<80	81-90	91-110	111-149	150-179	180-198	>199	<15	16-19	20-29	30-60	61-80	81-90	≥91	<45	46-50	51-60	61-79	80-89	100-129	≥130	<3°	≥3°	Ausente	Leve	Mod	Grave	<90%	91-94%	≥95%	AA	<4L <50%	≥4L ≥50%
IDADE 3 A 12 MESES																																
Frequência Cardíaca				Frequência Respiratória				PA Sistólica				EC		ER		SatO2	O2	TOTAL PEWS														
4	2	1	0	4	2	1	0	4	2	1	0	4	2	4	0	4	2		1	0												
<70	71-80	81-100	101-149	150-188	170-188	>190	<15	16-19	20-24	25-50	51-70	71-90	≥81	<60	61-70	71-80	81-99	100-119	120-149	≥150	<3°	≥3°	Ausente	Leve	Mod	Grave	<90%	91-94%	≥95%	AA	<4L <50%	≥4L ≥50%
IDADE 1 A 5 ANOS																																
Frequência Cardíaca				Frequência Respiratória				PA Sistólica				EC		ER		SatO2	O2	TOTAL PEWS														
4	2	1	0	4	2	1	0	4	2	1	0	4	2	4	0	4	2		1	0												
<60	61-70	71-90	91-119	120-149	150-169	≥170	<12	13-15	16-19	20-40	41-60	61-70	≥71	<65	66-75	76-90	91-109	110-124	125-159	≥160	<3°	≥3°	Ausente	Leve	Mod	Grave	<90%	91-94%	≥95%	AA	<4L <50%	≥4L ≥50%
IDADE 5 A 12 ANOS																																
Frequência Cardíaca				Frequência Respiratória				PA Sistólica				EC		ER		SatO2	O2	TOTAL PEWS														
4	2	1	0	4	2	1	0	4	2	1	0	4	2	4	0	4	2		1	0												
<50	51-60	61-70	71-109	110-129	130-148	≥150	<10	11-14	15-19	20-30	31-40	41-60	≥61	<70	71-80	81-90	91-119	120-139	140-169	≥170	<3°	≥3°	Ausente	Leve	Mod	Grave	<90%	91-94%	≥95%	AA	<4L <50%	≥4L ≥50%
IDADE >12 ANOS																																
Frequência Cardíaca				Frequência Respiratória				PA Sistólica				EC		ER		SatO2	O2	TOTAL PEWS														
4	2	1	0	4	2	1	0	4	2	1	0	4	2	4	0	4	2		1	0												
<40	41-50	51-60	61-99	100-119	120-139	≥140	<8	10	11	12-16	17-22	23-29	≥30	<75	76-85	86-100	101-129	130-149	150-189	≥190	<3°	≥3°	Ausente	Leve	Mod	Grave	<90%	91-94%	≥95%	AA	<4L <50%	≥4L ≥50%

Fonte: Hospital de Clínicas de Porto Alegre (2018a)

ANEXO F- Normas de Publicação da Revista de Enfermagem da UFSM

INFORMAÇÕES GERAIS

- Os artigos para publicação devem ser enviados **exclusivamente** à Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-REUFSM, não sendo permitida a apresentação simultânea a outro periódico, quer na íntegra ou parcialmente.
- Os manuscritos poderão ser encaminhados em português, espanhol ou inglês.
- Na REUFSM podem ser publicados artigos escritos por especialistas de outras áreas, desde que o tema seja de interesse para a área de saúde, direcionando-se à Enfermagem.
- A submissão dos artigos é **on-line** no site: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/index>
- Todos os autores deverão ser cadastrados na página da REUFSM, sendo que, uma vez submetido o artigo, a autoria não poderá ser modificada.
- No momento da submissão do artigo será cobrada uma taxa no valor de R\$100,00 (cem reais). Em caso de arquivamento do manuscrito, essa taxa não será ressarcida aos autores. Posteriormente, caso o artigo seja aceito para publicação os autores deverão pagar a taxa de publicação no valor de R\$350,00 (trezentos e cinquenta reais) por artigo. Dados da conta para a realização dos pagamentos: Banco do Brasil; variação 001; Agência: 1484-2; Conta corrente: 35344-2; Beneficiário: Fundação de Apoio a Ciência e Tecnologia – FATEC; CNPJ: 89.252.431/0001-59.
- O encaminhamento do manuscrito, anexos e o preenchimento de todos os dados, são de inteira responsabilidade dos autores que estão submetendo o manuscrito.
- Também são de exclusiva responsabilidade dos autores, as opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão e procedência das citações, não refletindo necessariamente a posição/opinião do Conselho Diretor e Conselho Editorial da REUFSM.

- A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, ao direito de solicitar a revisão de português aos autores.

METADADOS

Nome completo de TODOS os autores (**no máximo 6 autores por artigo**), por extenso e conforme normas da ABNT (Betat, Marcella G.) como os demais dados (orcid), resumo da biografia (afiliação completa e credenciais), categoria profissional, maior título universitário, nome da instituição de origem, endereço eletrônico, cidade, estado e país devem ser completados no momento da submissão e informados ***apenas nos metadados***.

Portanto, no manuscrito submetido em "doc" deve conter apenas o artigo científico e não apresentar os nomes ou qualquer outra forma que identifique os autores.

AGRADECIMENTOS

- Os agradecimentos por ajuda financeira, assistência técnica e outros auxílios para a execução do artigo não deverão ser mencionados no momento da submissão.

- Quando do aceite do artigo, os autores serão orientados sobre a forma de proceder para incluir estes agradecimentos.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA

- Manuscrito em formato doc., o qual deverá ser anexado como documento principal;

- **Declaração de Autoria, Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais**, disponível para **[download \(clique aqui\)](#)** no site da REUFMS, a qual deve ser preenchida, assinada pelos autores e anexada como documento suplementar em formato PDF;

- Comprovante de pagamento referente à taxa de submissão do manuscrito, anexado no momento da submissão como documento suplementar;

- **Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa** (digitalizada e em pdf), anexada no momento da submissão como documento suplementar;

- **Conflitos de interesses** podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que não são completamente aparentes, mas que podem influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, político, acadêmico ou financeiro. Quando os autores submetem um manuscrito, seja um artigo ou carta, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos que possam influenciar na avaliação do seu artigo. A não declaração de possíveis conflitos de interesse irá pressupor a inexistência dos mesmos.

PROCESSO DE JULGAMENTO E EDITORAÇÃO DOS MANUSCRITOS

- Para publicação, além do atendimento às normas, serão considerados: atualidade, originalidade e relevância do tema, consistência científica e respeito às normas éticas. O processo de julgamento e editoração dos manuscritos está descrito a seguir:

1. Pré-análise

- Os artigos enviados à REUFMS serão, primeiramente, submetidos à pré-análise pelo Editor de Seção em relação à adequação à linha editorial. Na fase de pré-análise, serão considerados a relevância, originalidade e atualidade do artigo, bem como aspectos básicos do método e redação científica. Os manuscritos poderão ser recusados nesta etapa, sem obrigatoriedade de parecer consubstanciado.

- No caso de aprovação do manuscrito nesta etapa, o artigo será avaliado em relação à adequação às normas editoriais da REUFMS, por meio de um instrumento de check list disponível para [download](#). No caso de haver pendências na formatação do texto ou apresentação dos documentos suplementares, os autores serão contatados para realizarem a retificação em, no máximo, cinco dias. Os autores serão contatados, no máximo, três vezes para ajustes do check list; permanecendo pendências no texto, mesmo após notificações da revista, o artigo será arquivado automaticamente.

2. Encaminhamento do manuscrito para avaliação

- Concluída a etapa de pré-avaliação, o artigo será encaminhado para avaliação por dois consultores, membros do Conselho Editorial ou *Ad-Hoc*, convidados pela Comissão de Editoração. Os pareceres são apreciados por essa comissão que emite o parecer final, ou no caso de divergência entre os pareceres, solicita-se um terceiro parecer.
- O Conselho Diretor assegura o anonimato dos autores no processo de avaliação por pares, bem como o anonimato e sigilo dos avaliadores quanto às suas participações, o que lhes garante liberdade para julgamento.

3. Comunicação da decisão editorial aos autores

- A Comissão de Editoração, com base nos pareceres dos pareceristas *ad hoc*, avaliará o manuscrito e decidirá pelo aceite, encaminhamento aos autores para novas reformulações ou pela recusa de publicação. Os manuscritos serão, portanto, aceitos, posteriormente se necessário reformulados ou recusados. Em qualquer uma das possibilidades o autor será previamente comunicado.

4. Reformulação do manuscrito pelos autores

- A decisão editorial, bem como os pareceres dos avaliadores, serão disponibilizados on-line para o autor responsável pela submissão, o qual terá um prazo comunicado pela revista para realizar os ajustes.
- No caso de descumprimento do prazo ou da não adequação do manuscrito pelos autores, o manuscrito será ARQUIVADO, após envio de comunicado para todos os autores, por entender-se que não houve interesse em atender a solicitação para ajustes. Porém, caso o artigo venha a ser ARQUIVADO ocorrendo interesse ainda em publicá-lo, o artigo deverá ser submetido novamente, sendo iniciado novo processo de julgamento por pares.
- Após o processo de avaliação pelos pareceristas *ad hoc* e readequação do manuscrito, o Conselho Editorial poderá realizar novas solicitações de ajustes aos autores.
- Os autores deverão manter seus e-mails atualizados para receber todas as comunicações.

5. Tradução e editoração do artigo

- Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. O autor deverá enviar correspondência, dentro do prazo de 72 horas, concordando ou sugerindo alterações das versões.

- Juntamente com a carta de aceite da publicação, solicitar-se-á aos autores a tradução do manuscrito para o idioma inglês, a ser realizado por uma das empresas indicadas pela REUFMS. Cabe exclusivamente aos autores a escolha e contato com esta empresa. Após este processo, o manuscrito será encaminhado para editoração (diagramação e publicação).

- O autor, identificando a necessidade de solicitar uma **errata**, deverá enviá-la à Revista no prazo máximo de 15 dias após a publicação do artigo, e ficará a critério da Revista a decisão sobre sua relevância e possível divulgação.

CATEGORIAS DE MANUSCRITOS

Editorial: de responsabilidade do Conselho Diretor da Revista, que convidará autoridades para escrevê-lo. Limite máximo de duas páginas.

Artigos originais: contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica, original e concluída. O corpo do texto deve ser estruturado em: introdução, método, resultados e discussão (que pode ser apresentada junto aos resultados nas pesquisas qualitativas), conclusões (ou considerações finais) e referências. No caso de pesquisas quantitativas, sugere-se que os resultados sejam apresentados separado das discussões. O limite máximo é de 15 páginas e também no mínimo 10 e no máximo 25 referências.

Artigos de revisão: compreende avaliação crítica, sistematizada da literatura sobre temas específicos. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e conclusões. NÃO serão aceitos estudos de revisão NARRATIVA. Limite máximo de 15 páginas. Sem limite de referências.

Relato de experiência: relatos de experiências acadêmicas, profissionais, assistenciais, de extensão, de pesquisa, entre outras, relevantes para a área da

saúde. Deve incluir uma seção que descreva: local, período, participantes ou fontes de informação, com descrição pormenorizada das ações realizadas e vivências. Deve incluir também, algum tipo, mesmo que informal, de avaliação final da experiência, possíveis facilidades e dificuldades encontradas no processo, impactos na prática e mudanças a serem efetivadas. Limite máximo de 15 páginas. No mínimo 10 e no máximo 25 referências.

Artigos de reflexão: formulações discursivas de efeito teorizante com fundamentação, sobre a situação global em que se encontra determinado assunto. Matéria de caráter opinativo ou análise de questões que possam contribuir para o aprofundamento de temas relacionados à área da saúde e de enfermagem. Limite máximo de 15 páginas. No mínimo 10 e no máximo 25 referências.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

Os artigos devem ser encaminhados em documento Microsoft Word 97-2003, fonte Times New Roman 12, espaçamento 1,5 em todo o texto, com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 (210 x 297 mm) e com as quatro margens de 2,5 cm. Redigidos de acordo com o Estilo Vancouver, norma elaborada pelo ICMJE (<http://www.icmje.org>).

QUANTO À REDAÇÃO

Redação objetiva, linguagem adequada ao estudo e terminologia científica condizente. Recomenda-se que o(s) autor(es) busque(m) assessoria linguística profissional (revisores ou tradutores certificados nos idiomas português, inglês e espanhol) antes de submeter(em) os manuscritos que possam conter incorreções ou inadequações morfológicas, sintáticas, idiomáticas ou de estilo. Devem ainda **evitar o uso da primeira pessoa do singular** "meu estudo...", ou da primeira pessoa do plural "percebemos...", pois em texto científico o discurso deve ser impessoal, sem juízo de valor. Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração.

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

TÍTULOS

Título do artigo (inédito, conciso em até 15 palavras, porém informativo, excluindo localização geográfica da pesquisa e abreviações) somente no idioma do artigo. Em caso do manuscrito ter origem em tese, dissertação, ou disciplina de programa de pós-graduação, deverá conter asterisco (*) ao final do título e a respectiva informação em nota de rodapé na primeira página. Essa indicação deverá ser informada **somente na última versão** do manuscrito, evitando a identificação da autoria.

Título de seção primária e resumo - maiúsculas e negrito. Ex.: TÍTULO; RESUMO; RESULTADOS.

Título de seção secundária - minúsculas e negrito. Ex.: Princípios do cuidado de enfermagem (seção secundária). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto.

RESUMO

Conciso, em até 150 palavras apenas no idioma do manuscrito, elaborado em parágrafo único. Deve ser estruturado separado nos itens: objetivo, método, resultados e considerações finais ou conclusões (todos em negrito). Deverão ser considerados os novos e mais importantes aspectos do estudo que destaquem o avanço do conhecimento na Enfermagem.

DESCRITORES

Abaixo do resumo incluir 3 a 5 descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt>), somente no idioma do artigo. Cada descritor utilizado será apresentado com a **primeira letra maiúscula**, sendo **separados por ponto e vírgula(;)**, salientando a não colocação de ponto final, após os descritores.

Não usar o termo "palavras-chave", e sim "descritores".

INTRODUÇÃO

Deve ser breve, apresentar a revisão da literatura (pertinente e relevante), justificativa, questão de pesquisa e objetivos coerentes com a proposta do

estudo. Os objetivos, que devem ser idênticos aos apresentados no resumo, devem estar alocados no último parágrafo da introdução e devem ser iniciados por verbo no infinitivo.

MÉTODO

Indicar os métodos empregados, a população e o cenário estudados, a fonte de dados, os critérios de seleção (inclusão/exclusão) e o período de coleta dos dados. As informações devem ser descritas de forma objetiva e completa.

Os manuscritos **originais** resultantes de estudos que envolvem **seres humanos** deverão indicar os procedimentos adotados para atender o constante da Resolução 466/2012 (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html) e 510/2016 (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html) do Conselho Nacional de Saúde e indicar o número do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa e a data da aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Os preceitos éticos que envolvem pesquisas com animais também deverão ser respeitados. Para os artigos oriundos de outros países os procedimentos adotados serão os constantes na Declaração de Helsink (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008). Deverá ser observado o atendimento à legislação específicas do país que a pesquisa foi realizada.

Para todos os tipos de estudos, usar o guia **Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence** (SQUIRE 2.0 – checklist).

Para ensaio clínico randomizado usar o guia **CONSORT** (checklist e fluxograma).

Para revisões sistemáticas e metanálises usar o guia **PRISMA** (checklist e fluxograma).

Para estudos observacionais em epidemiologia usar o guia **STROBE** (checklist).

Para estudos qualitativos seguir o guia **COREQ** (checklist).

Para melhorar a qualidade e a transparência da pesquisa/investigação em saúde, sugere-se acessar: <http://www.equator-network.org/resource-centre/authors-of-research-reports/authors-of-research-reports/#auwrit>. Pode ser usado para todos os tipos de pesquisas em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados devem ser descritos em sequência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar à essas. A discussão, que pode ser redigida junto com os resultados nas pesquisas qualitativas, deve conter comparação dos resultados com a literatura e a interpretação dos autores. Sugere-se a utilização de referências majoritariamente, de artigos publicados nos últimos cinco anos.

CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

As conclusões ou considerações finais devem destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para a prática e novas pesquisas.

CITAÇÕES

Utilizar sistema numérico para identificar as obras citadas. Representá-las no texto com os números correspondentes **sem parênteses e sobrescritos, após o ponto, sem espaço** e sem mencionar o nome dos autores.

Citação sequencial - separar os números por hífen. Ex.: Pesquisas evidenciam que... 1-4

Citações intercaladas - devem ser separadas por vírgula. Ex.: Autores referem que... 1,4,5

Transcrição de palavras, frases ou parágrafo com palavras do autor (citação direta)

- devem ser utilizadas aspas na sequência do texto, até três linhas (sem itálico) e referência correspondente conforme exemplo: ^{13:4} (autor e página);

- com mais de três linhas, usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 12 e espaço simples entre linhas (sem aspas e sem itálico), seguindo a indicação do número correspondente ao autor e à página, em sobrescrito.
- Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes "[...]" Recomenda-se a utilização criteriosa deste recurso. Ex.: "[...] quando impossibilitado de se autocuidar".^{5:27}

Depoimentos: na transcrição de comentários/falas/depoimentos dos participantes da pesquisa, orienta-se seguir as mesmas regras das citações, porém em itálico, com o código que representar cada depoente entre parênteses e após o ponto. As intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

ILUSTRAÇÕES

Poderão ser incluídas até cinco (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco ou colorido, conforme as especificações a seguir:

Tabelas - devem ser elaboradas para reprodução direta pelo editor de layout.

- Inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior.
- Numeradas consecutivamente, com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto.
- Conteúdo em fonte 12 e em espaçamento simples.
- Com a primeira letra em maiúscula.
- Apresentadas em tamanho máximo de 14 x 21 cm (padrão da revista).
- Comprimento não deve exceder 55 linhas, incluindo título.
- Não usar linhas horizontais ou verticais internas.
- Empregar em cada coluna um título curto ou abreviado.
- Colocar material explicativo em notas abaixo da tabela, não no título.
- Explicar em notas todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela.
- Em caso de usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo.

Figuras (fotografias, desenhos, gráficos e quadros) – podem ser elaboradas no programa Word ou Excel ou serem convertidas, em figura do tipo JPEG, BMP, GIF, etc.

Apresentá-las com a primeira letra da legenda em maiúscula, descrita na parte inferior e sem grifo, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto.

Símbolos, abreviaturas e siglas - usar somente abreviaturas padronizadas. A não ser, no caso das unidades de medida padrão, todos os termos abreviados devem ser escritos por extenso, seguidos de sua abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecem no texto, mesmo que já tenha sido informado no resumo.

- Deve ser **evitada a apresentação** de apêndices elaborados pelos autores.

- Utilizar itálico para **palavras estrangeiras**.

REFERÊNCIAS

A REUFMS adota os "Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. Estilo Vancouver, disponível no site: <http://www.icmje.org> ou <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida em português).

Na lista de referências, as referências devem ser **numeradas consecutivamente**, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Portanto, devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o **Estilo Vancouver**.

Referencia-se o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto.

- O artigo apresentado pode possuir, de um até seis autores. Assim, deve-se citar todos os autores, separados por vírgula.

- Os **títulos de periódicos** devem ser referidos abreviados, de acordo com o *Index Medicus*: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>.

Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.

- Com relação à **abreviatura dos meses dos periódicos** - em inglês e alemão, abrevia-se os meses iniciando por maiúsculas; em português, espanhol, francês e italiano, em minúsculas. Ambos serão sem ponto como recomenda o Estilo *Vancouver*.

- Alguns periódicos, como no caso da REUFMS, só possuem publicação online, sendo necessário que sua referência seja sempre organizada conforme exemplo de "**Artigo de revista em formato eletrônico**".

EXEMPLOS:

1 Artigo Padrão

Costa MCS, Rossi LA, Lopes LM, Cioffi CL. Significados de qualidade de vida: análise interpretativa baseada na experiência de pessoas em processo de reabilitação de queimaduras. *Rev Latinoam Enferm*. 2008;16(2):252-9.

2 Com mais de seis autores

Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, Andrade RLP, Scatena LM, Palha PF, et al . O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paul enferm*. 2010;23(1):131-5.

3 Instituição como autor

Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis: recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). *MMWR*. 1990;39(RR-21):1-27.

4 Múltiplas instituições como autor

Guidelines of the American College of Cardiology; American Heart Association 2007 for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. Part VII. *Kardiologija*. 2008;48(10):74-96. Russian.

5 Artigo de autoria pessoal e organizacional - Franks PW, Jablonski KA, Delahanty LM, McAteer JB, Kahn SE, Knowler WC. Diabetes Prevention Program Research Group. Assessing gene-treatment interactions at the FTO and INSIG2 loci

on obesity-related traits in the Diabetes Prevention Program. *Diabetologia*. 2008;51(12):2214-23. Epub 2008 Oct 7.

6 Sem indicação de autoria

Best practice for managing patients' postoperative pain. *Nurs Times*. 2005;101(11):34-7.

7 Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar (Jr, 2nd, 3rd, 4th...)

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. *J Neurosurg*. 2005;102(3):489-94.

Infram JJ 3rd. Speaking of good health. *Tenn Med*. 2005 Feb;98(2):53.

Obs.: Se brasileiros, o grau de parentesco deve ser acrescentado logo após o sobrenome. Ex.: Amato Neto V.

8 Artigo com indicação de subtítulo

Vargas, D; Oliveira, MAF de; Luís, MAV. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária à saúde: percepções e condutas do enfermeiro. *Acta Paul. Enferm*. 2010;23(1):73-79.

9 Volume com suplemento

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20 Supl 2:190-8.

10 Fascículo com suplemento

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

11 Volume em parte

Jiang Y, Jiang J, Xiong J, Cao J, Li N, Li G, et al. Retraction: Homocysteine-induced extracellular superoxide dismutase and its epigenetic mechanisms in monocytes. *J Exp Biol*. 2008;211(Pt 23):3764.

12 Fascículo em parte

Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. J Vasc Interv Radiol. 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

13 Fascículo sem volume

Ribeiro LS. Uma visão sobre o tratamento dos doentes no sistema público de saúde. Rev USP. 1999;(43):55-9.

14 Sem volume e sem fascículo

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

15 Artigo com categoria indicada (revisão, abstract etc.)

Silva EP, Sudigursky D. Conceptions about palliative care: literature review. Concepciones sobre cuidados paliativos: revisión bibliográfica [revisão]. Acta paul enferm. 2008;21(3):504-8.

16 Artigo com paginação indicada por algarismos romanos

Stanhope M, Turner LM, Riley P. Vulnerable populations [preface]. Nurs Clin North Am. 2008;43(3):xiii-xvi.

17 Artigo contendo retratação

Duncan CP, Dealey C. Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. Br J Nurs. 2007;16(1):34-8. Retratação de: Bailey A. Br J Nurs. 2007;16(15):915.

18 Artigos com erratas publicadas

Pereira EG, Soares CB, Campos SMS. Proposal to construct the operational base of the educative work process in collective health. Rev Latinoam Enferm. 2007 nov-dez;15(6):1072-9. Errata en: Rev Latinoam Enferm. 2008;16(1):163.

19 Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (ahead of print)

Ribeiro AM, Guimarães MJ, Lima MC, Sarinho SW, Coutinho SB. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Rev Saúde Pública. 2009;43(1). Epub 13 fev 2009.

20 Artigo provido de DOI

Barra DCC, Dal Sasso GTM. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da cipe 1.0®. Texto Contexto Enferm. [internet] 2010 Mar [acesso em 2010 Jul 1];19(1): 54-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100006&lng=pt doi: 10.1590/S0104-07072010000100006.

21 Artigo no prelo (In press)

Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. J Bras Pneumol. No prelo 2009.

J Bras Pneumol.

Livros e outras monografias

1 Indivíduo como autor

Waldow, VR. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006.

2 Organizador, editor, coordenador como autor

Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. 3ª ed. São Paulo: Ícone; 2005.

3 Instituição como autor e publicador

Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

4 Capítulo de livro

Batista LE. Entre o biológico e o social: homens, masculinidade e saúde reprodutiva. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA, organizadoras. O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 209-22.

5 Capítulo de livro, cujo autor é o mesmo da obra

Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Gênese da profissionalização da enfermagem; p. 23-31.

6 Livro com indicação de série

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

7 Livro sem autor/editor responsável

HIV/AIDs resources: a nationwide directory. 10th ed. Longmont (CO): Guides for Living; c2004. 792 p.

8 Livro com edição

Modlin IM, Sachs G. Acid related diseases: biology and treatment. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2004. 522 p.

9 Livro com data de publicação/editora desconhecida e/ou estimada

Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos da Secretaria Geral (BR). Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: controle das doenças transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; [199?]. 96 p.

Hoobler S. Adventures in medicine: one doctor's life amid the great discoveries of 1940-1990. [place unknown]: S.W. Hoobler; 1991. 109 p.

10 Livro de uma série com indicação de número

Malvárez, SM, Castrillón Agudelo, MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2005. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos HSR, 39).

11 Livro publicado também em um periódico

Cardena E, Croyle K, editors. Acute reactions to trauma and psychotherapy: a multidisciplinary and international perspective. Binghamton (NY): Haworth Medical Press; 2005. 130 p. (Journal of Trauma & Dissociation; vol. 6, no. 2).

12 Dicionários e obras de referência similares

Souza LCA, editor. Dicionário de administração de medicamentos na enfermagem 2005/2006: AME. 4ª ed. Rio de Janeiro: EPUB; 2004. Metadona; p. 556-7.

13 Trabalho apresentado em evento

Peduzzi M. Laços, compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho na enfermagem. In: Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001 out. 9-14; Curitiba. Curitiba: ABEn-Seção-PR; 2002. p. 167-82.

14 Trabalho apresentado em evento e publicado em periódico

Imperiale AR. Obesidade, carne, gordura saturada e sedentarismo na carcinogênese do câncer do cólon. II Congresso Brasileiro de Nutrição e Câncer – GANEPÃO; 2006 maio 24-27; São Paulo, BR. Anais. (Rev bras med. 2006;63(Ed esp):8-9).

15 Dissertação e Tese

Nóbrega MFB. Processo de Trabalho em Enfermagem na Dimensão do Gerenciamento do Cuidado em um Hospital Público de Ensino [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2006. 161 p.

Bernardino E. Mudança do Modelo Gerencial em um Hospital de Ensino: a reconstrução da prática de enfermagem [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2007. 178 p.

Obs.:

Para Mestrado [dissertação], Tese de doutorado [tese], Tese de livre-docência [tese de livre-docência], Tese PhD [PhD Thesis], para Especialização e Trabalho de Conclusão de Curso [monografia]. Ao final da referência podem ser acrescentados o grau e a área do conhecimento. Ex.: Especialização em Gestão de Pessoas.

Documentos legais

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Básica. Parecer Nº16, de 5 de outubro de 1999: Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. [internet] 1999 [acesso em 2006 Mar 26]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/parecer.shtm>.

Material eletrônico

1 Artigo de revista em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis. [internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];(1):[24 screens]. Available from: <http://www.cdc.gov/incidod/EID/eid.htm>

2 Matéria publicada em site web

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2002. Rio de Janeiro; 2002 [acesso em 2006 jun. 12]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

3 CD-ROM e DVD

Bradshaw S. The Millenium goals: dream or reality? [DVD]. London: TVE; C2004. 1 DVD: 27 min., sound, color, 4 3/4 in.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- As expressões contidas nas referências que determinam a edição e o tipo de material devem ser registradas na língua do artigo original. Por exemplo: 2ª ed., 2nd ed., [dissertation], [review].
- Para os autores nacionais, o acesso ao documento eletrônico é registrado com a expressão entre colchetes [acesso em...], seguida da data e do endereço eletrônico, antecedido de “Disponível em:”
- Para os autores estrangeiros, indica-se a seguinte estrutura [cited 2009 Feb 13] e o endereço eletrônico antecedido da expressão “Available from:”
- As datas são sempre no formato ano, mês e dia, conforme o Estilo Vancouver.

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

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

1. O manuscrito deve ser original e inédito, e não estar sendo avaliado para publicação em outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao Editor".
2. Os arquivos para submissão devem estar em formato Microsoft Word (desde que não ultrapassem 2MB).
3. URLs para as referências devem ser informadas, quando necessário e estarem ativas.
4. O texto:
 - deve estar em espaço 1,5, em todo o manuscrito;
 - usar a fonte Times New Roman de 12-pontos;
 - empregar itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL);
 - as figuras e tabelas devem estar inseridas no texto, e não no final do documento, como anexos.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista.
6. O artigo deve ser composto por no máximo 6 autores.
7. A identificação de autoria do trabalho será removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, quando submetido para avaliação por pares (ex.: artigos). Assim, estará garantindo o critério de sigilo da revista conforme instruções disponíveis em Assegurando a Avaliação Cega por Pares.