

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

JENIFFER JAIZA MACHADO JARDIM

**PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO CUIDADO SEGURO DA CRIANÇA
HOSPITALIZADA: INICIATIVAS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE**

Porto Alegre

2019

JENIFFER JAIZA MACHADO JARDIM

**PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO CUIDADO SEGURO DA CRIANÇA
HOSPITALIZADA: INICIATIVAS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE**

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

Orientador: Prof. Dr. Wiliam Wegner

Porto Alegre

2019

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por me proporcionar a dádiva de viver com saúde, amor, esperança e amparar-me em todos os momentos.

A minha família e amigos que compreenderam minhas ausências durante a graduação e elaboração desse trabalho.

Aos meus pais pela educação, por me passarem valores e por todo auxílio, compreensão apoio durante minha trajetória. A minha mãe Eunice Machado, por me incentivar aos estudos e sempre acreditar no meu potencial.

Aos meus irmãos, Andreza e Jordy, que sempre estiveram muito orgulhosos com minhas conquistas, auxiliando-me sempre que necessário.

Agradeço ao meu marido Adriano, que me compreendeu, acompanhou e por estar sempre ao meu lado.

Agradeço a minha prima Karen Santos, por todo apoio e auxílio desde o início da graduação.

Aos colegas de graduação pelo que me agregaram nesse caminho que percorremos juntos, sou grata pelos momentos de alegrias, amizade e companheirismo.

Agradeço aos professores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela paciência e compreensão nesses cinco anos e ao meu orientador de TCC Wiliam Wegner.

Obrigada a todos que contribuíram até aqui, prometo-lhes exercer minha profissão com seriedade, responsabilidade e muito amor!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 OBJETIVOS.....	6
2.1 Objetivo geral.....	6
2.2 Objetivos específicos.....	6
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	7
3.1 Segurança do paciente pediátrico.....	7
3.2 Estratégias de enfermagem para inserção do acompanhante no cuidado à criança hospitalizada.....	9
4 MÉTODO.....	12
4.1 Tipo de estudo.....	12
4.2 Estágio de identificação do problema.....	12
4.3 Estágio de busca na literatura.....	12
4.4 Estágio de avaliação dos dados.....	13
4.5 Estágio de análise dos dados.....	13
4.6 Apresentação dos resultados.....	13
4.7 Aspectos éticos.....	14
REFERÊNCIAS.....	15
5 ARTIGO – REVISTA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA.....	20
APÊNDICE A – Instrumento para registro de avaliação das informações.....	38
APÊNDICE B – Quadro Sinóptico Geral.....	39
ANEXO A – Aprovação da COMPESQ – Projeto nº36314.....	40
ANEXO B – Normas da REUFMS.....	43

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um assunto amplamente discutido, baseando-se em evidências que oferecem subsídios para aprimorar a qualidade da assistência prestada pela equipe de saúde e suporte ao cuidador (CAVALCANTE *et al.*, 2015). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define segurança do paciente como uma “redução do risco de danos desnecessários ao paciente, associados à assistência em saúde, até um mínimo aceitável” (WHO, 2009). No contexto de cuidado em saúde da criança, o tema da segurança tem sido uma preocupação mundial. Considerando as particularidades do atendimento à criança, a busca por iniciativas de inclusão e participação da família para o cuidado seguro se faz primordial (WEGNER *et al.*, 2016).

No Brasil, em 2008, por meio da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), essa temática passou a ter maior relevância no contexto do atendimento em enfermagem. Frente a isso, foram estabelecidas diferentes recomendações que visam o fortalecimento da segurança do paciente no ambiente da saúde (CALDANA *et al.*, 2015).

Estudos relacionados a segurança do paciente pediátrico apontam que os principais incidentes estão relacionados a infraestrutura inadequada das unidades, sobrecarga de trabalho e as vulnerabilidades no processo de administração segura dos medicamentos. Essas fragilidades tendem a comprometer o cuidado, desencadeando diferentes situações que comprometem a qualidade da assistência e colocam o paciente em risco. Para transformação dessa realidade se faz necessária a elaboração de estratégias que visem a prevenção dos incidentes em saúde, fortalecendo a cultura de segurança do paciente (RODRIGUEZ, 2017; TOMAZONI, 2017; SERAFIM, 2017; FORTE, 2017).

Em 2013, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria N°529, criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), a partir desse momento, a segurança do paciente se estabeleceu como política de saúde visando o monitoramento e a prevenção de danos ao indivíduo. Essa portaria apresenta diversos objetivos que norteiam os princípios da segurança ao paciente, entre eles, o envolvimento do paciente e da família nas ações para uma segurança efetiva (BRASIL, 2013a).

A criança hospitalizada e sua família ou acompanhante apresentam características e necessidades distintas, identificá-las é essencial para eficiência no cuidado. O cuidador familiar, por sua vez, demonstra a necessidade de participar das atividades de cuidados ao paciente,

entretanto muitas vezes deixam de ser acolhidos, em suas fragilidades, pela equipe de saúde. O cuidado centrado na família ocorre por meio de diversos contextos no atendimento pediátrico visando satisfazer às necessidades psicossociais, emocionais e físicas das crianças hospitalizadas e suas famílias (SAMPAIO, 2015).

A participação da família no processo de cuidado ao paciente possibilita a redução de eventos adversos, bem como a detecção precoce de incidentes, além do cuidador ser fonte de informações sobre o paciente, que auxiliam no cuidado. Percebe-se que exposição do paciente ao cuidado inseguro pode ser minimizada por meio da inserção da família no cuidado. Diferentes estratégias favorecem a inserção do familiar no cuidado ao paciente pediátrico, dentre elas as principais são a comunicação e inserção do cuidador nas rotinas de cuidado à criança hospitalizada (REIS *et al.*, 2016).

Diante deste contexto, a questão de pesquisa do presente estudo é: como se dá a participação da família da criança hospitalizada para o cuidado seguro evidenciada nas produções científicas nacionais e internacionais?

A inserção da família no cuidado auxilia o estabelecimento de um vínculo entre equipe de saúde, paciente e cuidador, colaborando para o desenvolvimento de uma assistência segura em unidades pediátricas. Considerando a maior vulnerabilidade das crianças e o fato dos erros serem possivelmente mais significativos nessa fase da vida, a incorporação de estratégias que facilitem a integração do acompanhante é fundamental para a efetividade do cuidado seguro. Esse estudo se torna relevante logo que busca estratégias baseadas em evidências científicas relacionadas às formas de ofertar um cuidado seguro com a participação dos cuidadores e familiares da criança hospitalizada.

2 OBJETIVOS

Os objetivos do estudo foram:

2.1 Objetivo geral

Analisar a produção científica nacional e internacional sobre a participação da família no cuidado seguro da criança hospitalizada.

2.2 Objetivos específicos

Descrever estratégias para inserção da família no cuidado ao paciente pediátrico hospitalar.

Identificar iniciativas de participação da família na prevenção de incidentes de segurança do paciente.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Segurança do paciente pediátrico

A Segurança do Paciente é multidimensional, e fundamentada em princípios éticos/legais que asseguram seus direitos assim como os deveres dos profissionais de saúde. A Cultura de Segurança do Paciente é potencializada por meio da notificação dos incidentes relacionados a assistência, tendo como objetivo principal o aprendizado através dos mesmos. Desse modo estimula-se a capacitação da equipe, por meio de práticas preventivas, com o intuito de proporcionar um ambiente seguro, minimizando os erros (BRASIL, 2013b). Os incidentes em saúde, podem ser descritos como a ocorrência de circunstâncias que ocasione ou possa ocasionar prejuízo desnecessário ao cliente, quando provocado complicações ao paciente esse incidente passa a ser considerado um evento adverso (WHO, 2011).

O Ministério da Saúde (MS), assegura que as inúmeras ocorrências de eventos adversos impulsionaram a criação dos protocolos básicos de segurança do paciente. Esse protocolo, auxilia na organização do processo de trabalho fortalecendo a segurança do indivíduo. Tendo como objetivo estabelecer estratégias de segurança e visando a elaboração do Plano de Segurança do Paciente (PSP) foi criado o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) estipulando a obrigatoriedade de notificar os eventos adversos (BRASIL, 2016a). Desse modo, se faz necessário o conhecimento aprofundado dos protocolos para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente (BRASIL, 2016b).

O protocolo básico de segurança do paciente do MS é baseado nas seguintes recomendações: Identificação do paciente, segurança na prescrição uso e administração de medicamentos, prevenção de quedas, cirurgia segura, prática de higiene das mãos em serviço de saúde e prevenção de úlcera por pressão. Tais regulamentações buscam a redução de eventos adversos e erros decorrentes da falta deles (BRASIL, 2013c).

A identificação do paciente propõe a implantação de uma assistência em saúde livre de eventos adversos ao cliente. Esse processo é dificultado quando o cuidado a ser prestado está vinculado ao paciente pediátrico, por diversas características, dentre elas a dificuldade de comunicação entre paciente e equipe de saúde (BRASIL, 2016c). Sendo assim, se faz necessário agregar estratégias para um melhor resultado deste protocolo, pode-se destacar então a utilização do nome da mãe da criança, propiciando o fortalecimento do cuidado seguro

(SOUZA *et al.*, 2015). Essa estratégia auxilia como barreira na ocorrência de um cuidado equivocado ao paciente, como erros na administração de medicamentos, entre outros.

Entende-se o Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e administração de medicamentos como ferramenta fundamental para um ambiente seguro e melhor desenvolvimento das atividades em saúde. A adesão ao protocolo se faz necessária principalmente em unidades pediátricas, logo que as características fisiológicas desses pacientes aumentam sua vulnerabilidade (SOUZA *et al.*, 2018). O Boletim do Instituto para práticas seguras no uso de medicamentos, estimula a elaboração de materiais educativos que orientem a participação da família nesse cuidado. Essas ações são fundamentais para o empoderamento e engajamento da família e do paciente nos processos do cuidado assegurando uma assistência segura (ISMP, 2017).

A hospitalização está relacionada com aumento da vulnerabilidade dos indivíduos, exigindo dos profissionais de saúde maior atenção para rotinas que ampliam o risco ao paciente. Sendo assim, entende-se que o Protocolo de Prevenção de Quedas é um instrumento essencial para a minimização de erros (BRASIL, 2013d). Neste contexto, a criança hospitalizada exige demandas específicas para a prevenção desse evento, vale ressaltar a avaliação permanente quanto ao risco de queda, permitindo maior controle da equipe sobre o paciente. O acompanhante inserido nesse cuidado necessita ser orientado quanto às medidas preventivas, visando potencializar a segurança desse indivíduo (GURGEL *et al.*; 2017).

No intuito de minimizar erros, a Verificação de Cirurgia Segura por meio de um *checklist*, também auxilia na redução de incidentes, uma vez que exerce um bloqueio ao cuidado impróprio, priorizando a assistência em cirurgia no local e paciente correto (BRASIL, 2013e). No cuidado à criança, a implantação de um *checklist* pediátrico, com formato lúdico auxilia na compreensão, diminuição da ansiedade e maior satisfação da criança e sua família (PIRES, 2015).

Estudos evidenciam que a prática de Higienizar as Mãos (HM) é insatisfatória nas unidades de saúde, apresentada pela baixa adesão dos profissionais à essa conduta que promove o controle de infecções. Porém, é sabido que a segurança do paciente é considerada primazia na assistência ao paciente, assim sendo, a elaboração de meios para o aprendizado e efetivação do hábito de HM são estratégias fundamentais para uma assistência segura (ZOTTELE, 2017; BELELA-ANACLETO, 2017). O engajamento dos profissionais de saúde e familiares nesse cuidado contribui para segurança do paciente pediátrico.

A prevenção da ocorrência de úlcera por pressão (UPP) e outras lesões da pele tendem a minimizar a ocorrência de lesões de pele que são consequências mais comuns, resultante de

uma hospitalização prolongada. A incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, dentre eles, a restrição ao leito (BRASIL, 2014).

As transferências de pacientes são práticas cotidianas no contexto da hospitalização, que favorecem risco à segurança do paciente, pois envolvem o compartilhamento de informações críticas. A falta de atenção para esse processo pode implicar em falhas levando a eventos desfavoráveis ao paciente (FOSTER-HUNT *et al.*, 2015). Portanto, o acompanhante inserido nas rotinas tende a auxiliar no cuidado seguro, assim como a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde.

A manutenção da Segurança do Paciente pediátrico exige um olhar mais atento por parte da equipe de saúde, devido às suas múltiplas particularidades. Percebe-se que a criança possui diferentes peculiaridades, seja por parte do processo de crescimento e desenvolvimento, ou por suas vulnerabilidades (BOTENE *et al.*; 2014). Por essa razão a segurança do paciente pediátrico é uma temática que necessita de uma educação permanente nas unidades de cuidado.

3.2 Estratégias de enfermagem para inserção do acompanhante no cuidado à criança hospitalizada

A preocupação com o cuidado a criança se dá por meio de diferentes recomendações, dentre elas pode-se destacar a Carta da Criança Hospitalizada, que trata-se de um instrumento pioneiro nessa temática. Esse documento aborda as causas para admissão da criança em organizações hospitalares, bem como os direitos da criança em ter a presença dos responsáveis legais durante o processo de hospitalização. O informativo ainda ressalta a importância de um olhar atento, dos profissionais, para a inserção da família no cuidado, sendo assim necessário uma comunicação clara, objetiva e estimuladora, visando uma atuação efetiva, do acompanhante, no cuidado (SBP, 1995). A garantia de informar e orientar as famílias sobre as recomendações da carta dos direitos da criança hospitalizada é uma estratégia de segurança do paciente pediátrico.

Vale ressaltar a importância do respeito, confiança e a empatia da equipe com a família e o paciente, visando o estabelecimento de um vínculo que propicia uma assistência segura. Assim sendo, o exercício do cuidado passa a ser descrito como um método de parceria entre ambos os envolvidos. A troca de saberes é uma forma de promoção e educação em saúde, visando o melhor preparo do familiar inserido nesse contexto (ALVES *et al.*; 2018).

Pode-se identificar os benefícios da inserção do familiar no processo de cuidado, sendo esta parte fundamental do mesmo. Esse processo tende a proporcionar um aumento na detecção precoce de riscos e possíveis incidentes, tanto na administração de medicamentos, como nos processos de higiene das mãos, fortalecendo o controle de infecção, entre outros (SOUSA *et al.*, 2017).

Um estudo que visa compreender o envolvimento do cuidador no cuidado demonstra que a comunicação, o ensino e a orientação, entre equipe e família são estratégias relevantes na capacitação do mesmo. Tal participação é fundamental para o estabelecimento da confiança entre família e equipe, mantendo a tomada de decisões, por parte da família, no cuidado (MELO *et al.*, 2014).

Durante o período de internação, a família passa a fazer parte do ambiente hospitalar, sendo o apoio da criança neste contexto de vulnerabilidade. Assim, quanto melhor a qualidade das orientações relacionadas ao diagnóstico, tratamento e quadro clínico do indivíduo, maior será a possibilidade do acompanhante perceber suas alterações, atuando como sinalizador precoce (AMARAL, 2016).

A inserção do acompanhante em procedimentos, é um método que proporciona maior envolvimento da família no cuidado, bem como o compartilhamento do conhecimento que contribui para a promoção da saúde. Tais estratégias favorecem o fortalecimento da segurança do paciente, proporcionam um cuidado humanizado, de qualidade contribuindo para o bem-estar do paciente (GOMES, ERDMANN, BUSANELLO, 2010).

A criação de grupos de aconselhamento para a família, são ações de extrema importância, pois fortalece o relacionamento entre equipe de saúde e cuidadores. Esse envolvimento tende a estabelecer confiabilidade por parte da família nos profissionais inseridos, facilitando a comunicação e a educação permanente dos acompanhantes (REBRAENSP, 2013).

A equipe de enfermagem ressalta a importância da permanência do familiar junto ao paciente, neste caso, considerando o acompanhante uma extensão dos profissionais de enfermagem, pois promovem cuidados e facilita a adesão da criança ao tratamento. O envolvimento do acompanhante como parceiro ativo no processo de cuidar contribui para a segurança e prevenção de incidentes ao paciente. A inserção do familiar colabora para a transição de receptores passivos de cuidado para contribuidores ativos, oferecendo mais segurança. Assim sendo, a assistência compartilhada tende a fornecer qualidade minimizando possíveis erros (AZEVEDO, 2017).

A fim de potencializar a segurança do paciente, pode-se destacar que a atenção na identificação correta, prevenção de infecções, como ações de higiene de mãos e prevenção de

quedas são praticáveis pelo familiar visando um cuidado qualificado. Há também a importância do fornecimento de informações relacionadas ao estado do indivíduo como sintomas e histórico de doença, percebidas como iniciativas de participação do familiar na segurança do paciente (ANVISA, 2017).

A participação do familiar em atividades de cuidado ao paciente como, a troca de fraldas, aspiração de vias aéreas entre outras demandas, são atividades realizáveis pelo acompanhante que facilitam a inserção do mesmo no cuidado. O estabelecimento do compartilhamento dessas atividades, tendem a facilitar o direcionamento das orientações, do profissional em saúde, necessárias para a capacitação do acompanhante em desenvolver um cuidado seguro. Desse modo, as iniciativas são descritas como facilitadoras na segurança do paciente, bem como o cuidado continuado, pois entende-se o familiar como cuidador primário da criança hospitalizada (MACEDO, 2017).

Entende-se então que, a criança não é um componente isolado, mas trata-se de um indivíduo com necessidades e vulnerabilidades específicas. Logo o cuidado ao paciente pediátrico desenvolve-se com múltiplas particularidades (SANTOS *et al.*, 2013). Por essa razão, a assistência necessita estar centrada no cuidado seguro, tendo como amparo o conhecimento, o diálogo efetivo e as relações interpessoais adequadas. Essas são estratégias essenciais para a excelência da assistência, fundamentando atitudes e habilidades para promoção de um cuidado seguro (LIMA *et al.*, 2014).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa proposta pela metodologia de Whitemore e Knalf (2005), sendo caracterizada pela reunião dos resultados alcançados por estudos produzidos a respeito da temática, visando a síntese e análise dos dados, possibilitando o esclarecimento e aprofundamento do assunto apresentado. A revisão integrativa tem o potencial de apresentar uma compreensão holística do tema proposto a ser pesquisado, sendo relevante para o cuidado em saúde.

O desenvolvimento da revisão integrativa é viabilizado por cinco etapas a serem seguidas: identificação do problema, coleta de dados na literatura, avaliação de dados, análise dos dados e apresentação dos resultados (WHITTEMORE, KNAFL; 2005).

4.2 Estágio de identificação do problema

Aborda a formulação da questão norteadora, identificando a finalidade da revisão e tornando viável o estabelecimento dos aspectos relevantes ao estudo. Baseado no objetivo do estudo foi fundamentada a seguinte questão norteadora: como se dá a participação da família da criança hospitalizada para o cuidado seguro evidenciada nas produções científicas nacionais e internacionais?

4.3 Estágio de busca na literatura

A busca na literatura foi delimitada através dos critérios de inclusão do presente estudo, visando responder à questão norteadora. Para isso, foram utilizadas cinco bases de dados que auxiliaram na busca pelas publicações para essa revisão integrativa.

As bases de dados selecionadas para a pesquisa são Base de Dados de Enfermagem

(BDENF), Literatura Internacional em Ciência da Saúde (MEDLINE), *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *US National Library of Medicine* (PubMed).

Os seguintes descritores segundo o DeCs (Descritores em Saúde da Bireme) foram utilizados: Segurança do Paciente, Enfermagem Pediátrica, cuidador, criança hospitalizada e também o MeSH (*Medical Subject Headings*): *Pediatric nursing*, *Patient safety*, *caregiver*, *hospitalized child*. Para as buscas foi utilizado o operador booleano ‘AND’ a fim de localizar as publicações que sejam referentes aos descritores.

Critérios de inclusão: artigos científicos originais resultantes de pesquisas qualitativas, quantitativas, disponíveis na íntegra de acesso gratuito, publicados no período de 2015 a 2019, nos idiomas português, inglês e espanhol. Justifica-se a definição do período estabelecido por conter estudos mais recentes referentes ao tema em estudo.

Critérios de exclusão: Dissertações e teses, revisões integrativas e sistemáticas, estudos teóricos, artigos que foram selecionados igualmente em mais de uma base de dados e que não atenderam os critérios de inclusão.

4.4 Estágio de avaliação dos dados

O registro das informações extraídas após a leitura dos estudos e utilização dos critérios de inclusão e exclusão, ocorreu através de um instrumento de avaliação de dados (APÊNDICE A), onde constarão as seguintes informações: dados de identificação do Artigo (título, autores, nome do periódico, ano da publicação, volume e número), local de realização do estudo, objetivo, metodologia, resultados e conclusão/recomendações.

4.5 Estágio de análise dos dados

Nesta etapa as referências foram examinadas e reduzidas buscando garantir a representatividade da amostra, exibidas através de um instrumento de estudo (APÊNDICE A) e registradas em um quadro sinóptico geral (APÊNDICE B) a fim de compará-las e encontrar

semelhanças, diferenças, discrepâncias e outras informações relevantes ao objetivo do estudo. Por fim, foi realizada a análise e interpretação das publicações amostradas através do quadro sinóptico geral (APÊNDICE B) e produzida as conclusões relacionados à questão norteadora.

4.6 Apresentação dos resultados

Os resultados foram apresentados por meio de quadro e gráficos, os quais permitiram caracterizar a participação da família no cuidado seguro da criança hospitalizada: iniciativas para segurança do paciente.

Expressa os dados e informações encontrados na literatura científica selecionados para o estudo. As análises foram desenvolvidas, a partir do quadro sinóptico, elaborado por gráficos quadros ou tabelas que permitam a visualização e melhor compreensão das informações pertinentes a temática.

4.7 Aspectos éticos

Os autores elencados no texto foram referenciados conforme normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), respeitando os direitos autorais conforme legislação vigente (ABNT, 2013; BRASIL, 1998). O projeto do estudo foi submetido à comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ) e aprovado sob parecer nº.36314 (ANEXO A).

REFERÊNCIAS

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 10520: Informação e documentação – citações em documentos – apresentação.** Rio de Janeiro, ago. 2002.

ALPENDRE, Francine Taporosky *et al.* Cirurgia segura: validação de checklist pré e pós-operatório. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e 2907, 2017.

ALVES, João Manuel Nunes de Oliveira; AMENDOEIRA, José Joaquim Penedos; CHAREPE, Zaida Borges. A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, p.62-69, 2018.

AMARAL, Lídia Faria Prado do. Humanização da assistência de enfermagem à família na unidade de terapia intensiva pediátrica. **Cogitare Enfermagem**, Minas Gerais, v. 3, n. 21, p.01-09, jul. 2016.

AZEVEDO, Adriano Valério dos Santos; LANCONI JUNIOR, Antônio Carlos; CREPALDI, Maria Aparecida. Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3653-3666, nov. 2017.

BELELA-ANACLETO, Aline Santa Cruz; PETERLINI, Maria Angélica Sorgini; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves. Higienização das mãos como prática do cuidar: reflexão acerca da responsabilidade profissional. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 2, p. 442-445, abr. 2017.

BOTENE, Daisy Zanchi de Abreu; PEDRO, Eva Neri Rubim. Health Professionals and hand hygiene: a question of pediatric patient safety. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p.124-129, set. 2014.

BRASIL. **Lei nº 9.610, de 20 de fevereiro de 1998.** Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1 de Abril de 2013** - Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). 2013a. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/03/2.c%20-%20Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20PNSP%20%20setembro_2013.pdf>. Acesso em: 13 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.** 2013b. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/protocolos-basicos-de-seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificação de eventos adversos criou a cultura da segurança do paciente no Into.** 2013c. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/geral/32307-notificacao-de-eventos-adversos-criou-a-cultura-da-seguranca-do-paciente-no-into>>. Acesso em: 09 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Prevenção de Quedas**. 2013d. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/prevencao-de-quedas>>. Acesso em: 22 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão**. 2014. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>. Acesso em: 22 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anvisa. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016a.

BRASIL. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos Básicos de Segurança do Paciente**. 2016c. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/protocolos-basicos-de-seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 09 out. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: Anvisa, 2017.

CALDANA, Graziela *et al.* Brazilian Network for nursing and patient safety: challenges and perspectives. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p.906-911, set. 2015.

CAVALCANTE, Andreia Karla de Carvalho Barbosa *et al.* Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. **Revista Cubana de Enfermería**, Habana, v. 31, n. 4, p.1-13, set. 2015.

DIAS, Jéssica David *et al.* Compreensão de enfermagem sobre segurança do paciente e erros de medicação. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 4, n. 18, p.866-874, dez. 2014.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 1, p.144-154, fev. 2015.

FORTE, Elaine Cristina Novatzki *et al.* Erros de enfermagem: o que está em estudo. **Texto & contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, e01400016, 2017.

FOSTER-HUNT, Tara *et al.* Information structure and organisation in change of shift reports: An observational study of nursing hand-offs in a Paediatric Intensive Care Unit. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 31, n. 3, p.155-164, 2015.

GOMES, Giovana Calcagno; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; BUSANELLO, Josefina. Refletindo sobre a inserção da família no cuidado à criança hospitalizada. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 143-147, jan./mar. 2010.

GURGEL, Sabrina de Souza et al. Competências do enfermeiro na prevenção de quedas em crianças à luz do consenso de GALWAY. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 4, e03140016, 2017.

HENRIQUES, Daniela Cruz; CAÍRES, Fabiana Martins de. A Criança Hospitalizada: Manual de Orientação aos Pais. Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/a-crianca-hospitalizada-manual-de-orientacao-aos-pais/>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

ISMP - Instituto Para Práticas Seguras no Uso de Medicamento. **Uso seguro de medicamentos em pacientes pediátricos**, 2017. Disponível em: <<https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2017/12/BOLETIM-ISMP-BRASIL-PEDIATRIA.pdf>>

IVANY, Allana *et al.* Reducing infection transmission in the playroom: Balancing patient safety and family-centered care. **American Journal Of Infection Control**, v. 44, n. 1, p.61-65, jan. 2016.

KHAN, Alisa *et al.* Parent-Reported Errors and Adverse Events in Hospitalized Children. **Jama Pediatr.**, v. 4, n. 170, p.1-15, abr. 2016.

LIMA, Fabiane da Silva Severino *et al.* Implicações da segurança do paciente na prática do cuidado de enfermagem. **Enfermería Global**, Murcia, v. 35, p.310-325, jul. 2014.

MAASKANT, Jolanda M *et al.* Interventions for reducing medication errors in children in hospital. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, p.1-5, 10 mar. 2015.

MACEDO, Isabela Fornerolli de *et al.* As concepções da equipe de enfermagem frente à família da criança hospitalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 904-911, out. 2017.

MASON, Janice Jackson *et al.* Patient Safety, Error Reduction, and Pediatric Nurses' Perceptions of Smart Pump Technology. **Journal Of Pediatric Nursing**, v. 29, n. 2, p.143-151, mar. 2014.

MELO, Elza Maria de Oliveira Pinheiro de *et al.* Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 22, p.432-439, maio 2014.

OLIVEIRA, Roberta Meneses *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 18, p.122-129, mar. 2014.

PADILHA, Katia Grillo *et al.* Carga de trabalho de enfermagem, estresse/burnout, satisfação e incidentes em unidades de terapia intensiva de trauma. **Texto & contexto enfermagem**,

Florianópolis, v. 26, n. 3, e1720016, 2017.

PINTO, Júlia Peres. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 1, n. 63, p.132-135, jan. 2010.

PIRES, Maria Paula de Oliveira. Cirurgia segura em pediatria: aplicação na prática do Checklist Pediátrico para Cirurgia Segura. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 23, p.1105-1112, nov. 2015.

REBRAENSP - Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Estratégias para segurança do paciente**. Porto Alegre: Edipucrs, 2013.

REIS, Adriana Teixeira *et al.* O significado da segurança do paciente cirúrgico pediátrico para a equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 5, p.01-08, ago. 2016.

REIS, Gislene Aparecida Xavier dos *et al.* Implantação das estratégias de segurança do paciente: na percepção de enfermeiros gestores. **Texto & contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, e00340016, 2017.

RODRIGUES, Cláudia Cristiane Filgueira Martins; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira; SOUSA, Paulo. Segurança do paciente e enfermagem: interface com estresse e Síndrome de Burnout. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 1083-1088, out 2017.

RODRIGUEZ, Eliana Ofelia *et al.* Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamentos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, e 2017-0029, 2017.

SAMPAIO, Patrícia Stella Silva. Cuidado da família em pediatria: vivência de enfermeiros em um hospital universitário. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, São Paulo, v. 15, n. 2, p.85-92, dez. 2015.

SANTOS, Maiara Rodrigues dos *et al.* Desvelando o cuidado humanizado: percepções de enfermeiros em oncologia pediátrica. **Texto & contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 646-653, 2013.

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria. **Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados**. 1995. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/img/documentos/doc_crianças_hosp.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2019.

SCHATKOSKI, Aline Modelski *et al.* Safety and protection for hospitalized children: literature review. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, p.410-416, 2009.

SERAFIM, Clarita Terra Rodrigues *et al.* Gravidade e carga de trabalho relacionadas a eventos adversos em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 942-948, 2017.

SOUSA, Fernanda Coura Pena de *et al.* A participação da família na segurança do paciente

em unidades neonatais na perspectiva do enfermeiro. **Texto & contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, e1180016, 2017.

SOUZA, Francine Terezinha de *et al.* Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 1, p.1-11, 2014.

SOUZA, Sabrina de *et al.* Identificação da criança na pediatria: percepções dos profissionais de enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 1, p.05-11, 2015.

SOUZA, Thais Lima Vieira de *et al.* Segurança do paciente na administração de medicamento intramuscular em pediatria: avaliação da prática de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, p.01-07, 2018.

TOMAZONI, Andreia *et al.* Segurança do paciente na percepção da enfermagem e medicina em unidades de terapia intensiva neonatal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, e 64996, 2017.

WEGNER, Wiliam *et al.* Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, e20160068, 2016.

WHITTEMORE, R; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

World Health Organization. Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Direção Geral da Saúde; 2011.

XAVIER, Daiane Modernel *et al.* O familiar cuidador durante a hospitalização da criança: convivendo com normas e rotinas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.68-74, 2014.

ZOTTELE, Caroline *et al.* Adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos em pronto-socorro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, e 03242, 2017.

**5 ARTIGO – REVISTA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA**

PÁGINA DE IDENTIFICAÇÃO

**PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO CUIDADO SEGURO DA CRIANÇA
HOSPITALIZADA: INICIATIVAS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE**

Jeniffer Jaiza Machado Jardim¹, Wiliam Wegner²

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

2. Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Autor Correspondente:

Wiliam Wegner

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Rua São Manoel, 963, Rio Branco, CEP 90620-110, Porto Alegre/RS, (51)3308-5226,

E-mail: wiliam.wegner@ufrgs.br

PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO CUIDADO SEGURO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA: INICIATIVAS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

RESUMO

Objetivo: analisar a produção científica nacional e internacional sobre a participação da família no cuidado seguro da criança hospitalizada. **Método:** Revisão integrativa da literatura, a partir da busca em seis bases de dados com os descritores “Patient Safety” AND Pediatric Nursing”; Child Hospitalized” AND Caregivers. Foram selecionados 30 artigos, publicados entre 2015 e 2019. **Resultados:** As estratégias para a inserção do acompanhante no cuidado à criança hospitalizada são: orientação do familiar, comunicação efetiva, o cuidado compartilhado e a educação em saúde. Como principais iniciativas de participação da família evidenciaram-se: a permanência integral, vigilância constante, barreira de segurança e participação na tomada de decisões. **Conclusão:** os achados sinalizam a importância da inserção do familiar no cuidado à criança, por meio de atitudes colaborativas, contribuindo para a redução de incidentes e promoção da segurança do paciente, logo que foi evidenciado que o cuidado seguro é potencializado pela participação do cuidador.

DESCRITORES: Segurança do paciente; Enfermagem Pediátrica; Cuidador; Criança hospitalizada

INTRODUÇÃO

A participação da família no processo de cuidado ao paciente tem se mostrado cada vez mais importante na redução de eventos adversos, bem como na detecção precoce de incidentes. Sabe-se que exposição do paciente ao cuidado inseguro pode ser minimizada por meio da inserção da família no cuidado.¹

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define segurança do paciente como a “redução do risco de danos desnecessários à um mínimo aceitável”. Entende-se o dano como um prejuízo do funcionamento fisiológico do corpo, incluindo nesse contexto doenças, lesões, incapacidades e morte, podendo ele ser físico, psicológico ou social. Os incidentes em saúde, podem ser descritos como a ocorrência de circunstâncias que ocasione ou possa resultar em um dano ao cliente. Sendo assim, episódios de incidentes com danos ao paciente, resulta em um evento adverso.²

Em 2004, a OMS, através da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente iniciou uma mobilização para a produção de diversos estudos relacionados a essa temática. Essa medida tende a promover ações, bem como a elaboração de estratégias para redução de riscos, visando

a construção de uma assistência qualificada e segura.³

Ainda assim, a criança hospitalizada é considerada mais suscetível a minimização da segurança por diferentes fatores. Por essa razão, a participação da família na atenção à saúde do paciente potencializa a promoção de um cuidado seguro.⁴

Promover ações e estratégias que visem a inserção do acompanhante na assistência é de suma importância para um cuidado qualificado e seguro para o paciente pediátrico. Evidências que visam compreender o envolvimento do familiar no cuidado demonstram que a comunicação, o ensino e a orientação, entre profissional e família são estratégias relevantes na capacitação do acompanhante, pois facilita a atuação do mesmo.⁵

A troca de saberes, informações relacionadas ao diagnóstico, tratamento e quadro clínico, proporcionam maior possibilidade de perceber alterações precocemente. A promoção de cuidados realizados pelo cuidador facilita a adesão da criança ao tratamento. Assim sendo, iniciativas de atuação, como a permanência integral, tomada de decisão e a vigilância constante colaboram para a prevenção de incidentes promovendo segurança ao paciente. Desse modo, considera-se o cuidado a criança compartilhado com a família, como uma ferramenta importante na prevenção de incidentes nos serviços de saúde.⁶⁻⁷

Diante dessa problemática, a questão norteadora do estudo foi: como se dá a participação da família da criança hospitalizada para o cuidado seguro evidenciada nas produções científicas nacionais e internacionais? Este estudo teve como objetivo analisar a produção científica nacional e internacional sobre a participação da família no cuidado seguro da criança hospitalizada.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa (RI) da literatura seguindo as seguintes etapas: identificação do problema, coleta de dados na literatura, avaliação de dados, análise dos dados e apresentação dos resultados.⁸

A questão norteadora desse estudo foi: como se dá a participação da família da criança hospitalizada para o cuidado seguro evidenciada nas produções científicas nacionais e internacionais?

Este estudo realizou a coleta de informações nas bases de dados: Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Internacional em Ciência da Saúde (MEDLINE), *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *US National Library of Medicine* (PubMed) elegidas por serem relevantes índices

de literatura científica e técnica, com rigoroso padrão para indexação dos periódicos. Foram utilizados os seguintes descritores (Decs): Segurança do Paciente, Enfermagem Pediátrica, cuidador, criança hospitalizada e também o MeSH (*Medical Subject Headings*): *Pediatric nursing, Patient safety, caregiver, hospitalized child*. Para as buscas foi utilizado o operador booleano “AND” a fim de localizar as publicações referentes aos descritores.

Crítérios de inclusão: artigos científicos originais resultantes de pesquisas qualitativas, quantitativas, disponíveis na íntegra de acesso gratuito, publicados no período de janeiro 2015 a maio 2019, nos idiomas português, inglês e espanhol. Justifica-se a definição do período estabelecido por conter estudos mais recentes referentes ao tema em estudo.

Crítérios de exclusão: Dissertações e teses, revisões integrativas e sistemáticas, estudos teóricos, artigos que foram selecionados igualmente em mais de uma base de dados e que não atenderam os critérios de inclusão.

A figura 1 apresenta o fluxograma de buscas até a seleção final dos estudos incluídos nesta revisão.

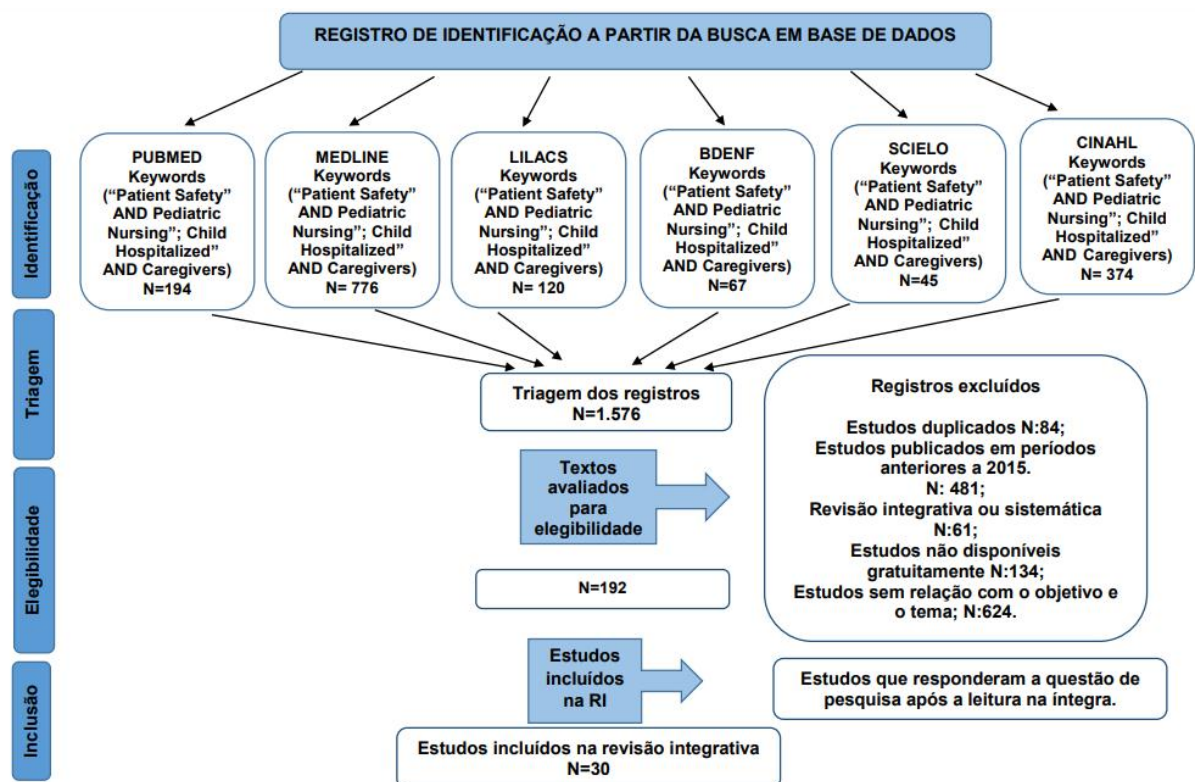


Figura 1- Fluxograma dos cruzamentos e resultados das buscas. Porto Alegre, 2019.

Para análise e interpretação dos dados realizou-se a síntese dos dados extraídos dos artigos selecionados na elegibilidade, buscando identificar neles as estratégias para a inserção do acompanhante no cuidado à criança hospitalizada e as iniciativas de participação da família

na prevenção de incidentes de segurança do paciente. Para essa etapa utilizou-se o instrumento, composto dos seguintes itens: (1) Título do Artigo; (2) Autores; (3) Anos; (4) Metodologia; (5) Periódicos; (6) Estratégias para inserção; (7) Iniciativas de participação. Os dados extraídos e sintetizados da etapa anterior foram apresentados em dois quadros, um para a caracterização dos estudos e outro contemplando os resultados relacionados à questão norteadora.

RESULTADOS

Foram encontrados 1576 artigos sobre a participação da família no cuidado seguro a criança hospitalizada, após aplicados os filtros restaram 192 estudos. Após a leitura dos artigos, foram identificadas informações que expressassem a participação do familiar no cuidado, resultando em 30 artigos que responderam a questão norteadora.

Tabela 1 – Caracterização dos artigos selecionados para o estudo. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019.

VARIÁVEIS	N	%
Base de dados		
CINAHL	4	13,4
PUBMED	6	20
MEDLINE	10	33,4
LILACS	2	6,6
BDENF	1	3,3
SCIELO	7	23,3
Método		
Qualitativo	22	73,3
Quantitativo	7	23,3
Misto (Quanti/qualitativo)	1	3,4
Ano de publicação		
2015	8	26,6
2016	6	20
2017	9	30
2018	6	20
2019	1	3,4

Os artigos foram publicados em 18 periódicos diferentes, sendo apenas três com mais de uma publicação sobre o tema. Destaca-se o *Journal of Pediatric Nursing*, com oito publicações analisadas nesse estudo. Observa-se uma homogeneidade na quantidade de artigos publicados por ano, apresentando em 2017, com o maior número de artigos publicados.

A busca por evidências que abrangesse as informações estudadas, resultou em artigos expostos no quadro abaixo:

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	RESULTADOS
9	Competência do enfermeiro na prevenção de quedas em crianças à luz do conselho de GALWAY.	Gurgel SS, Ferreira MKM, Sandoval LJS, Araújo PR, Galvão MTG, Lima FET.	<u>Estratégias para inserção:</u> Cuidado compartilhado, orientando os familiares sobre os cuidados. <u>Iniciativas de participação:</u> Auxiliando no posicionamento do paciente: elevar a cabeceira 30°, assessorar na saída do leito e deslocamento.
10	Nursing team's conceptions about the families of hospitalized children.	Macedo IF, Souza TV, Oliveira ICS, Cibreiros SA, Morais RCM, Vieira RFC.	<u>Estratégias para inserção:</u> Orientação dos familiares quanto aos procedimentos e rotinas da unidade. <u>Iniciativas de participação:</u> Auxiliar nos cuidados: troca de fraldas, verificar aspecto das eliminações.
11	Determinants of Effective Caregiver Communication After Adolescent Traumatic Brain Injury.	Hobart-Porter L, Wade S, Minich N, Kirkwood M, Stancin T, Taylor HG.	<u>Estratégias para inserção:</u> Comunicação efetiva. <u>Iniciativas de participação:</u> Enfrentamento focado no problema.
12	Patient safety after implementation of a coproduced family centered communication programme: multicenter before and after intervention study.	Khan A, Spector ND, Baird JD, Ashland M, Starmer AJ, Rosenbluth G, et al.	<u>Estratégias para inserção:</u> Educação em saúde. <u>Iniciativas de participação:</u> Participação na tomada de decisão.
13	Families as Partners in Hospital Error and Adverse Event Surveillance.	Khan A, Coffey M, Litterer KP, Baird JD, Furtak SL, Garcia BM, et al.	<u>Estratégias para inserção:</u> Orientação do familiar sobre possíveis incidentes/erros/eventos adversos. <u>Iniciativas de participação:</u> Manter vigilância constante dos cuidados prestados ao paciente.
14	The importance of situational awareness: A qualitative study of	Beck J, Meyer R, Kind T, Bhansali P.	<u>Estratégias para inserção:</u> Comunicação efetiva. <u>Iniciativas de participação:</u>

	family and nurses' perspectives on teaching during family-centered rounds.		Participação na tomada de decisão.
15	Significado atribuído pela família ao cuidado da criança hospitalizada	Silveira CMC, Calcagno GG, Weiss PF, Vergutz DPK, Ribeiro FDH.	<u>Estratégias para inserção:</u> Cuidado compartilhado. <u>Iniciativas de participação:</u> Auxiliar na locomoção, banho e familiarização do paciente ao ambiente. Sendo fonte de informações acerca da criança.
16	A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde.	Alves JMNO, Amendoeira JJP, Charepe ZB.	<u>Estratégias para inserção:</u> Orientar o familiar, auxiliando na capacitação dos cuidados. <u>Iniciativas de participação:</u> Participação na tomada de decisões.
17	Cuidado da família em pediatria: vivência de enfermeiros em um hospital universitário.	Sampaio PSS, Angelo M.	<u>Estratégias para inserção:</u> Orientar e envolver o familiar no cuidado <u>Iniciativas de participação:</u> Permanência integral da família garantido um cuidado seguro. Integrar – se aos cuidados.
18	Humanização da assistência de enfermagem à família na unidade de terapia intensiva pediátrica.	Amaral LFP, Calegari, T.	<u>Estratégias para inserção:</u> Orientação do familiar sobre cuidados e rotinas. <u>Iniciativas de participação:</u> Permanência integral do acompanhante, auxiliando na vigilância constante.
19	Parent-Reported Errors and Adverse Events in Hospitalized Children.	Khan A, Furtak SL, Melvin P, Rogers JE, Schuster MA, Landrigan CP.	<u>Estratégias para inserção:</u> Orientação do familiar inserindo o mesmo na vigilância dos cuidados. <u>Iniciativas de participação:</u> Promover a notificação de eventos adversos/erros/incidentes.
20	Perspectives and expectations of family members and health professionals about family-centered care: hidden expectations and unclear roles.	Coyne I.	<u>Estratégias para inserção:</u> Orientação do familiar. <u>Iniciativas de participação:</u> Vigilância dos cuidados prestados ao paciente.

21	O significado da segurança do paciente cirúrgico pediátrico para a equipe de enfermagem	Reis AT, Santos RS, Caires TLG.	<u>Estratégias para inserção:</u> Orientação da família sobre o risco de quedas do paciente. <u>Iniciativas de participação:</u> Barreira de segurança, participação na prevenção de quedas.
22	Identificação da criança na pediatria: percepções dos profissionais de enfermagem	Souza S, Tomazoni A, Rocha PK.	<u>Estratégias para inserção:</u> Orientação do familiar. <u>Iniciativas de participação:</u> Participação ativa na confirmação da identificação do paciente, promovendo a fiscalização e vigilância dos cuidados.
23	Risk Factors Related to Caregivers in Hospitalized Children's Falls	Almis H, Bucak IH, Konca C, Turgut M.	<u>Estratégias para inserção:</u> Educação em saúde (adequar as orientações conforme a situação do familiar). <u>Iniciativas de participação:</u> Permanência em tempo integral junto ao paciente.
24	Investigating Parent Needs, Participation, and Psychological Distress in the Children's Hospital.	Jones J, Nowacki AS, Greene A, Traul C, Goldfarb J.	<u>Estratégias para inserção:</u> Comunicação efetiva, verificando a compreensão mútua do plano de cuidado, oferecendo informações estruturadas. <u>Iniciativas de participação:</u> Permanência junto ao paciente. Participação efetiva na assistência.
25	Significados atribuídos por familiares na pediatria acerca de suas interações com os profissionais da enfermagem.	Gomes GC, Xavier DM, Pintainha AC, Farias DHR, Lunardi VL, Aquino DR.	<u>Estratégias para inserção:</u> Orientação, desenvolvendo ações educativas para à instrumentalização e empoderamento da família para o cuidado à criança. <u>Iniciativas de participação:</u> Participação ativa nos cuidados básicos e atenção a criança.
26	Teaching Parents How to Prevent Acquired Cranial Asymmetry in Infants.	Lennartsson F, Nordin P, Wennergren G.	<u>Estratégias para inserção:</u> Orientação do familiar sobre os cuidados para manutenção da assimetria craniana. <u>Iniciativas de participação:</u> Verificar assimetria craniana, estar atento para possíveis mudanças.
27	Patient safety culture in a teaching hospital:	Silva-Batalha EMS, Melleiro MM.	<u>Estratégias para inserção:</u> Comunicação efetiva.

	differences in perception existing in the different scenarios of this institution.		<u>Iniciativas de participação:</u> Permanência, participação no processo de internação.
28	Enhancing Effective Communication Among Non-Verbal Patients	Boles J, Baddley D.	<u>Estratégias para inserção:</u> Comunicação efetiva, através de alto-falante, ouvinte, mensagem, feedback, canal e contexto que são cada um "dinâmico." <u>Iniciativas de participação:</u> Realização dos cuidados, estabelecendo vínculo entre paciente e equipe de enfermagem.
29	Pediatric Traumatic Brain Injury: Families and Healthcare Team Interaction Trajectories During Acute Hospitalization.	Reuter-Rice K, Doser K, Eads JK, Berndt S.	<u>Estratégias para inserção:</u> Comunicação efetiva. <u>Iniciativas de participação:</u> Vigilância constante do paciente e participação na tomada de decisão.
30	O papel da família nos planos de tratamento e no cuidado pediátrico hospitalar em condições crônicas complexas de saúde	Martins PL, Azevedo CS, Afonso SBC.	<u>Estratégias para inserção:</u> Orientação do familiar. <u>Iniciativas de participação:</u> Participação na tomada de decisão.
31	Factors influencing the Caregiving performance of mothers of hospitalized toddlers with acute respiratory diseases: A path analysis.	Hye-Yul H, Shin-Jeong K, Wayne EK, Kyung-Ah K.	<u>Estratégias para inserção:</u> Comunicação efetiva, desenvolvendo o cuidado prestado pelo familiar. <u>Iniciativas de participação:</u> Melhor relação mãe-filho e controle do nível de ansiedade.
32	Improving clinical handover in a paediatric ward: implications for nursing management.	Mannix T, Parry Y, Roderick A.	<u>Estratégias para inserção:</u> Cuidado compartilhado. <u>Iniciativas de participação:</u> Auxiliar na transferência do paciente, atentando para as informações pertinentes.
33	Keeping sick children in hospital SAFE from harm.	Glasper, A.	<u>Estratégias para inserção:</u> Comunicação efetiva. <u>Iniciativas de participação:</u>

			Barreira de segurança.
34	Parents find medical errors and safety incidents that hospitals miss.	McBride DL.	<u>Estratégias para inserção:</u> Cuidado compartilhado. <u>Iniciativas de participação:</u> Vigilância constante, notificando erros/incidentes/eventos adversos.
35	Translation, Cross-Cultural Adaptation, and Psychometric Testing of Perception of Family- Centered Care Measurement Questionnaires in the Hospitalized Children in Iran.	Vasli P.	<u>Estratégias para inserção:</u> Comunicação efetiva. <u>Iniciativas de participação:</u> Auxiliar na coordenação do cuidado.
36	Effects of a Family Involvement Program in Patients With Central-Line Insertion.	Tan S-H, Lee K-C, Chao Y-FC, Hsu L-F, Lin P-C.	<u>Estratégias para inserção:</u> Orientação da família. <u>Iniciativas de participação:</u> Barreira de segurança, auxiliar na prevenção de infecções.
37	Participation of Parents of Hospitalized Children in Medical Rounds: A Qualitative Study on Contributory Factors.	Van Oort PJS, Maaskant JM, Smeulers M, van Oostrum N, Vermeulen E, van Goudoever JB.	<u>Estratégias para inserção:</u> Orientação da família. <u>Iniciativas de participação:</u> Participação dos rounds, questionar e expor suas observações.
38	Parents' experiences of Family Centred Care practices.	Arabiati D, Whitehead L, Foster M, Shields L, Fellow C, Harris L.	<u>Estratégias para inserção:</u> Cuidado compartilhado. <u>Iniciativas de participação:</u> Permanência integral durante o processo de hospitalização.

Quadro 1 – Estratégias de inserção propostas, iniciativas de participação. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019.

A autoria dos estudos distribui-se entre 114 autores e coautores distintos. Dentre esses, apenas um autor possui mais de um artigo publicado relacionado ao tema. Os artigos selecionados apresentam os seguintes países de origem: Brasil, Estados Unidos e Irlanda.

A tabela 2, assim como o quadro 1, apresentam as estratégias para inserção do familiar no cuidado, bem como as iniciativas de participação do mesmo, visando a redução de incidentes de segurança do paciente. Os estudos demonstram diversas contribuições que colaboram para promoção da segurança do paciente.

Tabela 2 – Síntese de conhecimento sobre a participação da família de criança hospitalizada no cuidado seguro. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019.

TEMÁTICAS	ESTUDOS
Estratégias para a inserção do acompanhante no cuidado	
Orientação do familiar	10; 13; 16; 17; 18; 19; 20; 21; 22; 25; 26; 30; 36; 37
Comunicação efetiva	11; 14; 24; 27; 28; 29; 31; 33; 35
Cuidado compartilhado	9; 15; 32; 34; 38
Educação em saúde	12; 23
Iniciativas de participação da família na prevenção de incidentes de segurança do paciente	
Permanência integral	17; 18; 23; 24; 27; 38
Vigilância constante	13; 20; 22; 29; 34
Barreira de segurança	21; 33; 38
Participação na tomada de decisão	12; 14; 16; 30

Dentre os artigos analisados, 14 destacam o papel da orientação do familiar sobre rotinas, cuidados, entre outros, para promover e potencializar a segurança ao paciente pediátrico. Em nove pesquisas é descrita a comunicação efetiva. Observa-se em cinco estudos a relevância do cuidado compartilhado entre equipe de saúde e familiar e duas pesquisas abordam a importância da educação em saúde para a instrumentalização do acompanhante com os cuidados de saúde.

Ao considerar as iniciativas para participação da família para um cuidado seguro, destacou-se a permanência integral do acompanhante durante o processo de hospitalização descritas em seis artigos, bem como a vigilância constante da criança observado em cinco estudos. A barreira de segurança é descrita por três artigos que ressaltam o papel do familiar na prevenção de incidentes, favorecendo a notificação dos mesmos. A participação do cuidador familiar na tomada de decisão, auxiliando nos cuidados assistenciais e manutenção de saúde da criança, é evidenciada em quatro estudos. Três estudos demonstram que a participação em cuidados básicos como, auxiliar no posicionamento, locomoção, troca de fraldas e avaliação das eliminações, são de suma importância para prevenção de incidentes.

DISCUSSÃO

O participação da família na segurança do paciente pediátrico foi problematizada duas categorias que elucidam e responderam à questão norteadora do estudo.

Estratégias para inserção do acompanhante no cuidado

Com base nas evidências obtidas por meio dos resultados desse estudo, é possível perceber a relevância da promoção de ações que visem a inserção do familiar no cuidado seguro da criança. As principais estratégias para inserção da família no cuidado ao paciente pediátrico hospitalar, elencadas foram: orientação do familiar, comunicação efetiva, cuidado compartilhado e educação em saúde.

A busca em compreender a hospitalização infantil e os diversos fatores estressantes para o paciente e seus familiares cuidadores, destacam a relevância do olhar atento para a família como unidade de cuidado. Com isso, é possível compreender os benefícios do cuidado centrado na família e a importância da implementação do mesmo, promovendo uma assistência segura e qualificada ao paciente pediátrico. Maior participação dos pais nos cuidados hospitalares de uma criança está associada a melhores resultados na saúde da criança no hospital e após a alta.^{10,14,24}

A orientação do familiar cuidador, é uma estratégia com uma grande diversidade, evidenciada por maior número de produções, as quais fundamentam os benefícios do familiar no cuidado. Esse método tende a empoderar a família sobre as necessidades do paciente, facilitando o envolvimento da mesma.^{17,19,37} Estabelecer uma orientação clara, determinando o papel de cada indivíduo no cuidado, esclarecendo dúvidas e mantendo o apoio constante do profissional de saúde, tende a reduzir fatores estressantes para a família e propicia a participação da mesma no cuidado.^{20,22,25-26,30,37} Alguns estudos abordam como aliada a orientação sobre práticas e rotinas da unidade, inserindo o familiar nas rotinas da equipe de saúde. Essa abordagem estimula o familiar cuidador a reconhecer-se como membro fundamental para prevenção de incidentes.⁹⁻¹⁰

A comunicação efetiva é destacada como uma das principais estratégias de inserção do familiar no cuidado, pois estabelece uma confiança mútua através da troca de informações relacionadas a importância de medidas preventivas para a segurança.²⁷ Em unidades de saúde a comunicação efetiva é essencial para o compartilhamento de informações honestas e de modo adequado, reduzindo desconforto e mal-entendidos. As evidências demonstram que esse facilitador tende a favorecer a participação do familiar no cuidado seguro à criança hospitalizada, pois mantém o senso de controle da família.²⁸ Estratégias de enfrentamento focado no problema, verificação da compreensão mútua do cuidado, bem como a utilização de

mensagens escritas, materiais lúdicos e feedback estão associados a níveis mais altos de comunicação efetiva.

Os estudos também demonstram a necessidade de um tempo adequado de comunicação e um suporte personalizado, atentando para individualidade de cada paciente e sua família.^{11,24,28,19} Esses processos estabelecem um vínculo entre família e equipe de saúde, pois aproxima e à inclui nos cuidados. Por essa razão, é necessário desenvolver uma relação dialógica com os cuidadores familiares, mantendo-os participativos durante o processo de hospitalização.^{14,31,33,35}

O cuidado compartilhado com o familiar pode ser melhor compreendido pelo mesmo quando vivido na prática, através da participação nos cuidados, possibilitando assim sua percepção sobre a importância na segurança do paciente. Esse processo possibilita a participação efetiva do familiar em tarefas assistenciais, necessárias para intensificar a prevenção de incidentes, e contribui para a incorporação, do mesmo, no cuidado à criança.^{34,38}

Estudos descrevem o compartilhamento de atividades básicas como, auxiliar na locomoção do paciente, posicionamento da cabeceira, realizar banho e promover a familiarização da criança com o ambiente hospitalar, práticas fundamentais para manutenção da saúde e segurança do paciente. O compartilhamento, com o familiar, tende a aproximá-lo da assistência, facilitando a inserção do mesmo no cuidado ao paciente, tornando-o protagonista ativo no cuidado à criança. Além disso, inserir o familiar na transferência do paciente é uma estratégia fundamental para o cuidado da criança, pois o familiar é fonte de informações acerca da criança^{9,15,32}

A educação em saúde pode ser caracterizada como uma técnica de inserção do familiar no cuidado, propondo o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à qualidade do cuidado. Pesquisa realizada com pacientes e seus cuidadores, objetivando avaliar os fatores de risco para quedas em crianças hospitalizadas em relação aos seus cuidadores, descreve a importância do papel educativo do enfermeiro atentando para o nível educacional do familiar e adequação das informações. Outra investigação ressalta a inserção do familiar nas discussões entre equipe multidisciplinar sobre situação do paciente e proposta terapêutica, promovendo a alfabetização em saúde do mesmo, através da comunicação verbal e escrita (bidirecional).^{12,23}

A análise dos estudos demonstra a importância do estabelecimento das estratégias para a inserção da família no cuidado ao paciente pediátrico hospitalar. O conhecimento dessas estratégias, bem como seus benefícios podem ser utilizados na promoção da segurança do paciente pediátrico hospitalizado.

Iniciativas de participação da família na prevenção de incidentes relacionados a segurança do paciente

O processo de análise dos resultados dos estudos incluídos nesta revisão, permitiu estabelecer as principais iniciativas de participação da família para a prevenção de incidentes, sendo estas, a permanência integral do familiar, a vigilância constante, implementação de barreira de segurança e a participação na tomada de decisão. A permanência integral do familiar é temática amplamente discutida e um direito, garantida por lei, estabelecendo o dever das instituições de saúde, de oferecer condições adequadas, facilitando essa conduta. Para a criança, o processo de internação hospitalar é conflituoso e, por vezes traumatizante, pois a mesma encontra-se em um contexto desconhecido. Por essa razão, a permanência integral do acompanhante é essencial nesse processo. Porém, há evidências que descrevem a ausência do familiar, motivado por fatores como, número elevado de filhos e vínculo mãe e criança, como elemento que favorece o aumento na ocorrência de incidentes em saúde.^{22-24,27,38} Logo, a permanência do familiar é uma iniciativa de participação e prevenção de eventos desfavoráveis ao paciente, uma vez que a presença do mesmo contribui para integrar-se no cuidado, oferecendo conforto e auxiliando na vigilância constante da criança.¹⁷⁻¹⁸

O familiar cuidador tende a ser uma fonte de cuidado seguro por inúmeros fatores, vale ressaltar o fato do mesmo possuir uma observação privilegiada da criança, por estar mais próximo durante todo o período, conhecer melhor o estado de saúde e doença e reconhecer as alterações de sintomas com maior antecedência. Além disso, por obterem diversas informações sobre a segurança do paciente, o relato do acompanhante pode auxiliar na detecção de incidentes ou eventos subnotificados, contribuindo para o tratamento. Sendo assim, a vigilância constante dos cuidados prestados a criança apresenta-se como uma iniciativa de participação das famílias, promovendo avaliações e intervenções que aprimoram o cuidado.^{13,20,22,29,34}

As iniciativas de permanência integral do acompanhante, bem como a vigilância constante do paciente tendem a estabelecer uma barreira de segurança junto a esse indivíduo. Constata-se, nas evidências, que o familiar atento aos cuidados ofertados a criança pode auxiliar na supervisão desse, seja no controle de infecção, monitorando higiene de mãos ou na verificação da identificação do paciente. Esses cuidados corroboram para redução de incidentes, fortalecendo a segurança da criança.^{21,33,36}

Contudo, tendo em vista as iniciativas para participação da família a prevenção de incidentes, já citadas, aponta-se a atuação na tomada de decisão. Os estudos descrevem como uma necessidade primária da família, o conhecimento claro relacionado ao diagnósticos e reintegração da saúde do paciente, sendo colaboradores para atuação do familiar nas decisões

sobre os tratamentos realizados pela criança. Por meio disso, as famílias também desenvolvem habilidades para fornecer cuidados, como alimentação através de sondas e gerenciamento de diversos dispositivos auxiliares.^{12,14,16,30}

Além disso, a tomada de decisão mostra-se como uma oportunidade de parceria, estabelecendo um processo relacional, dinâmico, singular e contínuo entre equipe e família. Portanto, valorizar a participação sobre as decisões, nas práticas de saúde, contribui para resultados progressivamente negociáveis e satisfatórios ao paciente.^{14,29}

As evidências ressaltam, em um número reduzido de estudos, algumas iniciativas de participação do familiar, visando o auxílio em atividades como o posicionamento do paciente, mantendo a cabeceira do leito elevada em 30°, assessorar na saída do leito, realizar o banho e troca de fraldas.^{9-10,15} Esses estudos descrevem iniciativas de cuidados passíveis de serem realizados pelo familiar, ressaltando sua contribuição para prevenção de incidentes como aspirações, alterações das eliminações fisiológicas e prevenção de quedas, favorecendo assim um cuidado mais seguro.

Os estudos analisados mostraram a importância das iniciativas de participação da família na prevenção de incidentes de segurança do paciente. Sendo assim, a atuação do familiar na assistência ao paciente, é essencial para o desenvolvimento da qualidade do cuidado nos serviços de saúde, minimizando erros e promovendo segurança à criança.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento de estratégias para a inserção do acompanhante no cuidado é percebido como método fundamental para o cuidado da criança hospitalizada. Por meio de ações como: orientação do familiar, comunicação efetiva, cuidado compartilhado e a educação em saúde, é possível incorporar o familiar cuidador na assistência ao paciente.

Por outro lado, as iniciativas de participação da família no cuidado só têm a agregar na segurança do paciente, por serem fundamentais na prevenção de incidentes e manutenção na saúde da criança. A permanência integral do familiar, a vigilância constante, a barreira de segurança e a participação na tomada de decisões, reafirmam a importância do cuidado prestado pelo acompanhante, sendo entendido como potencializador para uma assistência segura.

A participação do cuidador deve ser entendida como uma prática que visa a segurança do paciente pediátrico e não a redução de responsabilidades para a equipe de saúde. Logo que é evidenciado pelos estudos que apresentam o impacto na relação dialógica com o cuidador e ações educativas causam na segurança do paciente.

Conclui-se que a relação entre os cuidadores do paciente pediátrico e a equipe de

enfermagem, contribuem para a potencialização da segurança no cuidado ao paciente. Por essa razão, cabe ao enfermeiro abordar o cuidado centrado na família, atentando para a possibilidade da participação dos cuidadores na assistência.

Apresenta-se como limitações o escasso número de artigos encontrados pelo descritor “*caregiver*”, a quantidade de estudos gerais sobre segurança do paciente pediátrico e o número reduzido de estudos que esclareçam as atividades desenvolvidas pelo familiar no cuidado.

Através dos resultados obtidos, é evidente a necessidade de mais estudos que abordem as atividades realizadas pelo cuidador da criança hospitalizada. Estudos que abordem a prática do cuidador nas rotinas tendem a esclarecer ainda mais a importância dos mesmos no cuidado seguro ao paciente pediátrico.

REFERÊNCIAS

1. Xavier D, Gomes GC, Salvador MS. The family caregiver during the hospitalization of the child: coexisting with rules and routines. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2014;18(1):68-74.
2. World Health Organization. Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Direção Geral da Saúde; 2009.
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.
4. Doherty C, Donnell CM. Tenfold Medication Errors: 5 Years’ Experience at a University-Affiliated Pediatric Hospital. *Pediatrics.* 2012;129(5):916-24.
5. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2014; 18(1):122-9.
6. Uniacke S, Browne TKi, Shields L. How should we understand family-centred care? *J child health care.* 2018; 22(3):460-9.
7. Mannix T, Parry Y, Roderick A. Improving clinical handover in a paediatric ward: implications for nursing management. *J nurs manag.* 2017;25(3):215-22.
8. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: update methodology. *J adv nurs.* 2005;52(5):546-53.
9. Gurgel SS, Ferreira MKM, Sandoval LJS, Araújo PR, Galvão MTG, Lima FET. Competências do enfermeiro na prevenção de quedas em crianças à luz do consenso de GALWAY. *Texto & contexto enferm.* 2017;26(4):e03140016.

10. Macedo IF, Souza TV, Oliveira ICS, Cibreiros SA, Moraes RCM, Vieira RFC. Nursing team's conceptions about the families of hospitalized children. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(5):904-11.
11. Hobart-Porter L, Wade S, Minich N, Kirkwood M, Stancin T, Taylor HG. Determinants of Effective Caregiver Communication After Adolescent Traumatic Brain Injury. *PM & R.* 2015;7(8):836-44.
12. Khan A, Spector ND, Baird JD, Ashland M, Starmer AJ, Rosenbluth G, et al. Patient safety after implementation of a coproduced family centered communication programme: multicenter before and after intervention study. *BMJ.* 2018;363:k4764.
13. Khan A, Coffey M, Litterer KP, Baird JD, Furtak SL, Garcia BM, et al. Families as Partners in Hospital Error and Adverse Event Surveillance. *JAMA Pediatr.* 2017;171(4):372–381.
14. Beck J, Meyer R, Kind T, Bhansali P. The Importance of Situational Awareness. *Acad Med.* 2015;90(10):1401-7.
15. Silveira CMC, Calcagno GG, Weiss PF, Vergutz DPK, Ribeiro FDH. Significado atribuído pela família ao cuidado da criança hospitalizada. *Av enferm.* 2017;35(1):7-18.
16. Alves JMNO, Amendoeira JJP, Charepe ZB. A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2017;38(4):e2016-0070.
17. Sampaio PSS, Angelo M. Cuidado da família em pediatria: vivência de enfermeiros em um hospital universitário. *Rev Soc Bras Enferm Ped.* 2015;15(2):85-92.
18. Amaral LFP, Calegari, T. Humanização da assistência de enfermagem à família na unidade de terapia intensiva pediátrica. *Cogitare enferm.* 2016;21(3):01-9.
19. Khan A, Furtak SL, Melvin P, Rogers JE, Schuster MA, Landrigan CP. Parent-Reported Errors and Adverse Events in Hospitalized Children. *JAMA Pediatr.* 2016;170(4):e154608.
20. Coyne I. Perspectives and expectations of family members and health professionals about family-centered care: hidden expectations and unclear roles. *Health expect.* 2015;18(5):796-808.
21. Reis AT, Santos RS, Caires TLG. O significado da segurança do paciente cirúrgico pediátrico para a equipe de enfermagem. *Cogitare enferm.* 2016;1(21):01-8.
22. Souza S, Tomazoni A, Rocha PK. Identificação da criança na pediatria: percepções dos profissionais de enfermagem. *Rev baiana enferm.* 2015;29(1):05-11.
23. Almis H, Bucak IH, Konca C, Turgut M. Risk Factors Related to Caregivers in Hospitalized Children's Falls. *J pediatr nurs.* 2017;32:03-7.
24. Jones J, Nowacki AS, Greene A, Traul C, Goldfarb J. Investigating Parent Needs, Participation, and Psychological Distress in the Children's Hospital. *Hospital Pediatrics.* 2017; 7(7):385-94.

25. Gomes GC, Xavier DM, Pintainha AC, Farias DHR, Lunardi VL, Aquino DR. Significados atribuídos por familiares em pediatria sobre suas interações com profissionais de enfermagem. *Rev esc enferm USP*. 2015;49(6):951-7.
26. Lennartsson F, Nordin P, Wennergren G. Teaching Parents How to Prevent Acquired Cranial Asymmetry in Infants. *J pediatr nurs*. 2016;31(4):252-61.
27. Silva-Batalha EMS, Melleiro MM. Patient safety culture in a teaching hospital: differences in perception existing in the different scenarios of this institution. *Texto & contexto enferm*. 2015;24(2):432-41.
28. Boles J, Baddley D. Enhancing Effective Communication Among Non-Verbal Patients. *Pediatric nurs*. 2018;44(3):144-6.
29. Reuter-Rice K, Doser K, Eads JK, Berndt S. Pediatric Traumatic Brain Injury: Families and Healthcare Team Interaction Trajectories During Acute Hospitalization. *J pediatr nurs*. 2017;34:84-9.
30. Martins PL, Azevedo CS, Afonso SBC. O papel da família nos planos de tratamento e no cuidado pediátrico hospitalar em condições crônicas complexas de saúde. *Saúde Soc*. 2018;27(4):1218-29.
31. Hye-Yul H, Shin-Jeong K, Wayne EK, Kyung-Ah K. Factors influencing the caregiving performance of mothers of hospitalized toddlers with acute respiratory diseases: A path analysis. *J child health care*. 2018;22(4):591-605.
32. Mannix T, Parry Y, Roderick A. Improving clinical handover in a pediatric ward: implications for nursing management. *J nurs manag*. 2017;25(3):215-22.
33. Glasper, A. Keeping sick children in hospital SAFE from harm. *Br j nurs*. 2016;25(20):1144-5.
34. McBride DL. Parents find medical errors and safety incidents that hospitals miss. *J pediatr nurs*. 2017;34:94-5.
35. Vasli P. Translation, Cross-Cultural Adaptation, and Psychometric Testing of Perception of Family-Centered Care Measurement Questionnaires in the Hospitalized Children in Iran. *J pediat nurs*. 2018;43:e26-e34.
36. Tan S-H, Lee K-C, Chao Y-FC, Hsu L-F, Lin P-C. Effects of a Family Involvement Program in Patients With Central-Line Insertion. *Clin nurs res*. 2015;24(3):253-68.
37. Van Oort PJS, Maaskant JM, Smeulers M, van Oostrum N, Vermeulen E, van Goudoever JB. Participation of Parents of Hospitalized Children in Medical Rounds: A Qualitative Study on Contributory Factors. *J pediat nurs*. 2019;46:e44-e51.
38. Arabiat D, Whitehead L, Foster M, Shields L, Fellow C, Harris L. Parents' experiences of Family Centred Care practices. *J pediatr nurs*. 2018;42:39-44.

APÊNDICE A - Instrumento para registro de avaliação das informações

NÚMERO
TÍTULO
AUTOR
ANO/VOLUME/NÚMERO
PERIÓDICO
LOCAL/CIDADE/PAÍS
OBJETIVO
METODOLOGIA <ul style="list-style-type: none">- Tipo de Estudo- Amostra/Participantes/Sujeito- Coleta de dados- Análise dos dados
RESULTADOS: <p>Participação da família para o cuidado seguro da criança hospitalizada: iniciativas para segurança do paciente.</p> <p>Iniciativas de participação da família na prevenção de incidentes de segurança do paciente.</p>
CONCLUSÃO/RECOMENDAÇÕES:
OBSERVAÇÕES:

APÊNDICE B - Quadro Sinóptico Geral

Numeração/ Artigo	1	2
Título do Artigo		
Autores		
Ano da Publicação		
Objetivo		
Metodologia		
Resultados: Estratégias para a inserção do acompanhante no cuidado à criança hospitalizada		
Iniciativas de participação da família na prevenção de incidentes de segurança do paciente.		
Recomendações		
Conclusão		

ANEXO A – Aprovação da COMPESQ – Projeto nº36314

Prezado Pesquisador WILLIAM WEGNER,

Informamos que o projeto de pesquisa PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA PARA O CUIDADO SEGURO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA: INICIATIVAS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE encaminhado para análise em 18/12/2018 foi aprovado quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa de Enfermagem com o seguinte parecer:

Parecer 1 –

Título - em concordância com os objetivos.

Introdução - revisão da literatura bem estruturada e atualizada. Apresenta ao final a questão norteadora: como se dá a participação da família da criança hospitalizada para o cuidado seguro evidenciada nas produções científicas nacionais e internacionais?

Objetivos - claros, concordância com título e delineamento do projeto.

Objetivo principal: analisar a produção científica nacional e internacional sobre a participação da família de criança hospitalizada no cuidado seguro. Objetivos Específicos: descrever estratégias para inserção da família no cuidado ao paciente pediátrico hospitalar; identificar iniciativas de participação da família na prevenção de incidentes de Segurança do Paciente.

Metodologia - revisão integrativa.

Delineamento - descrito de forma adequada para responder aos objetivos propostos.

Tamanho amostral - conforme saturação de dados.

Crítérios de inclusão - artigos científicos originais resultantes de pesquisas qualitativas, quantitativas, disponíveis na íntegra de acesso gratuito, publicados no período de 2014 a 2018, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Crítérios de exclusão - dissertações e teses, revisões integrativas e sistemáticas, estudos teóricos, artigos que foram selecionados igualmente em mais de uma base de dados.

Instrumentos de coleta de dados - com as seguintes informações: dados de identificação do artigo (título, autores, nome do periódico, ano da publicação, volume e número), local de realização do estudo, objetivo, metodologia, resultados e conclusão/recomendações.

Cronograma - compatível com as ações propostas para o projeto.

Orçamento - despesas custeadas pelos pesquisadores

Referências - adequadas ao projeto, atualizadas, citadas adequadamente.

Parecer 2 –

Introdução clara e objetiva abordando questões amplas sobre segurança do paciente e a interface com a saúde da criança/família. Aborda sobre o problema de pesquisa e a justificativa para o desenvolvimento do estudo. Apresenta questão norteadora (como se dá a participação da família da criança hospitalizada

para o cuidado seguro evidenciada nas produções científicas nacionais e internacionais?) e os objetivos que estão coerentes com a proposta do estudo. A revisão da literatura é pertinente, relevante e atualizada.

Objetivo:

Adequado a proposta de pesquisa.

Sugestões para objetivos específicos:

- Descrever "as".....
- Identificar as ações implementadas pelos familiares para a prevenção de incidentes.

Método:

- Trata-se de uma revisão integrativa proposta pela metodologia de Whitemore e Knalf (2005) e descreve a etapas para o desenvolvimento da mesma.
- A busca na literatura será delimitada através dos critérios de inclusão do presente estudo, visando responder à questão norteadora.
- Serão utilizadas cinco bases de dados nacionais e internacionais e será realizado o cruzamento de quatro descritores (português e inglês).
- Critérios de inclusão e exclusão descritos de maneira adequada.
- Indicado período de busca dos artigos e sua justificativa.
- Foi elaborado instrumento para registro de avaliação das informações e um quadro sinóptico geral que dará subsídios para avaliação dos achados.
- Em relação ao estágio de análise dos dados sugiro aprofundamento na descrição da análise que será empregada.

Cronograma: Apresenta cronograma de desenvolvimento das atividades.

Orçamento: Apresenta orçamento para o desenvolvimento do estudo que serão financiados totalmente pela pesquisadora.

Referências: Apresenta referências nacionais e internacionais, são atualizadas e relevantes.

Sugiro ampliar o número de referencias intrnacionais.

Aspectos éticos e regulatórios:

- TCLE não é critério.
- Descrevem que "Os autores elencados no texto serão referenciados conforme normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), respeitando os direitos autorais conforme legislação vigente (ABNT, 2013; BRASIL, 1998)"

COMENTÁRIOS GERAIS:

Projeto com temática relevante e atual que contribuirá para qualificação da atenção.

Devido as suas características este projeto foi encaminhado nesta data para avaliação por .

Atenciosamente, Comissão de Pesquisa de Enfermagem

ANEXO B – Normas da REUFMS

<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/about/submissions#authorGuidelines>

DIRETRIZES PARA AUTORES

Atualizadas em junho de 2018

INFORMAÇÕES GERAIS

- Os artigos para publicação devem ser enviados *exclusivamente* à Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-REUFMS, 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 REUFMS 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 REUFMS, 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 deveram 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 REUFMS.
- 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, será disponibilizada 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 Resoluções 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 essa. 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(es) 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.

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 Ottawa, 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).

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:
5. deve estar em espaço 1,5, em todo o manuscrito;
6. usar a fonte Times New Roman de 12-pontos;
7. empregar itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL);
8. as figuras e tabelas devem estar inseridas no texto, e não no final do documento, como anexos.
9. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na seção Sobre a Revista.
10. O artigo deve ser composto por no máximo 6 autores.
11. 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](#).