

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE – MESTRADO E  
DOUTORADO  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM  
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Janaína Chiogna Padilha

**SONDAGEM NASOENTERAL E SEGURANÇA DO PACIENTE: relação entre  
incidentes e dados socioeconômicos, demográficos e clínicos de pacientes em hospital do  
Rio Grande do Sul - um estudo baseado em protocolo multicêntrico**

Santa Cruz do Sul

2020

**SONDAGEM NASOENTERAL E SEGURANÇA DO PACIENTE: relação entre incidentes e dados socioeconômicos, demográficos e clínicos de pacientes em hospital do Rio Grande do Sul - um estudo baseado em protocolo multicêntrico**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Promoção da Saúde, Linha de Pesquisa em Vigilância em Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

Suzane Beatriz Frantz Krug  
Professora orientadora – PPGPS

Santa Cruz do Sul

2020

**SONDAGEM NASOENTERAL E SEGURANÇA DO PACIENTE: relação entre incidentes e dados socioeconômicos, demográficos e clínicos de pacientes em hospital do Rio Grande do Sul - um estudo baseado em protocolo multicêntrico**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Promoção da Saúde, Linha de Pesquisa em Vigilância em Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

**Banca examinadora**

Suzane Beatriz Frantz Krug  
Professora orientadora – PPGPS

Jane Dagmar Pollo Renner  
Professora coorientadora – PPGPS

Silvia Isabel Rech Franke  
Professora examinadora – Interno

Rosângela Marion  
Professor examinador - Externo

Suzane Beatriz Frantz Krug  
Professora orientadora – PPGPS

Santa Cruz do Sul

2020

## AGRADECIMENTOS

Sou grata a Deus, pela vida e pela saúde. Por todas as bênçãos recebidas diariamente.

Ao meu querido esposo Lindomar e aos meus amados filhos, Alícia e Guilherme, que souberam me esperar e me deixar ir em muitos momentos, sempre colaborando para que tudo desse certo, ouvindo minhas angústias e compartilhando as alegrias desta construção. Agradeço por serem presentes na minha vida.

À minha querida mãe, Elaine, pelo apoio e incentivo em todos os momentos, a cada nova decisão e novo obstáculo que surgia nesta caminhada de muito aprendizado durante o mestrado em Promoção da Saúde, pois além da dissertação, a vida segue correndo, voando, acontecendo. À minha irmã, à quem desejo orgulhar e poder ser um bom exemplo de irmã mais velha.

Aos demais familiares, aos amigos, obrigada por torcerem por mim!

Aos colegas de profissão, de trabalho, de aula, pela contribuição no aprendizado durante esta formação. Claro, alguns, ou melhor, algumas em especial, que certamente foram fundamentais nos momentos onde tudo parecia dar errado, e a vontade era de só deixar acontecer. Obrigada pelas parcerias nas aulas, em trabalhos e eventos científicos, onde buscamos compartilhar, incentivar e aprender, alimentando uma bela amizade, entre pessoas que realmente se importam e desejam o melhor uma para a outra.

Aos mestres, gratidão e carinho. Pelos ensinamentos desde o início da caminhada estudantil, que não cessará. À professora Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug, minha orientadora, obrigada pela paciência, confiança, compreensão, apoio, aprendizado e pelos desafios lançados. À professora Dra. Jane Dagmar Pollo Renner, minha co-orientadora, que me tranquilizou em muitos momentos, construindo comigo muito do que eu não sabia como fazer. À professora Dra. Janine Koepp, que foi um importante elo de comunicação durante o projeto de pesquisa, apresentando-me à professora Dra. Fernanda Raphael Escobar Gimenes, à quem também sou grata. Aos demais professores do curso e às queridas secretárias, obrigada. Foi um prazer tê-los conhecido. À banca examinadora interna e externa, muito obrigada pelas contribuições e solicitude.

Sou grata aos participantes, pesquisadores e colaboradores, que contribuíram para que este trabalho fosse escrito. À Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, ao Grupo de Pesquisas em Saúde, Geps, e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, que fizeram parte do meu desenvolvimento profissional, deixando-me alcançar mais uma etapa da minha formação. E que venham novas conquistas!

## DEDICATÓRIA

Ao meu querido pai, Ricardo (*in memoriam*),  
que certamente estará sempre olhando por mim,  
de onde quer que esteja, sorrindo comigo nas  
minhas conquistas e me encorajando nas horas  
difíceis.

## RESUMO

**Introdução:** A segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde desenvolvidos em instituições hospitalares devem estar intimamente correlacionadas, pois atualmente, o número de implicações relacionadas a erros ou eventos adversos em saúde vem aumentando e ocasionando prejuízos aos indivíduos e às próprias instituições. Neste contexto, identificar o perfil dos pacientes, o nível de cuidado que exigem estando hospitalizados e a seguridade do cuidado no ambiente hospitalar são dados que permitem aprimorar estratégias de cuidado e prover a cultura de segurança. **Objetivo:** Analisar a relação entre dados socioeconômicos, demográficos e clínicos de pacientes em uso de sonda nasoenteral (SNE) e a ocorrência de incidentes, na perspectiva da segurança no cuidado do paciente. **Artigo 1: Associação da complexidade do cuidado de enfermagem e perfil de pacientes clínicos internados em uso de sonda nasoenteral, segundo o Sistema de Classificação de Pacientes proposto por Fugulin. Objetivo:** Analisar a associação da complexidade do cuidado de enfermagem, a partir da Escala de Fugulin e o perfil de pacientes clínicos internados em uso de sonda nasoenteral. **Método:** Estudo com delineamento transversal, retrospectivo, de abordagem quantitativa, com utilização de dados secundários, provenientes de um banco de dados de um estudo multicêntrico. Fizeram parte da amostra 31 pacientes internados na clínica médica de um hospital geral, do interior do Rio Grande do Sul, em uso de sonda nasoenteral (SNE). **Resultados:** A maioria dos pacientes pertence ao sexo masculino, raça branca, escolarizado, casado, com idade superior à 60 anos, internado devido à patologias clínicas, seguido de complicações da gastroenterologia e neurologia. Em relação ao perfil de cuidado, a maioria necessitava cuidado de alta dependência conforme o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) proposto por Fugulin, e a diminuição do nível de consciência resultou na principal indicação para uso de via de alimentação complementar nos pacientes avaliados. **Conclusão:** A indicação de SNE no ambiente hospitalar salienta a complexidade de cuidados de saúde, pois sua necessidade eleva a pontuação elencada pelo SCP proposto por Fugulin, variando entre demanda de cuidado de alta dependência e semi intensivo. A condição para indicação do uso de SNE neste estudo, concordando com outros, se mostrou significativa ( $p=0,04$ ) em pacientes hospitalizados, idosos, com diminuição de nível de consciência, o que pode prejudicar a nutrição pela via tradicional. **Artigo 2: Incidentes associados ao uso de sonda nasoenteral em pacientes hospitalizados e a relação com a segurança do paciente. Objetivo:** investigar os incidentes relacionados ao uso de sonda nasoenteral (SNE) em pacientes hospitalizados e a

relação com a segurança do paciente. **Método:** Estudo com delineamento transversal, retrospectivo, de abordagem quantitativa, com utilização de dados secundários, provenientes de um banco de dados de um estudo multicêntrico. Fizeram parte da amostra 15 pacientes internados na clínica médica de um hospital geral, do interior do Rio Grande do Sul, em uso de SNE. **Resultados:** predominância de incidentes no sexo masculino, com idade acima de 60 anos, hospitalizados pela especialidade clínica geral, que não apresentavam uso de SNE na admissão. Os incidentes ocorreram em pacientes alerta, sem uso de dispositivos respiratórios. A técnica de confirmação da posição da SNE predominante foi a ausculta epigástrica. Obstrução e saque não planejado da SNE foram os incidentes que mais se repetiram, ocasionando danos leves aos participantes. **Conclusão:** a maioria dos pacientes apresentaram incidentes na proporção de 1 a 5 e dois pacientes apresentaram mais de 10 incidentes, ocorrendo em pacientes alerta e inconscientes. Estudos deste tipo são importantes para estimular pesquisas voltadas à descrição de eventos adversos com SNE, principalmente relacionados às consequências aos pacientes e à assistência à saúde. **Considerações finais:** as análises possibilitaram caracterizar o perfil socioeconômico, demográfico e clínico dos pacientes hospitalizados em uso de SNE, demonstrando que a maioria dos pacientes pertence ao sexo masculino, apresenta faixa etária acima de 60 anos, raça branca, casado e com ensino médio completo. A especialidade médica que prevaleceu como motivo de internação foi a clínica médica. A partir da Escala de Fugulin, observou-se que o perfil de cuidado apresentado pelos participantes exigiu cuidados semi intensivos e de alta dependência, evidenciando a necessidade de ferramentas que auxiliem na organização do cuidado. Foram avaliados dados referentes à introdução e incidentes relativos à SNE durante a hospitalização, prevalecendo a técnica de ausculta epigástrica como confirmatória e os incidentes mecânicos como prevalentes. Acredita-se que os resultados encontrados demonstram importância e evidenciaram que mais variáveis e associações precisam ser discutidas. O tema da segurança relacionada à saúde permeia por todos os espaços do cuidado, e, por isso, destaca-se a importância da continuidade de estudos neste contexto. **Palavras-chave:** segurança do paciente; assistência de enfermagem; sondas de alimentação enteral; clínica médica.

## ABSTRACT

**Introduction:** Patient safety and the quality of health services developed in hospital institutions must be closely correlated because currently, the number of implications related to errors or adverse health events has been increasing and causing damage to people and to the institutions themselves. In this context, identifying the profile of patients, the level of care they require while being hospitalized and the security of care in the hospital environment are data that allow to improve care strategies and provide the culture of safety. **Objective:** To analyze the relationship between socioeconomic, demographic and clinical data of patients using a nasoenteral probe and the occurrence of incidents, from the perspective of safety in patient care.

**Article 1: Association of the complexity of nursing care and profile of clinical patients hospitalized using a nasoenteral probe, according to the Patient Classification System proposed by Fugulin.**

**Objective:** To analyze the association of the complexity of nursing care, based on the Fugulin Scale and the profile of clinical patients hospitalized using a nasoenteral probe. **Method:** A cross-sectional, retrospective study with a quantitative approach, using secondary data, from a multicenter study database. The sample included 31 patients admitted to the medical clinic of a general hospital in the countryside of Rio Grande do Sul, using a nasoenteral probe (SNE). **Results:** Most patients are male, white, educated, married, aged over 60 years, hospitalized due to clinical pathologies, followed by complications from gastroenterology and neurology. Regarding the care profile, most require highly dependent care, according to the Patient Classification System (SCP) adopted by Fugulin, and the decrease in the level of consciousness resulted in the main indication for the use of complementary feeding in the evaluated patients. **Conclusion:** The indication of SNE in the hospital environment highlights the complexity of health care, as its need raises the score listed by the SCP proposed by Fugulin, with variation between high dependency and semi intensive care demand. The condition for the use of SNE in this study, in agreement with others, was significant ( $p = 0.04$ ) in hospitalized, elderly patients, with decreased level of consciousness, which can hinder nutrition in the traditional way. **Article 2: Incidents associated with the use of a nasoenteral probe in hospitalized patients and the relationship with patient safety.**

**Objective:** to investigate incidents related to the use of nasoenteral probe (SNE) in hospitalized patients and the relationship with patient safety. **Method:** A cross-sectional, retrospective study with a quantitative approach, using secondary data, from a multicenter study database. The sample included 15 patients admitted to the medical clinic of a general hospital, in the countryside of Rio Grande do Sul, using SNE. **Results:** predominance of male incidents, aged

over 60 years, hospitalized by general medical specialty, who did not use SNE on admission. The incidents occurred in alert patients, without the use of respiratory devices. The predominant SNE position confirmation technique was epigastric auscultation. SNE obstruction and unplanned loosening were the most repeated incidents, causing slight damage to the participants.

**Conclusion:** the most patients had incidents in the proportion of 1 to 5 and two patients had more than 10 incidents, occurring in alert and unconscious patients. Studies of this type are important to stimulate research aimed at describing adverse events with SNE, mainly related to the consequences for patients and health care. **Final considerations:** the analyzes made it possible to characterize the socioeconomic, demographic and clinical profile of patients hospitalized using SNE, demonstrating that the most of patients are male, aged over 60 years, white, married and have completed high school. The medical specialty that prevailed as a reason for hospitalization was the medical clinic. From the Fugulin Scale, it was observed that the care profile presented by the participants required semi-intensive and highly dependent care, evidencing the need for tools to assist in the organization of care. There were evaluated data about the introduction and incidents related to SNE during hospitalization, with the technique of epigastric auscultation prevailing as confirmatory and mechanical incidents as prevalent. It is believed that the results found demonstrate importance and have shown that more variables and associations need to be discussed. The issue of health-related safety permeates all areas of care, and, therefore, the importance of continuing studies in this context stands out.

**Keywords:** patient safety; nursing care; enteral feeding probes; medical clinic.

**LISTA DE ILUSTRAÇÕES****CAPÍTULO I**

Figura 1 - Medida para inserção de sonda enteral..... 21

**ANEXO A**

Figura 1 - Fluxograma da seleção e resultado de artigos selecionados para o estudo .... 67

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CID	Classificação internacional de Doenças
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EA	Evento Adversos
GEPS	Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde
IBEAS	Estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos
IBSP	Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SNE	Sonda Nasoenteral
SCP	Sistema de Classificação de Pacientes
SENSAR	Sistema Espanhol de Notificação em Segurança em Anestesia e Reanimação
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	<i>Statistic Package for the Social Science</i>
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	14
<b><u>CAPÍTULO I</u></b> <b>INTRODUÇÃO, MARCO TEÓRICO E OBJETIVOS</b> .....	15
1. <b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
2. <b>CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DA SONDAGEM ENTERAL E SEGURANÇA DO PACIENTE</b> .....	19
2.1 Sondagem enteral.....	20
2.2 Perfil de cuidado baseado na Escala de Fugulin.....	24
2.3 Segurança do paciente.....	25
2.4 Incidentes relacionados a sondagem nasoenteral.....	29
3. <b>OBJETIVOS</b> .....	35
3.1 Objetivo geral.....	35
3.2 Objetivos específicos.....	35
<b><u>CAPÍTULO II</u></b> <b>ARTIGO 1-</b> Associação da complexidade do cuidado de enfermagem e perfil de pacientes clínicos internados em uso de sonda nasoenteral, segundo o Sistema de Classificação de Pacientes proposto por Fugulin.....	37
<b>ARTIGO 2 -</b> Incidentes associados ao uso de sonda nasoenteral em pacientes hospitalizados e a relação com a segurança do paciente.....	41
<b><u>CAPÍTULO III</u></b> <b>CONCLUSÕES GERAIS</b> .....	44
<b><u>CAPÍTULO IV</u></b> <b>NOTA À IMPRENSA</b> .....	46
<b><u>CAPÍTULO V</u></b> <b>RELATÓRIO DE CAMPO</b> .....	49
1. Contexto da pesquisa.....	50
2. Seleção de sujeitos.....	50
3. Coleta de dados.....	50
4. Interdisciplinaridade no objeto de estudo.....	51
5. Considerações sobre a experiência.....	52
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	56
<b>ANEXOS</b> .....	63

<b>ANEXO A</b> - A segurança do paciente e a promoção da saúde sob a perspectiva multidisciplinaridade do cuidado.....	64
<b>ANEXO B</b> – Sistema de Classificação de pacientes – Escala de Fugulin.....	80
<b>ANEXO C</b> – Instrumento de pesquisa adaptado da pesquisa: “Incidentes relacionados a sonda enteral em paciente hospitalizados: um estudo multicêntrico.....	82
<b>ANEXO D</b> – Aprovação do comitê de ética da USP Ribeirão Preto - SP.....	86
<b>ANEXO E</b> - Aprovação comitê de ética UNISC – Santa Cruz do Sul – RS.....	87
<b>ANEXO F</b> - Normas para submissão da Revista Gaúcha de Enfermagem.....	90
<b>ANEXO G</b> - Normas para submissão da Revista da Escola de Enfermagem da USP.	107
<b>ANEXO H</b> - Artigo submetido para publicação na Revista da Escola de Enfermagem da USP.....	115

## APRESENTAÇÃO

A dissertação de mestrado, do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul, foi dividida em cinco capítulos, sendo a introdução, marco teórico e objetivos, artigos I e II, conclusões gerais, nota à imprensa e relatório de campo.

A introdução e marco teórico apresentam um apanhado geral sobre a temática a ser abordada na dissertação, seguida dos objetivos do estudo.

Os artigos apresentam por título:

ARTIGO I: Associação da complexidade do cuidado de enfermagem e perfil de pacientes clínicos internados em uso de sonda nasoesférica, segundo o Sistema de Classificação de Pacientes proposto por Fugulin.

ARTIGO II: Incidentes relacionados ao uso de sonda nasoesférica em pacientes hospitalizados e a relação com a segurança do paciente.

As conclusões gerais perfazem o contexto final dos estudos, demonstrando a finalização dos achados. A nota à imprensa visa apresentar a comunidade os estudos realizados e suas contribuições.

O relatório de campo intenciona relatar o percurso da pesquisadora desde a prospecção da temática do estudo, passando pelos desafios e aprendizados de sua composição até a sua finalização.

**CAPÍTULO I**  
**INTRODUÇÃO, MARCO TEÓRICO E OBJETIVOS**

## 1 INTRODUÇÃO

A preocupação com os processos e a qualidade das ações em saúde vem sendo pauta importante para as instituições reguladoras dos serviços de todos os países, primando pela oferta de resultados seguros. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançou diversas orientações e protocolos com desejo de reduzir a gravidade e o número de casos de pessoas afetadas por situações adversas ao cuidado, que além da segurança, objetiva diminuir gastos em saúde (BRASIL, 2013a).

Neste contexto, as ações desenvolvidas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que vigora no Brasil desde 2013, colaboram com a melhoria constante da qualidade em saúde (BRASIL, 2013a). A partir das evidências de atos inseguros como complicadores da saúde dos pacientes, os profissionais e gestores de saúde passaram a perceber que com o advento científico, a maneira de oferecer o cuidado em saúde também precisava ser revista. A partir disso, o conceito de qualidade e segurança passam a ser difundidos para os serviços de saúde como uma maneira de incentivo a melhoria do cuidado e às boas práticas. De acordo com o Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, alguns conceitos importantes, propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), norteiam as instituições para a organização desta tendência de cuidado quanto a segurança do paciente: redução a um mínimo aceitável do risco de ocorrência de algum dano desnecessário decorrente de ações de cuidado; dano: comprometimento do indivíduo (lesão, sofrimento, agravo, disfunção, incapacidade, doenças e até a morte), de ordem física, social ou psicológica; risco: probabilidade de um incidente acontecer; incidente: evento ou circunstância que pode resultar ou resultou em algum dano desnecessário ao paciente, não decorrente de sua patologia de base; circunstância notificável: incidente potencialmente capaz de causar dano; *near miss*: incidente que não chegou a atingir o paciente (que poderia acontecer, mas devido a atenção ao cuidado, o problema foi verificado com antecedência); evento adverso (EA): incidente que resulta em algum tipo de dano ao paciente (BRASIL, 2014).

Evidenciando a qualidade e segurança das ações em saúde como reflexos importantes no desfecho das patologias, diversos estudos (OLIVEIRA et al., 2015; CAMPIONE; FAMOLARO, 2018; SCHWENDIMANN, et al., 2018) estão sendo realizados em todo o mundo, movidos pelo interesse em revelar a extensão da insegurança no cuidado, buscando soluções para isso. Um exemplo notável é o Estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos (IBEAS) realizado em 2010, compreendendo 58 hospitais em cinco diferentes países da América Latina: Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru, que se dispuseram a

evidenciar os EA que pudessem estar acontecendo em suas instituições hospitalares. Os dados, revelados após um desenho transversal de pesquisa, expuseram que quase 60% dos EA avaliados foram considerados evitáveis, com uma taxa de prevalência de eventos não relacionados à patologia de base de 10,5%, inclusive gerando incapacidade e óbito ao indivíduo. A partir disso, o estudo inferiu que o fato pode ser considerado um problema de saúde pública entre os locais participantes, necessitando continuidade de estudos para aprimoramento de medidas de segurança em saúde (ARANÁS et al., 2011). De acordo com o Instituto Brasileiro de Segurança do paciente (IBSP), cerca de 220 mil pessoas vão a óbito por falhas na assistência hospitalar, ou seja, em decorrência de EA evitáveis em saúde (ZAMBON, 2015).

O tema segurança do paciente relacionado aos procedimentos em saúde e os aspectos individuais dos pacientes almeja componentes pertinentes ao dano e suas causas, as soluções e o impacto causado, com objetivo de transformar os erros em um cuidado mais seguro. Evidencia-se então a necessidade da contínua avaliação, sob diferentes óticas, de todos os aspectos que se relacionam à segurança nas tecnologias e cuidado em saúde (BRASIL, 2014). O conhecimento destes fatos nos diferentes cenários do cuidado é importante para gestores, profissionais e para os próprios pacientes. A partir disso, é possível modificar condutas que possam levar aos incidentes, provocando perdas emocionais, físicas e econômicas aos envolvidos (MENDES et al., 2013).

Com o objetivo de contribuir para a melhora clínica dos enfermos, a área da saúde utiliza diversas tecnologias, como o desenvolvimento das diferentes formas de oferta de nutrição e hidratação, com auxílio de dispositivos como sonda nasoenteral (SNE). A via de acesso enteral, além do aporte nutricional, também pode ser utilizada para administração segura de medicamentos em pacientes impossibilitados de oferta via oral ou com a deglutição prejudicada (GIMENES; REIS, 2015). Permite a condução de nutrientes do meio externo para o trato gastrointestinal e é uma escolha bastante comum em ambientes com pacientes em estado de saúde grave, como em unidades de tratamento intensivo (UTI). As rotinas de cuidados referentes ao seu uso podem variar de acordo com protocolos institucionais, porém, é imprescindível a tomada de cuidados básicos, para que a viabilidade do acesso seja mantida (PEREIRA et al., 2013). Ao debater sobre a inserção desta via, pode-se imaginar um procedimento pouco invasivo, comparado à imensa tecnologia atual em saúde. No entanto, mesmo que isto realmente se confirme, existe a possibilidade de complicações graves, tanto associada a inserção do cateter enteral quanto a sua manipulação (GIMENES; REIS, 2015).

Cervo et al. (2014) avaliaram 46 pacientes internados em unidade de terapia intensiva e clínica médica em um hospital universitário no interior do Estado do Rio Grande do Sul,

investigando os EA associados à terapia nutricional enteral. A maioria dos pacientes fazia uso de SNE e apresentava taxa de obstrução de sonda de 2,1%. Outro aspecto avaliado foi a saída inadvertida da sonda, que aconteceu em 43,5% dos casos, sendo que o maior número de pacientes estava internado na área de clínica médica.

Sendo assim, mostra-se relevante a avaliação de rotinas voltadas para os cuidados com a administração de dietas e também medicamentos via SNE, pois a literatura atual (ANDRÉ et al., 2017) demonstra baixo índice de especificidades para a localização correta da sonda, forma de administração compatível de medicamentos, infusão efetiva da dietoterapia, além de outros eventos passíveis de prejudicar o indivíduo acometido por esta necessidade.

Almejando colaborar com a produção científica a respeito da segurança em relação ao uso da sondagem enteral, bem como o aprimoramento da qualidade do cuidado, faz-se necessário o desenvolvimento de estudos e levantamento de dados nas instituições de saúde. Neste sentido, a Universidade de São Paulo (USP), precisamente o Departamento de Enfermagem, vem trabalhando esta temática, a partir de um estudo multicêntrico, que visa investigar incidentes relacionados a sondagem enteral em oito diferentes hospitais do Brasil (GIMENES; REIS, 2015). Em um esforço de continuidade e de parceria com esse estudo multicêntrico, o presente projeto constitui-se em um desdobramento dessa pesquisa maior, ao analisar dados provenientes de um hospital localizado na 28ª região de saúde do Rio Grande do Sul.

A partir disso, e propondo discutir vários aspectos que envolvem o assunto, a presente dissertação apresenta o seguinte **problema de pesquisa**: existe relação entre dados socioeconômicos, demográficos e clínicos de pacientes hospitalizados em uso de SNE e a ocorrência de incidentes, na perspectiva da segurança no cuidado do paciente?

## **2 CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DA SONDAÇÃO ENTERAL E A SEGURANÇA DO PACIENTE**

No Brasil, a prática de sondagem enteral é bastante difundida entre os serviços e profissionais de saúde. Em um estudo realizado em 2014, em duas UTI da região nordeste, investigou-se a prática utilizada para a medida de introdução da sonda, constatando que essa função, bem como a certificação do posicionamento, compete ao enfermeiro, utilizando a prática de medida do cateter a partir do lóbulo da orelha, asa do nariz e apêndice xifoide, acrescentando 20/25 centímetros. Para contemplação do posicionamento adequado da sonda, realizava-se, majoritariamente, a técnica de ausculta, através da insuflação de ar com uma seringa de 20 ml, na extremidade externa do equipamento, utilizando um estetoscópio posicionado na região epigástrica, procurando identificar o som do ar ao ser insuflado (FREITAS et al., 2014). Avaliando esta prática, recorrente no âmbito da saúde, é possível imaginar que a ocorrência de incidentes pode ser identificada, mesmo a sondagem sendo um procedimento realizado à beira do leito.

Infelizmente, as ações no âmbito da saúde são passíveis ao erro. Órgãos reguladores como a OMS, vem investigando as principais causas de danos evitáveis aos pacientes, considerando que os mais comuns são as infecções, erros relacionados aos fármacos e lesões relativas a equipamentos e dispositivos médicos. Neste contexto, a responsabilidade em evitar incidentes causadores de prejuízos ao paciente é também uma responsabilidade dos serviços de saúde (WHO, 2009a). Países como Portugal, revelaram que em 2011 a incidência de eventos adversos em ambiente hospitalar foi de 11%. Outra análise informou que mais da metade dos casos foram situações consideradas evitáveis, acarretando um aumento no número de dias de internação hospitalar em 58,2% das situações. Número aproximado também foi relatado por locais como Canadá (7,5%), Inglaterra (10,8%), Dinamarca (9%), Suécia (12,3%) e Nova Zelândia (12,9%) (CORREIA; MARTINS; FORTE, 2017).

No Brasil, a exemplo do modelo do estudo IBEAS, foram avaliados quatro hospitais gerais da região sudeste do país, sendo três públicos e um privado, objetivando verificar a prevalência de EA, a partir de 695 prontuários, que passaram por dois métodos de triagem, com profissionais selecionados em cada hospital para realizar a pesquisa. Por fatores específicos alguns pacientes foram excluídos, restando 387 avaliações, onde foram caracterizados 191 incidentes. Quanto aos fatores de risco, ou seja, potenciais causadores de um EA, foram caracterizados em intrínsecos (relacionados a patologias de base) e extrínsecos (relacionados ao cuidado hospitalar, entre eles o uso de nutrição enteral). O resultado do estudo revelou que

a maioria dos pacientes era do sexo masculino, com idade média de 63 anos, sendo a hipertensão arterial o diagnóstico mais prevalente, seguido pelo diabetes e câncer. No entanto, em 66% dos casos o EA esteve vinculado a algum procedimento de saúde, entre eles 14,2% estiveram associados a uso de sonda nasogástrica ou nasoenteral, com significância estatística comprovada (MENDES et al., 2018). Já na Irlanda, a ocorrência de EA foi encontrada em maior número no sexo feminino, embora a prevalência foi muito próxima ao número revelado pelo estudo brasileiro (RAFTER et al., 2017).

Estudo recente avaliou, entre outros aspectos, a segurança do paciente na perspectiva de alta hospitalar da UTI direto para casa, evitando a permanência de internação prolongada em outros setores do hospital, como a clínica médica por exemplo. Tal fato não é corriqueiro e pode causar estranheza na rotina dos serviços de saúde, porém, vem ao encontro da perspectiva de segurança ao paciente à medida em que atenua o número de transições no cuidado, diminuindo as chances de EA, além da redução do período de internação, diminuindo a exposição aos riscos decorrentes do processo de hospitalização (SAFAVI, K.; WIENER-KRONISH, J.; HANIDZIAR, D., 2018).

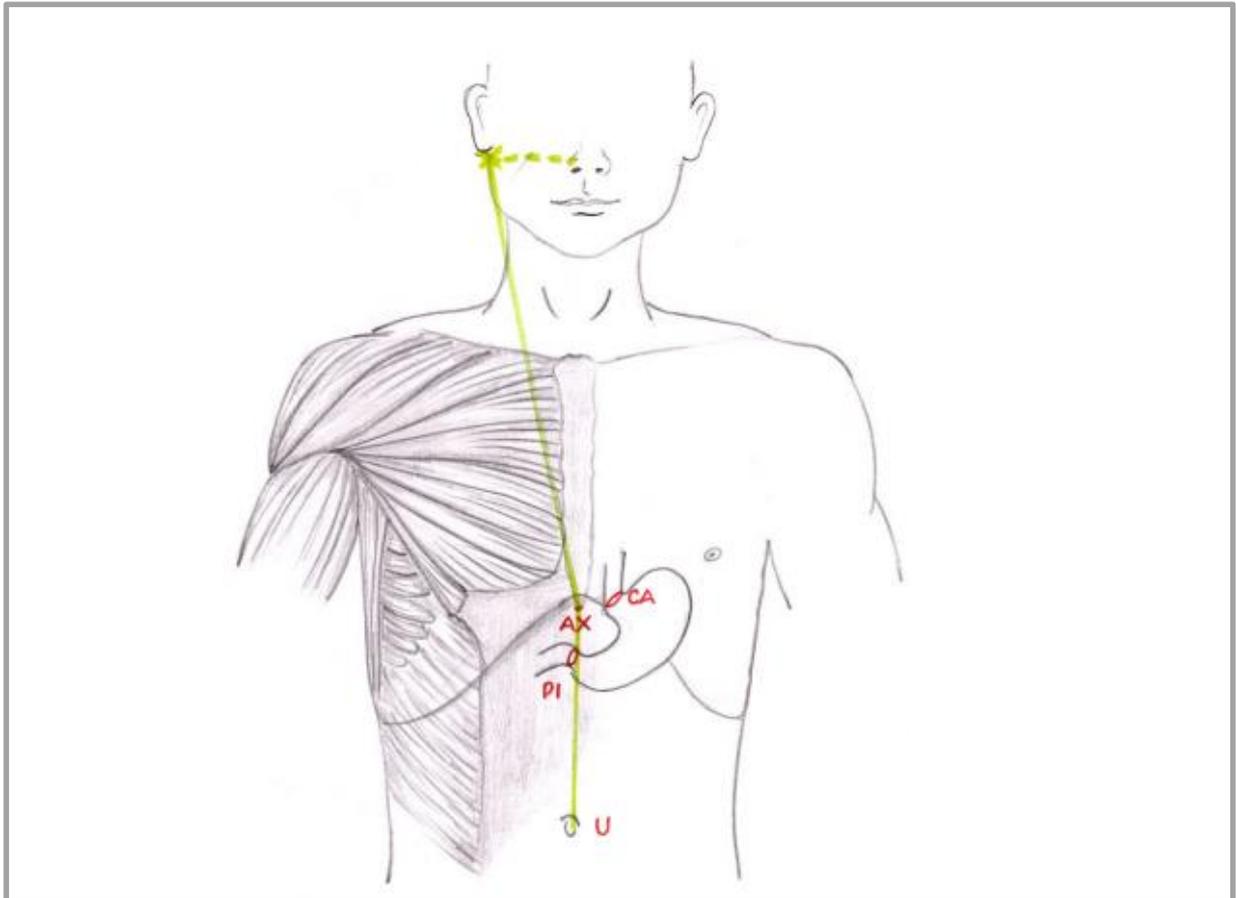
## **2.1 Sondagem enteral**

A partir da necessidade de restaurar o aporte nutricional apresentado por sujeitos incapacitados de suprir a ingesta calórica suficiente pela via oral, faz-se uso da terapia nutricional enteral, com objetivo de reduzir complicações infecciosas, nutrir e restaurar a flora intestinal. Além disso, seu uso está associado a uma necessidade clínica de muitas patologias. Pacientes com lesões mandibulares, de cavidade oral, desnutrição severa, neoplasias, queimaduras, quadros infecciosos graves, doenças intestinais inflamatórias, são frequentemente submetidos a sondagem enteral (ALTOMARE et al., 2015).

A SNE é frequentemente utilizada, vista como uma ferramenta fácil e economicamente acessível. Sua apresentação varia em tamanho e diâmetro (8-12Fr considerado tamanho pequeno e maior que 14Fr considerado tamanho grande), além de diversas marcas existentes no mercado. Comumente indicada para pessoas com quadros de disfagia ou para melhora do aporte nutricional. Em alguns casos, pacientes propensos a complicações pulmonares secundárias a aspiração de conteúdo oral também são submetidos ao uso de sondagem nasoenteral. No entanto, um estudo realizado com 147 pacientes, avaliando a condição de deglutição de pequenos conteúdos, não apresentou diferença entre o risco de aspiração com ou sem o uso do dispositivo (KIM, et al., 2018).

Malta et al. (2013) constataram que as medidas seguras para administração de dieta enteral podem ser verificadas pela distância entre o lóbulo da orelha e o apêndice xifoide, e também esta distância, somada ao ponto médio da cicatriz umbilical, diminuindo a distância entre o lóbulo da orelha e a asa do nariz. A medida varia de acordo com cada indivíduo, considerando sua antropometria. Para prevenir o refluxo gastroesofágico e favorecer a nutrição, o posicionamento ideal, segundo Hanson (1979), é a extremidade distal do antro estomacal. A figura 1 ilustra a medida preconizada para inserção da SNE.

**Figura 1:** medida para inserção de sonda enteral.



Fonte: MALTA, M. A.; et al., 2013.

Explorando as possibilidades de acesso da via enteral, podemos utilizar além da sonda nasoentérica outros dispositivos, como sonda nasogástrica e ostomias, cuja escolha dependerá também das condições de deglutição do paciente, visto que a disfagia parece ser o maior fator a indicar a gastrostomia, por exemplo. Uma pesquisa realizada em hospital geral em Alagoas avaliou 229 pacientes internados, em uso de vias alternativas para alimentação. Neste caso, o maior número de pessoas foi do sexo masculino e a idade prevalente foi de 60 a 80 anos. Em relação às enfermidades, concordando com o estudo de Silva e Silveira (2014), a patologia mais

prevalente foi a neurológica. Porém, a desnutrição e a pneumonia foram associadas como alterações clínicas visíveis (NOGUEIRA; CARVALHO; MELO, 2013).

De acordo com estudo de Anziliero et al. (2017), os principais motivos para indicação de sondagem enteral, em que foram avaliados pacientes internados em uma unidade de emergência geral, considerando os dois primeiros dias de internação, foram o rebaixamento do nível de consciência, inapetência, disfagia, necessidade de suporte ventilatório mecânico, desnutrição e reinserção da sonda em pacientes que vieram de seus domicílios até o serviço para tal. Neste caso, concluíram que na maioria das inserções (124 de 150), a sonda foi veículo para administração de dietoterapia, água e/ou medicamentos. Afirmam ainda que em 17,4% dos casos não houve utilização da sonda 72 horas após sua colocação e a necessidade de reintrodução da sonda foi por retirada inadvertida pelo próprio paciente ou deslocamento acidental. Para Mohiuddin et al. (2017), a inserção de sondas enterais é um procedimento rotineiro em enfermarias clínicas e cirúrgicas e propenso a complicações. De maneira geral, a escolha de pacientes em condições de submeter-se ao procedimento bem como a técnica corretamente utilizada, tendem a minimizar os eventos adversos favorecendo o cuidado seguro.

Outro aspecto importante está relacionado à administração de medicamentos, pois devido ao contato entre as drogas e a dieta enteral, podem ocorrer interações fármaco-nutrientes capazes de produzir interferência do estado nutricional pelos fármacos e/ou a situação oposta. Há a possibilidade de desequilíbrios entre a associação de medicamentos e nutrição enteral e, neste sentido, pacientes hospitalizados e em uso de SNE podem estar mais susceptíveis, visto que frequentemente recebem diversos medicamentos diferentes concomitantemente com a dietoterapia. É de extrema importância que as prescrições de medicamentos sejam farmacologicamente adequadas para a administração enteral, com preferência para fármacos em estado líquido, evitando assim problemas de obstrução do cateter enteral, além do aprazamento adequado, evitando interações danosas entre fármaco-nutrientes (ANTUNES; LO PRETE, 2014).

Importante mencionar que existe a possibilidade da utilização desta via no ambiente hospitalar e também domiciliar. Neste sentido, estudo realizado em Minas Gerais identificou o perfil epidemiológico e nutricional apresentado por pacientes em uso de terapia nutricional enteral, a nível municipal. Constatou a média de idade dos indivíduos em 67,5 anos e prevalência de mulheres. Em relação às patologias, predominaram as de fundo neurológico, e em segundo plano as neoplasias, seguidas de outras doenças. A sonda nasoentérica foi utilizada na maioria dos casos, porém, alguns fizeram uso de sonda nasogástrica e gastrostomia, que

também são opções para nutrição enteral, esta última principalmente em casos de longa permanência da necessidade de aporte nutricional enteral (SILVA; SILVEIRA, 2014).

Outra gama de pacientes que utiliza a via enteral para complemento ou totalidade da oferta nutricional, são os pacientes oncológicos. Em estudo recente comparando maneiras de oferta nutricional enteral a pacientes submetidos a radioquimioterapia, diagnosticados com carcinoma de esôfago, o uso da sonda foi relacionado a piora da disfagia ou a piora da dor durante a alimentação por via oral durante o tratamento. Porém, sugeriu-se uma avaliação endoscópica cuidadosa para avaliar a população em uso de sonda, neste caso, visto que o dispositivo deveria servir como um benefício ao aporte nutricional (YU, et al., 2018).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA), preconiza frequentemente o uso de sondas para alimentação em pacientes oncológicos. Como a maioria destes pacientes mantém o uso desta via por períodos prolongados, devido a condição clínica e ao tratamento, a instituição disponibiliza um manual para pacientes e familiares, contendo orientações importantes para cuidados no domicílio. O material esclarece desde o procedimento de colocação do dispositivo, administração de dieta e medicamentos, possíveis problemas decorrentes do uso da sonda e locais onde procurar auxílio caso o problema persista (INCA, 2017).

Narula et al. (2018) avaliaram ensaios clínicos publicados na literatura analisando a eficácia da terapia nutricional comparada a ingestão de corticosteroides em pacientes com Doença de Crohn ativa. Concluíram que a nutrição enteral tem efeito positivo, e deve ser considerada em pacientes pediátricos e adultos que tolerarem o uso da SNE ou mesmo que consigam ingerir a alimentação enteral por via oral.

Estudo retrospectivo realizado na Unicamp, abordando gastrostomias cirúrgicas e suas complicações, também afirmou a indicação de alimentação enteral em casos de dificuldade de deglutição, incluindo causas neurológicas, traumas faciais, obstruções da via alimentar por neoplasias ou estenoses, além de estados clínicos hipercatabólicos e doenças específicas, como Crohn e fibrose cística. Os autores afirmam que em casos onde a limitação alimentar é temporária, a indicação é fazer uso da sonda nasoentérica. Porém, ressaltam que essa também pode apresentar limitações, a exemplo da obstrução pela infusão de dieta sem o cuidado adequado, o deslocamento e necessidade de trocas periódicas. Levantam ainda o custo elevado e a indisponibilidade de alguns serviços, o que não parece condizer com dados referenciados por outros estudos. No entanto, seguem abordando o uso da gastrostomia para casos de aporte nutricional enteral a longo prazo, além de outras indicações (ANSELMO et al., 2013).

Por outro lado, a nutrição enteral deve ser utilizada de maneira cautelosa em pacientes criticamente enfermos, hemodinamicamente instáveis, com presença de aspirado gástrico de

volume superior a 500ml, hipoxemia e acidose metabólica, complicações intestinais descompensadas e fístulas. Caso não existam evidências consistentes, a escolha da via enteral para alimentação, nestes casos, deve ser adiada (BLASER et al., 2017).

De acordo com Ciosak et al. (2011), a escolha da via enteral deve considerar a condição clínica do indivíduo, o tempo previsto de permanência da sonda e a possibilidade de complicações. Também é importante a escolha de um produto de qualidade, sendo que na SNE a principal característica é sua composição (poliuretano), sendo um material maleável, com baixo risco para irritações locais e broncoaspiração. A necessidade de ser um material radiopaco, ou seja, visível ao raio X, influencia muito na confirmação da localização do dispositivo no organismo. Outra facilidade é a conexão em Y, possibilitando adaptar equipo de dieta e seringas, diferentemente das sondas nasogástricas, que apresentam apenas uma via de acesso. Durante a infusão de dietoterapia, é importante seguir as orientações da prescrição e manter o controle via bomba de infusão para dieta enteral.

Quanto à administração de dieta enteral, a responsabilidade fica a cargo do enfermeiro e equipe de enfermagem (técnico e auxiliar de enfermagem), que devem atender às demandas quanto a higiene e técnicas para instalação do produto, de acordo com a via de administração. Cabe ao enfermeiro ainda capacitar sua equipe para a referida função, primando sempre pela segurança do paciente. São necessários também equipamentos específicos para a infusão da dietoterapia, como bombas de infusão, que regulam a velocidade de gotejo do produto, equipos, frascos específicos (no caso de a infusão ocorrer em sistema aberto, como ocorre no domicílio por exemplo). É importante ressaltar ainda que no caso de alterações apresentadas pelo paciente referentes a infusão de dieta, a equipe de enfermagem deve imediatamente tomar providências cabíveis, evitando ocorrência de danos ao indivíduo, primando pelo atendimento humanizado e seguro (BRASIL, 2000).

## **2.2 Perfil de cuidado baseado na Escala de Fugulin**

A Escala de Gradação de Complexidade proposta por Fugulin (ANEXO A) é utilizada amplamente em unidades hospitalares como Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) para prover o dimensionamento da equipe de enfermagem. Seu uso é preconizado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que normatiza a atuação profissional das equipes de enfermagem no país, pois resulta no conhecimento da complexidade do paciente, elegendo assim a condição de cuidado que este requer (COFEN, 2017).

A partir desta escala, é possível eleger o grau de complexidade que o paciente necessita, considerando suas condições de saúde no momento da avaliação, que é realizada pelo profissional enfermeiro. A avaliação compreende nove áreas do cuidado (estado mental, oxigenação, sinais vitais, motilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminações e terapêutica), gerando a classificação do paciente como demanda de cuidado intensivo, semi intensivo, de alta dependência, intermediário e mínimo. O sistema de classificação de pacientes é considerado um instrumento que possibilita a alocação adequada de recursos de enfermagem, que notoriamente refletem na qualidade da assistência prestada ao paciente, bem como na organização dos serviços de saúde, pois proporciona identificar e classificar os sujeitos em grupos ou categorias, dimensionando assim a organização das equipes de cuidado (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005).

Segundo estudo realizado com pacientes internados na clínica médica de um hospital universitário de Fortaleza - CE, identificou-se a importância da classificação dos níveis de cuidado exigidos pelos pacientes para a organização das equipes de enfermagem, emergindo vários aspectos preocupantes, inclusive para a saúde dos próprios profissionais, quando o dimensionamento da equipe não estava amparado pela classificação correta com o nível de cuidado exigido. Também, evidenciou-se que a maioria dos pacientes clínicos exigia cuidados mínimos, considerando 900 observações, visto que um mesmo paciente pode ter sido avaliado em mais de um momento, devido ao período de internação. Neste estudo, a maioria dos pacientes representou necessidade de cuidados mínimos, conforme Fugulin, e autossuficientes para a condição de alimentação, necessidade esta que se fez mais presente nos pacientes com maior exigência de cuidados (NOBRE et al., 2017).

Em contrapartida, considerando um ambiente de cuidado intensivo, como uma Unidade de Tratamento Intensivo Cardiológico por exemplo, a utilização da classificação de pacientes por grau de risco é uma estratégia gerencial para a qualidade da assistência prestada, visto que delimita eficazmente o número de profissionais de enfermagem para atender as vulnerabilidades dos usuários em dado momento. Respeitadas estas adequações, alguns indicadores de qualidade podem ser mantidos ou melhorados, como as taxas de infecção hospitalar, prevenção de alterações na integridade da pele dos pacientes, cuidado centrado no indivíduo, além da satisfação do próprio paciente e da equipe que o atende, que conseguirá desempenhar sua atividade de maneira adequada e satisfatória (PIAS et al., 2015).

### **2.3 Segurança do paciente**

Atualmente, a segurança para os pacientes submetidos a procedimentos e tratamentos de saúde vem sendo fortemente debatida. Desde 2004, com o desenvolvimento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente proposta pela OMS, cujo objetivo central é promover conhecimento para uma atenção mais segura, tem se falado em viabilizar investigações e publicar dados relativos a eventos que possam comprometer a segurança na saúde, reduzindo assim os índices de danos secundários ao cuidado, que além de injúrias ao indivíduo, oneram os serviços de saúde desnecessariamente (WHO, 2008).

A necessidade de incluir aspectos relativos a segurança e qualidade dos serviços de saúde é extremamente contemporânea, embora já venha sendo debatida a mais tempo. Para comprovar este fato, a OMS vem aprimorando estudos para incluir eventos relacionados à segurança do paciente na Classificação Internacional de Doenças (CID), em sua reformulação. Tal fato se deve a exígua relação dos incidentes com o desfecho dos quadros clínicos dos pacientes, principalmente em ambientes hospitalares, onde a ocorrência de EA é frequentemente estudada (FORSTER et al., 2017).

Para Cardo (2014), a importância da segurança do paciente nos ambientes de saúde não compete somente aos serviços, e sim a todos os envolvidos, inclusive o próprio usuário. Para isso, as informações básicas e os números dos registros são imprescindíveis, e devem ser valorados pelos governantes, pacientes, investidores e instituições de saúde como um todo, trabalhando em prol do desenvolvimento de ações para o suprimento de problemas.

Sherman et al. (2009) afirmam que a segurança do paciente é determinada a partir da inexistência de sinistros associados ao cuidado em saúde, sendo o incidente um acontecimento capaz de desencadear um dano desnecessário ao indivíduo e seu estado clínico, que não seria causado isoladamente pela enfermidade que o aflige. Neste sentido, classificam o incidente como um fato passível de acontecer, mas controlável; um incidente sem danos, por exemplo: um erro de dose medicamentosa que não cause nenhum efeito indesejado, ou um incidente que gere prejuízo, que para melhores definições de causa e efeito, podem ser agrupados em categorias com significância clínica. Para a World Health Organization (WHO), o tema implica-se nas condutas dos profissionais de saúde, que precisam estar atentos aos cuidados que oferecem, a pois partir do momento em que este incidente provoca algum tipo de dano ao paciente, ele se configura como um EA (WHO, 2009b).

Para O'CONNOR et al. (2010), os eventos adversos são cada vez mais atribuídos a serem fonte de prejuízos aos pacientes, e desde a década de 90, a saúde mundial tem se voltado para isso, com objetivo de ofertar maior qualidade no cuidado. Relatam também que os próprios pacientes entendem a importância da segurança, pois 42% afirmaram já ter sofrido algum

incidente ou evento adverso consigo ou com algum parente. Normalmente, os pacientes os consideram como não evitáveis, pois atribuem a erros de medicação, erros de enfermagem, problemas com equipamentos e diagnósticos incorretos, relacionado sua ocorrência basicamente ao dimensionamento da equipe de cuidado. No contexto da equipe de saúde, o acontecimento de um evento adverso e a conduta tomada para sua correção ou medidas de treinamento, pode levar a conflitos interprofissionais.

A partir do alto índice de EA observados no âmbito da saúde, a concepção de práticas mais seguras passou a ser visivelmente debatida. Estima-se que 4 a 16% de pacientes em países desenvolvidos tenham sofrido algum incidente relacionado à assistência em saúde, na maioria dos casos relacionado a eventos adversos, ou seja, situações de danos evitáveis em saúde, que além de prejuízos por vezes irreversíveis a saúde, provocam gastos desnecessários (BRASIL, 2017b).

Importante ressaltar a inclusão de questões relativas à segurança do paciente em documentos como a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Anvisa, de nº 63, de 25 de novembro de 2011, balizando boas práticas nos serviços de saúde, incluindo a atenção e gerenciamento da segurança do paciente. De acordo com ela, o objetivo principal se dá na contribuição da qualificação do cuidado prestado em todos os serviços de saúde do país, com a intenção de redução e controle de riscos aos indivíduos e ao meio ambiente. Considera como práticas indispensáveis o gerenciamento da qualidade, a organização dos serviços com recursos humanos, tecnológicos e de regulamentação técnica para funcionamento adequado, além de ações estratégicas direcionadas à segurança do paciente, como por exemplo: identificação clara dos pacientes, higienização adequada das mãos, controle de EA, cirurgias seguras, administração segura de medicamentos e hemoderivados, sistema de prevenção de quedas de pacientes, prevenção de lesões por pressão e estímulo a participação do próprio paciente na assistência a ele oferecida (BRASIL, 2011).

Neste contexto, impulsionados pela anteriormente citada Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, as políticas públicas brasileiras voltadas ao tema tiveram início a partir da Portaria nº 529 de 01 de abril de 2013, onde o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Sua principal estratégia é promover o auxílio para que as instituições de saúde consigam implementar ações e cultura de segurança em seus ambientes, refletindo a complexidade do cuidado atualmente prestado, anteriormente simples e seguro, agora exposto a uma abordagem complexa e efetiva, porém vulnerável em sua qualidade (BRASIL, 2014; 2013b).

De acordo com o MS, o evidente número de situações graves decorrentes da insegurança do cuidado e o baixo investimento necessário para sanar este problema, motivou a OMS a determinar os seis protocolos básicos de segurança do paciente: identificação do paciente, prevenção de úlcera por pressão, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, cirurgia segura, prática de higiene das mãos em serviços de saúde e prevenção de quedas. Em comum, tais objetivos tem as características de desenvolver protocolos de cuidados nas instituições de saúde, buscando uma assistência mais segura a partir da melhoria da comunicação multiprofissional e o gerenciamento de riscos (BRASIL, 2016).

Nas instituições, a organização do PNSP se dá através dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), implementados para ampliar o conhecimento, acesso e notificações referentes às questões de segurança, que devem ser conhecidas por gestores, profissionais e pelos próprios pacientes, que devem ser discutidas por gestores, profissionais e pelos próprios pacientes. (BRASIL, 2013b). Conforme o Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 15: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde, que é alimentado pelas informações prestadas pelos NSP, no ano de 2016 foram registrados 53.997 incidentes, sendo que mais de 50.000 ocorreram no ambiente hospitalar, e as unidades de internação os setores onde mais foram evidenciados. Dentre estes, 3.565 incidentes registrados estiveram relacionados a perda ou obstrução de sondas, bem como 276 óbitos foram registrados como decorrentes de EA ligados à assistência à saúde (BRASIL, 2017b).

A respeito da cultura de segurança, interpretação do termo partiu de outras áreas do conhecimento, onde o risco para danos encontrava-se bastante presente, como na aviação e práticas nucleares, e vindo atualmente a ser utilizado no âmbito da saúde. No entanto, diversos aspectos sobre o tema já estão clarificados, por exemplo: incentivo a colaboração entre multiprofissionais de saúde, reconhecimento dos riscos na área da saúde e movimentos para práticas seguras, recursos destinados a segurança dos serviços de saúde e exercício de notificações de erros livres de culpabilizações e punições. Tais práticas somente serão desenvolvidas a medida que a cultura de segurança esteja sistematicamente inserida em todas as etapas do cuidado, visando o compartilhamento de valores, atitudes e comportamentos voltados ao cuidado seguro e a promoção destas práticas (REBRAENSP, 2013).

A promoção de uma cultura organizacional de segurança, apoiada pelos gestores, pode ser o gatilho para práticas mais seguras, embasadas na comunicação eficaz, no trabalho em equipe e no compartilhamento de saberes (KAWAMOTO et al., 2016). Contudo, persiste a necessidade de estratégias que busquem maiores resultados para a efetiva implementação da cultura de segurança nas instituições de saúde. Estudo americano realizado sob esta perspectiva,

relata que os principais recursos utilizados neste sentido foram o planejamento das condutas de melhoria, partilhados entre gestão e funcionários, implementação de uma rotina de segurança, com divulgação dos resultados atingidos com o uso das práticas, além da promoção de atitudes educacionais (CAMPIONE; FAMOLARO, 2018).

Como nem todas os processos são aprovados de maneira equânime pelos serviços de saúde, existem aqueles que não se dispõem a reiterar suas práticas buscando estratégias para melhoria da segurança do cuidado prestado. Conforme pesquisa realizada em Fortaleza, uma determinada equipe de enfermagem enfatizou como fatores complicadores da cultura de segurança a carga de trabalho, a rotatividade, o trabalho em equipe, qualificação técnica, a insegurança em relação as práticas desempenhadas e as divergências comportamentais em relação ao tema, ou seja, nem todos consideram importantes a verificação da prática segura (OLIVEIRA et al., 2015).

Anteriormente à implantação do PNSP em 2013, os órgãos de vigilância brasileiros, como a ANVISA, já investiam no estímulo aos serviços de saúde em participar de programas de acreditação ou qualidade, que também primam pelas ações seguras e incentivam a notificação de incidentes. Da mesma forma, o incentivo à prática de relatar os acontecimentos indesejados para que sejam registrados e corrigidos contribui positivamente para a cultura de segurança. O conhecimento dos fatos a partir da análise dos registros informatizados, tende a trazer informações consistentes para a tomada de decisões das equipes e dos gestores de saúde quanto a segurança do paciente, ampliando a oferta de cuidado na perspectiva da qualidade que a atenção a saúde requer. Inclusive, a exemplo de países desenvolvidos como Inglaterra, Estados Unidos, Austrália e Canadá, que já exercitam a cultura de segurança a mais tempo, os pacientes também podem acessar as plataformas digitais nacionais e realizar notificações *on line*, relatando incidentes e eventos adversos (CAPUCHO; CASSIANI, 2013; BRASIL, 2014).

Uma revisão versando sobre a ocorrência, tipos, consequências e evitabilidade de EA no ambiente hospitalar identificou que os erros estão frequentemente associados a problemas relativos ao cuidado prestado, diretamente relacionados à condição de cuidado que o paciente exige e a equipe que o atende. Em relação à equipe, pode envolver fatores peculiares do ambiente de trabalho, e que se as metodologias de segurança falharem, favorecem o acontecimento do EA (SCHWENDIMANN, et al., 2018).

#### **2.4 Incidentes relacionados à sondagem nasoenteral**

Para Reason (1995), a falha humana representa um risco importante para a eficácia dos serviços, incluindo as instituições de saúde, ponderando que a falibilidade humana pode ser moderada, mas dificilmente eliminada por completo. Para o autor, as circunstâncias não podem ser isoladas dos fatos, ou seja, as condições de trabalho podem influenciar o acontecimento de ações inseguras. No entanto, afirma que mudanças relativamente pequenas podem ser revertidas em ganhos importantes em relação a segurança.

Um incidente não é um fato isolado, pois envolve particularidades do serviço de saúde e do paciente/familiar. No entanto, a medida que há notificação e investigação dos fatos que provocam a insegurança, há como potencializar a qualidade do cuidado em saúde, utilizando-se do conhecimento e tratamento dos EA como ferramentas de melhorias nos processos (WHO, 2009b).

Exemplo de que diversos aspectos podem estar envolvidos nas ações desempenhadas pelas pessoas, neste contexto relacionados a pacientes em uso de SNE, é o estudo de Silva e Silveira (2014), revelando que 38,1% dos envolvidos (pacientes e cuidadores) que deveriam utilizar a terapia nutricional enteral no domicílio apresentaram medo e insegurança para tal função, mesmo após ter recebido orientações prévias a alta hospitalar. O mesmo estudo verificou que houve necessidade de retorno ao ambiente hospitalar, cuja maioria das causas foi devido à pneumonia aspirativa e necessidade de reintrodução da sonda nasoenteral.

Conforme Mordiffi et al. (2016), a localização inadvertida de uma sonda de alimentação, por exemplo no trato traqueobrônquico, pode levar a complicações respiratórias, e o fato da inserção da sonda ser realizada a beira do leito, as cegas, praticamente na totalidade dos casos, este fato poderá ocorrer. Tal fato pode resultar em complicações irreversíveis, da aspiração de conteúdo infundido até a morte. De acordo com o Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra, entre 2005 e 2010 foram registrados 21 óbitos e 79 casos de danos relacionados a inadequações de SNE. Pneumotórax também é uma complicação descrita. Neste sentido, após a inserção e antes da manipulação deste tipo de cateter, o mesmo deve ser testado e confirmada sua localização.

É importante ressaltar que existem alguns métodos disponíveis para verificação do posicionamento, por exemplo: ausculta epigástrica, verificação de pH em aspirado gástrico, detecção de CO<sub>2</sub> por capnografia, bilirrubina ou teste enzimático em aspirado gástrico e o padrão ouro que é a verificação com exame de raio X. Este último método é facilmente executado, embora exista a necessidade de submeter o paciente a radiação provocada pelo exame. É capaz de admitir um curto tempo entre a confirmação e a necessidade de alguma

intervenção frente ao posicionamento inadvertido, porém, a ausculta epigástrica ainda é a técnica mais utilizada (MOHIUDDIN et al., 2017).

Um estudo desenvolvido em Cingapura projetou cenários clínicos diferentes e verificou a tomada de decisão dos profissionais enfermeiros mediante situações de risco relacionadas a SNE e infusão de dieta. O estudo identificou que a maioria dos profissionais tomaria uma atitude de cuidado em relação a estar em dúvida quanto ao posicionamento da sonda, seja realizando mais de um teste confirmatório ou mesmo solicitando auxílio de um colega. Porém, a maioria lançaria mão do teste de verificação do nível de pH, e somente uma pessoa escolheria a realização de um raio X. No entanto, sob a perspectiva de segurança do paciente, as ações realizadas em uma instituição de saúde devem ser padronizadas, evitando que os profissionais realizem práticas não condizentes com a segurança e qualidade do serviço (CHAN et al., 2012).

Para Pereira et al. (2013), que avaliaram as causas de retirada não planejada do acesso enteral em ambiente hospitalar de terapia intensiva, considerando SNE, jejunostomia e gastrostomia, 50% das causas foram atribuídas a retirada pelo próprio paciente, 36% por obstrução da via e 14% por outras causas. Em relação às SNE, a mensuração da retirada não planejada e do índice de obstrução, são dados importantes para a avaliação do cuidado, visto que tais fatos estão implicados com a manutenção da permeabilidade, fixação e manuseio do acesso, atribuições fortemente ligadas aos profissionais de enfermagem. Apesar de ainda necessitarmos de estudos nesta área, os autores afirmam que os pacientes que provocam a retirada dos próprios dispositivos apresentam maior tempo de permanência em UTI, acompanhados de sintomas clínicos de agitação, vindo a requerer maior analgesia do que aqueles que não autopromovem a retirada. Além disso, tais incidentes podem vir a repercutir na sua relação com familiares e cuidadores. Consequentemente, frente a necessidade de nova oferta do procedimento, por vezes inclusive com troca do produto por dano, as instituições enfrentam aumento de custos. Frente as outras causas de saque inadvertido avaliadas neste estudo, apareceram o enrolamento da sonda na cavidade oral, êmese, tosse, dano no produto, incidentes durante a higiene corporal e causas não relatadas.

A interpretação equivocada dos métodos confirmatórios da localização do tubo nasoenteral também podem levar a um evento adverso. Conforme a Agência Nacional de Segurança do Paciente, no período de 2005 a 2010, 21 óbitos e 79 casos de EA foram atribuídos a presença de alimentação no trato respiratório por falhas quanto a localização correta. Em quase metade destes casos o dano aconteceu devido interpretação inadequada do Raio X. A literatura aborda um caso de perfuração esofágica devido a comprovação equivocada da localização do tubo para alimentação. Um paciente de 73 anos, começou a apresentar

hipertermia e dor abdominal, sendo comprovada a perfuração lateral do esôfago e a presença da sonda na cavidade abdominal. O indivíduo precisou ser submetido à cirurgia de urgência e os autores constataram a necessidade de realização de raio X frontal e lateral em pacientes gastrectomizados submetidos a sondagem enteral (NUMATA et al., 2018).

Como já mencionado, diversos testes podem ser utilizados para que a confirmação da posição da sonda seja realizada, evitando um possível incidente. Nesta perspectiva, uma revisão sistemática sobre o uso da ultrassonografia para certificação da localização verificou que ela pode ser útil, inclusive como uma tecnologia mais moderna, porém, ela não foi considerada precisa para verificar posicionamentos inadvertidos do produto, o que deveria ser igualmente confirmado com outros testes e preferencialmente com a complementação do uso de raio X (TIAN et al., 2017). Outros estudos buscam ainda métodos mais efetivos e menos dispendiosos, mas ainda inconclusivos, como a capnografia colorimétrica, sendo uma alternativa viável, rápida e economicamente melhor em relação ao raio X, que por sua vez desencadeia exposição radiológica ao paciente e aumento da mão de obra no serviço de saúde (MORDIFFI et al., 2016)

Considerando o ambiente hospitalar, o Sistema Espanhol de Notificação em Segurança em Anestesia e Reanimação (SENSAR) também relata um caso onde uma sonda para alimentação enteral foi inserida e localizada inadequadamente. Felizmente o incidente foi diagnosticado antes de transformar-se em um EA, pois não chegou a causar um dano. No caso, o paciente estava em estado grave, em ventilação mecânica, e após o equipamento acusar escape de ar, uma revisão da inserção da sonda foi feita, demonstrando que ela estava localizada na árvore brônquica. A nutrição enteral ainda não havia iniciado, evitando que este caso evoluísse para complicações maiores, porém, a organização busca promover, a partir destes fatos, a discussão dos incidentes para aprimoramento da qualidade do cuidado em saúde. Conforme a mesma fonte, a segurança do paciente pode estar comprometida com um incidente relacionado a inserção incorreta da sonda, podendo provocar traumas em tecidos adjacentes, pneumotórax, aspiração e até danos cerebrais (SENSAR, 2016).

Para Rowat (2015), o acesso nasoenteral é o método preferido de escolha para alimentação de pacientes que apresentam disfagia após quadros de acidente vascular cerebral. Como vantagem, pode ser facilmente introduzido a beira do leito, no entanto, com este perfil de pacientes, podem haver dificuldades na inserção e o mesmo pode ser deslocado devido a agitação e confusão que comumente apresentam, gerando complicações potencialmente fatais. Tal fato demonstra que determinados pacientes podem apresentar riscos específicos.

No contexto geral, o relato de incidentes com sondas ainda está em progressão, sendo mais comum a notificação de casos clínicos hospitalares com francas complicações. A exemplo

de um relato de caso ocorrido no Qatar, o sintoma de dispnéia e queda de saturação acusou o posicionamento inadequado da SNE. Neste caso, a paciente foi submetida a troca de uma gastrostomia para uma SNE, e enquanto aguardava a radiografia para confirmação do posicionamento da nova sonda, apresentou um pneumotórax. Estudos mais antigos relatam pequeno índice de fatalidades, porém complicações traqueopulmonares e pneumotórax foram mais evidentes. Complicações por introdução na região craniana e perfuração de intestino não foram fortemente evidenciados (MOHIUDDIN et al., 2017).

Outro aspecto importante do uso de sondas enterais (neste caso nasogástricas e nasoentéricas), é a administração de medicamentos. Um estudo que avaliou a adequação da prescrição de medicamentos administrados via sondas no sul do Brasil evidenciou que a maioria apresentava formas sólidas, necessitando manipulação para a administração enteral, além de diagnosticar um alto índice de medicamentos prescritos inadequadamente, considerando sua compatibilidade para administração via sonda. Além disso, a administração de medicamentos e a infusão da dieta enteral concomitantes também pode apresentar incompatibilidades, requerendo maior atenção da equipe que assiste o paciente para evitar ou corrigir este tipo de incidente (RAMOS et al., 2017).

Por outro viés, a notificação de saída inadvertida da sonda nasoenteral pode ser transformada em um indicador de qualidade, pois fornecerá subsídios para a manutenção adequada da via, mobilizando os envolvidos para verificar o que levou ao acontecimento. Sabe-se que a retirada da sonda pelo próprio paciente pode ser decorrente de agitação psicomotora e alterações neurológicas, porém, também pode estar associada a realização de exames, transportes, manipulação, administração de medicamentos e até a retirada pelo acompanhante. Da mesma forma, a frequência com que uma SNE apresenta obstrução, ou seja, interrupção do acesso ao seu lúmen, impedindo a passagem de nutrientes, água e fármacos, também pode e deve ser mensurada com os mesmos objetivos da retirada inadvertida. Neste sentido, um ponto importante é o tempo de uso da sonda, que pode ocasionar acúmulo de substâncias em seu interior, provocando a obstrução. Assim, a interrupção da administração dos fluidos via enteral pode vir a ocasionar prejuízos ao paciente, e conforme os protocolos de segurança do paciente, podem vir a se tornar um EA relacionado à nutrição ou à terapia medicamentosa (CERVO et al., 2014).

Corroborando com alternativas para minimizar os incidentes em saúde, a tecnologia deve ser uma aliada. Em um estudo experimental Chinês, foi desenvolvida uma maneira de evitar que o procedimento de sondagem enteral seja realizado às cegas. Um ureteroscópio flexível foi acoplado ao dispositivo com a finalidade de permitir a visualização do percurso até

o estômago ou intestino. Dois grupos realizaram o procedimento, em manequins, um utilizando a ferramenta e outro com o método às cegas. O tempo gasto no procedimento foi menor no primeiro grupo, bem como não foram observadas complicações. Já em relação ao grupo convencional, foi observado um índice de 19% de EA, representado pela introdução no tubo na via aérea. O uso deste instrumento tende a descartar a necessidade de outros métodos confirmatórios, como o raio X, que pode ser inadequado para alguns pacientes, como gestantes por exemplo. No entanto, ainda necessita de testes até a prática clínica (LI et al., 2018).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Analisar a relação entre dados socioeconômicos, demográficos e clínicos de pacientes em uso de sonda nasoenteral e a ocorrência de incidentes, na perspectiva da segurança no cuidado do paciente.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- a) Caracterizar o perfil socioeconômico, demográfico e clínico dos pacientes hospitalizados em uso de sonda nasoenteral;
- b) Analisar a associação da complexidade do cuidado de enfermagem, a partir da Escala de Fugulin em pacientes hospitalizados em uso de sonda nasoenteral;
- c) Averiguar dados relacionados a introdução, posicionamento e retirada da sonda enteral durante o período de hospitalização;
- d) Determinar a ocorrência de incidentes com os dados socioeconômicos e clínicos de pacientes.

**CAPÍTULO II**  
**ARTIGOS**

**ARTIGO I**

**Associação da complexidade do cuidado de enfermagem e perfil de pacientes clínicos internados em uso de sonda nasoenteral, segundo o Sistema de Classificação de Pacientes proposto por Fugulin**

Elaborado conforme as normas da revista Gaúcha de Enfermagem  
Qualis Capes: B1  
Área: Interdisciplinar  
Fator de Impacto: 0.22

**Associação da complexidade do cuidado de enfermagem e perfil de pacientes clínicos internados em uso de sonda nasoenteral, segundo o Sistema de Classificação de Pacientes proposto por Fugulin**

Janaína Chiogna Padilha<sup>a</sup>

Jane Dagmar Pollo Renner<sup>b</sup>

Fernanda Raphael Escobar Gimenes<sup>c</sup>

Janine Koepp<sup>d</sup>

Suzane Beatriz Frantz Krug<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Mestranda do Programa de pós graduação Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

<sup>b</sup> Doutora em Biologia Celular e Molecular. Vice Coordenadora do Curso da Biomedicina da Universidade de Santa Cruz do Sul, docente do Programa de Pós Graduação Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil

<sup>c</sup> Doutora em Ciências. Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>d</sup> Doutora em Medicina e Ciências da saúde. Docente do Departamento de Enfermagem, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

<sup>e</sup> Doutora em Serviço Social. Docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia e do Programa de Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** analisar a associação da complexidade do cuidado de enfermagem a partir da Escala de Fugulin e o perfil de pacientes clínicos internados em uso de sonda nasoenteral (SNE).

**Método:** Estudo transversal, retrospectivo, quantitativo, com utilização de dados secundários, de estudo multicêntrico. A amostra compreendeu 31 pacientes internados na clínica médica de um hospital do interior do Rio Grande do Sul, em uso de SNE.

**Resultados:** maioria dos pacientes masculinos, raça branca, escolarizados, casados, com idade superior à 60 anos, necessitando cuidado de alta dependência, conforme Sistema de Classificação de Pacientes proposto por Fugulin. A diminuição do nível de consciência resultou na principal indicação para uso de SNE.

**Conclusão:** a indicação de SNE salientou a complexidade de cuidados, variando entre alta dependência e semi intensivo e a condição para indicação do uso de SNE

foi estatisticamente significativa ( $p=0,004$ ) em pacientes com diminuição de nível de consciência.

**Palavras-chave:** Segurança do paciente. Assistência de enfermagem. Sondas de alimentação enteral. Clínica médica. Necessidades e demanda de serviços de saúde.

### ***ABSTRACT***

**Objective:** to analyze the association of the complexity of nursing care using the Fugulin Scale and the profile of hospitalized clinical patients using a nasoenteral probe (SNE). **Method:** Cross-sectional, retrospective, quantitative study, using secondary data, from a multicenter study. The sample comprised 31 patients admitted to the medical clinic of a hospital in the countryside of Rio Grande do Sul, using SNE. **Results:** most male patients, white, educated, married, aged over 60 years, requiring high dependency care, according to the Patient Classification System proposed by Fugulin. The decrease in the level of consciousness resulted in the main indication for the use of SNE. **Conclusion:** the indication of SNE highlighted the complexity of care, varying between high dependence and semi-intensive and the condition for indicating the use of SNE was statistically significant ( $p = 0.004$ ) in patients with decreased level of consciousness.

**Keywords:** Patient safety. Nursing care. Enteral feeding probes. Medical clinic. Health service needs and demand.

### **RESUMEN**

**Objetivo:** analizar la asociación de la complejidad del cuidado de enfermería a partir de la Escala de Fugulin y el perfil de pacientes clínicos internados en uso de sonda nasoenteral (SNE).

**Método:** Estudio transversal, retrospectivo, cuantitativo, con utilización de datos secundarios,

de estudio multicéntrico. La muestra comprendió 31 pacientes internados en la clínica médica de un hospital del interior del Rio Grande do Sul, en uso de SNE. **Resultados:** mayoría de los pacientes masculinos, raza blanca, escolarizados, casados, con edad superior a 60 años, necesitando cuidado de alta dependencia, conforme Sistema de Clasificación de Pacientes propuesto por Fugulin. La disminución de nivel de consciencia resultó en la principal indicación para uso de SNE. **Conclusión:** la indicación de SNE destacó la complejidad de cuidados, variando entre alta dependencia y semi-intensiva y la condición para indicación del uso de SNE fue estadísticamente significativa ( $p=0,004$ ) en pacientes con disminución de nivel de consciencia.

**Palabras clave:** Seguridad del paciente. Asistencia de enfermería. Sondas de alimentación enteral. Clínica médica. Necesidades y demanda de servicios de salud.

**ARTIGO II**

**Incidentes associados ao uso de sonda nasoenteral em pacientes hospitalizados e a  
relação com a segurança do paciente**

Elaborado conforme as normas da Revista de Escola de Enfermagem da USP  
Qualis Capes: B1  
Área: Interdisciplinar  
Fator de Impacto: 0,743

## Incidentes associados ao uso de sonda nasoenteral em pacientes hospitalizados e a relação com a segurança do paciente\*

Janaína Chiogna Padilha<sup>1</sup>  
Jane Dagmar Pollo Renner<sup>2</sup>  
Fernanda Raphael Escobar Gimenes<sup>3</sup>  
Janine Koepp<sup>4</sup>  
Suzane Beatriz Frantz Krug<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

<sup>2</sup> Doutora em Biologia Celular e Molecular. Vice Coordenadora do Curso da Biomedicina da Universidade de Santa Cruz do Sul, docente do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil

<sup>3</sup> Doutora em Ciências. Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Doutora em Medicina e Ciências da saúde. Docente do Departamento de Enfermagem, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

<sup>5</sup> Doutora em Serviço Social. Docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia e do Programa de Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

Autor correspondente:

Suzane Beatriz Frantz Krug

PPGPS UNISC/RS

Av. Independência, 2293, Universitário

CEP: 96815-900 –Santa Cruz do Sul, RS, Brasil

skrug@unisc.br

### RESUMO

**Objetivo:** investigar os incidentes relacionados ao uso de sonda nasoenteral (SNE) em pacientes hospitalizados e a relação com a segurança do paciente. **Método:** retrospectivo, quantitativo, transversal, proveniente de estudo multicêntrico com uso de dados secundários. A amostra compreendeu 15 pacientes que apresentaram incidentes decorrentes do uso de SNE, internados na clínica médica de um hospital do interior do Rio Grande do Sul. **Resultados:** predominância de incidentes no sexo masculino, com idade acima de 60 anos, hospitalizados pela especialidade clínica geral, que não apresentavam uso de SNE na admissão. Os incidentes ocorreram em pacientes alerta, sem uso de dispositivos respiratórios. A técnica de confirmação da posição da SNE predominante foi a ausculta epigástrica. Obstrução e saque não planejado

\* Extraído da dissertação: “Sondagem nasoenteral e segurança do paciente: relação entre incidentes e dados socioeconômicos, demográficos e clínicos de pacientes em hospital do Rio Grande do Sul - um estudo baseado em protocolo multicêntrico,” Programa de Pós Graduação Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2019.

da SNE foram os incidentes que mais se repetiram, ocasionando danos leves ao participantes.

**Conclusão:** a maioria dos pacientes apresentaram incidentes na proporção de 1 a 5 e dois pacientes apresentaram mais de 10 incidentes, ocorrendo em pacientes alerta e inconscientes. Estudos deste tipo são importantes para estimular pesquisas voltadas a descrição de EA com SNE, principalmente relacionadas às consequências aos pacientes e a assistência à saúde.

**Descritores:** Segurança do paciente; Avaliação da qualidade dos cuidados de saúde; Cuidado; Sondas de alimentação enteral; Hospitalização.

**CAPÍTULO III**  
**CONCLUSÕES GERAIS**

A partir das análises realizadas com os dados disponíveis referente aos participantes do estudo, caracterizou-se o perfil socioeconômico, demográfico e clínico dos pacientes hospitalizados em uso de sonda nasoenteral e observou-se que a maioria dos pacientes pertence ao sexo masculino, apresenta faixa etária acima de 60 anos, raça branca, casado e com ensino médio completo. Interessante relatar que a especialidade médica que prevaleceu como motivo de internação foi a clínica médica.

Foi possível analisar a associação da complexidade do cuidado de enfermagem, a partir da Escala de Fugulin em pacientes hospitalizados em uso de sonda nasoenteral e observou-se que o perfil de cuidado apresentado pelos participantes exigiu cuidados semi intensivos e de alta dependência. Este resultado sugere fortemente a necessidade de utilização de ferramentas que auxiliem na organização do cuidado, priorizando a atenção adequada, com número de profissionais de enfermagem suficiente para garantir a segurança do paciente.

Foram averiguados dados relacionados a introdução, posicionamento e retirada da sonda enteral durante o período de hospitalização e observou-se que a técnica utilizada para verificação do posicionamento adequado do dispositivo foi a ausculta epigástrica.

Ao analisar a relação do uso da sonda nasoenteral e a ocorrência de incidentes com os dados socioeconômicos e clínicos de pacientes, observou-se que os participantes apresentavam patologias consideradas da área da clínica médica sendo que encontravam-se lúcidos e inconscientes na mesma proporção. O número de incidentes que mais prevaleceu foi de 1 a 5 incidentes por paciente, e considerando a amostra geral elencada para o hospital onde a pesquisa foi desenvolvida, quase metade dos participantes apresentaram incidentes relacionados à SNE.

De maneira geral, a importância de estudos na área da saúde são relevantes em diversos aspectos. No entanto, relacionar o cuidado necessário aos pacientes hospitalizados e a temática da segurança nos serviços de saúde, proporciona repensar as práticas e desenvolver novas estratégias para o desempenho qualificado das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde.

A cultura de segurança do paciente e o incentivo a continuidade de mecanismos de qualificação do cuidado precisam ser trabalhados desde a formação dos profissionais de saúde, para que a partir da prática consigam identificar as possibilidades de melhorias nos processos de trabalho, notificações de incidentes e conhecimento das demandas do paciente a ser cuidado.

**CAPÍTULO IV**  
**NOTA À IMPRENSA**

**ESTUDO AVALIA SONDAAGEM NASOENTERAL E SEGURANÇA DO PACIENTE: relação entre incidentes e dados socioeconômicos, demográficos e clínicos de pacientes em hospital do Rio Grande do Sul - um estudo baseado em protocolo multicêntrico**



Pesquisa realizada através do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul objetivou avaliar a relação entre os incidentes e dados sociodemográficos e clínicos de pacientes internados em hospital da 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul. Fizeram parte do estudo 31 pacientes internados, por diferentes patologias, em uso de sonda nasoenteral. O estudo foi realizado pela mestrandia Janaína Chiogna Padilha, tendo como orientadora a Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug e Coorientadora a Dra. Jane Dagmar Pollo Renner. Além dos aspectos clínicos e sociodemográficos, foram avaliados incidentes relacionados aos pacientes hospitalizados que necessitam de suporte para nutrição e administração de medicamentos.

Atualmente, no âmbito da saúde, muito se preconiza a segurança do paciente e a

qualidade do cuidado, e nesta perspectiva, a avaliação do cuidado prestado a partir do uso de diferentes tecnologias em saúde se torna pertinente. A presença de dispositivos e o seu manuseio adequado, bem como as condições clínicas dos pacientes internados podem revelar prejuízos e a partir disso dispositivos de prevenção para o cuidado.

Os resultados do estudo permitem apontar a relação do perfil de cuidado exigido pelos pacientes hospitalizados em uso de SNE e a relação com a segurança do paciente, temática bastante relevante nas instituições de saúde. O conhecimento do cuidado que o paciente necessita, permite ainda organizar as equipes de trabalho, propiciando assim um cuidado mais qualificado.

A partir de avaliações referentes à segurança, evidenciam-se incidentes recorrentes no âmbito da saúde, que geram problemas, gastos desnecessários e até levam pacientes à óbito. Nesta pesquisa, foi possível evidenciar incidentes que acometem pacientes hospitalizados em uso de SNE, possibilitando o desenvolvimento de estratégias que possam evitar danos aos pacientes e excelência aos serviços de saúde.

Os pesquisadores envolvidos chamam a atenção para a continuidade de pesquisas em pacientes hospitalizados em uso de SNE, avaliando a complexidade do cuidado e sua interpeção com os dados sociodemográficos. Continuar a avaliar incidentes relacionados ao uso de SNE em ambientes hospitalares pode contribuir para o aprimoramento das técnicas de cuidado, proporcionando evolução profissional, qualidade dos serviços e satisfação dos pacientes.

**CAPÍTULO V**  
**RELATÓRIO DE CAMPO**

## **1. Contexto da pesquisa**

O estudo apresentado para compor a presente dissertação está inserido na pesquisa multicêntrica “Incidentes relacionados à sonda enteral: um estudo multicêntrico”, realizada em 8 diferentes estados brasileiros, coordenada pela professora Dra. Fernanda Raphael Escobar Gimenes, vinculada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, que gentilmente concedeu a autorização para uso de dados de sua pesquisa. A professora Janine Koepp, docente do curso de graduação em enfermagem da UNISC é colaboradora do projeto de base e através dela ocorreu o contato com a pesquisadora responsável. Assim, este estudo contou com os materiais e a infraestrutura disponibilizados pela universidade, além de recursos humanos, como os bolsistas e professores do Programa de Pós Graduação Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde que colaboraram para a realização da análise estatística dos dados.

## **2. Seleção dos sujeitos**

Os sujeitos participantes da pesquisa foram pacientes internados na clínica médica dos oito hospitais participantes do estudo, que fizeram uso de sonda enteral durante a internação. Os critérios de inclusão foram: pacientes com idade acima de 18 anos; admitidos na internação da clínica médica com sonda enteral em posição gástrica/entérica ou que necessitassem da sonda durante a internação; permanecendo internados há pelo menos 24 horas; e que receberam dieta e/ou medicamentos exclusivamente via sonda enteral. Foram excluídos da amostra os sujeitos com idade inferior à 18 anos; que utilizavam sonda enteral via estomias; que receberam dieta e/ou medicamentos via sonda e via oral concomitantemente; e que apresentaram tempo de internação menor que 24 horas. A determinação do tamanho amostral se deu por meio de uma amostragem aleatória estratificada com alocação proporcional por estratos, onde cada estrato foi formado pelo número de leitos de cada hospital participante da pesquisa.

## **3. Coleta dos dados**

A coleta de dados aconteceu diretamente nos locais participantes do estudo, onde os pesquisadores identificaram os pacientes que iniciaram o uso de sonda enteral no decorrer da internação, ou que foram admitidos na clínica médica com sonda enteral em posição gástrica ou entérica, e que atendiam aos critérios de inclusão propostos para a investigação. Os objetivos da pesquisa foram explicados ao paciente e/ou familiar e a participação foi voluntária, com

assinatura do TCLE. Diante de pessoas incapacitadas de responder em decorrência do estágio avançado da doença, a autorização se deu por seu responsável legal. Os dados foram coletados a partir do primeiro dia de uso da sonda enteral, ou no primeiro dia de internação quando o paciente foi admitido na clínica com sonda enteral, até a alta hospitalar. Para fins de incidente, foi considerado um evento ou circunstância que poderia ter resultado ou que resultou em dano desnecessário ao paciente. Nesse estudo, os incidentes relacionados à sonda investigados foram: saque não planejado da sonda e obstrução.

Os métodos para identificação dos incidentes foram: os profissionais de saúde (equipes de enfermagem e médica) e pacientes/cuidadores solicitados a reportar, por escrito, quaisquer incidentes relacionados a sonda enteral aos pesquisadores; visitas dos pesquisadores às enfermarias, pelo menos duas vezes por semana, para solicitar informações acerca dos incidentes, junto aos profissionais de saúde (equipes de enfermagem e médica) e pacientes/cuidadores; e revisão das anotações feitas pelos familiares e os prontuários médicos, pelo menos duas vezes por semana, para obter informações relacionadas aos incidentes.

Os dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos foram obtidos através do prontuário do paciente, eletrônico ou não, e registrados no formulário específico, de coleta de dados. O enfermeiro responsável pela unidade de internação clínica foi consultado para a permissão ao acesso aos prontuários e a transcrição das informações no formulário da pesquisa. Tal consulta aos prontuários ocorreu nas próprias enfermarias hospitalares.

#### **4. Interdisciplinaridade no objeto de estudo**

O ambiente hospitalar requer a atuação de diferentes profissionais, operando continuamente em equipes multiprofissionais de trabalho, culminando suas ações em atividades interdisciplinares de cuidado. O paciente acometido por doenças que implicam na necessidade de uso de sonda nasoenteral, seja para alimentação, hidratação ou administração de fármacos, está exposto à necessidade de acompanhamento de diversos profissionais de saúde, igualmente importantes em cada uma de suas funções. Desde a indicação dos usos das sondas, realizada comumente pelo médico, até o momento de sua necessidade contínua ou retirada, diferentes profissionais e familiares e/ou cuidadores fazem parte do processo, bem como o próprio paciente. Por exemplo, o nutricionista junto com sua equipe é o profissional responsável pela prescrição da dieta enteral a ser infundida, o farmacêutico verifica a prescrição de medicamentos com indicação de uso nesta via, o enfermeiro realiza o processo de introdução do equipamento no paciente, os serviços de exames complementares podem ser necessários

para confirmação da localização da sonda, o técnico de enfermagem realiza o cuidado direto ao paciente, além do manejo e administração de dietoterapia e fármacos. Ainda, o familiar e/ou cuidador muitas vezes necessita aprender a manusear esta tecnologia para uso domiciliar e o próprio paciente necessita ambientar-se a nova necessidade.

Em um contexto geral, a interdisciplinaridade que acontece nesta temática pode inclusive desencadear processos inseguros ao paciente, quando ocorrem falhas no processo de cuidado e manejo inadequado das sondas nasoenterais. É importante ressaltar que no estudo de base, de onde foram retirados os dados, de maneira secundária, houve a participação direta das equipes de saúde dos locais de coleta, compreendendo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, responsáveis pela oferta de dados aos pesquisadores, além ainda dos próprios pacientes, cuidadores e familiares, que também puderam colaborar. Assim, é mais um exemplo de que a interdisciplinaridade está presente nas diferentes ações em saúde.

## **5. Considerações sobre a experiência**

A construção de um objetivo de pesquisa muitas vezes inicia-se a partir das inquietações de cada pesquisador, do interesse por determinadas áreas temáticas, ou através de oportunidades em aprender novos conhecimentos. Assim, posso considerar que esta pesquisa me apresentou muitos desafios e aprendizados. No momento em que tomei conhecimento da temática, bastante pertinente, e do andamento de estudos nesta área em todo o campo da saúde, percebi a importância de estudar a segurança do paciente e tudo aquilo que envolve as práticas do cuidado para a melhoria de sua seguridade. Relativamente nova no Brasil, a cultura de segurança nos processos relacionados à saúde vem se tornando indispensável, para que possamos realmente oferecer um cuidado qualificado, considerando o número importante de agravos e mortes decorrentes da insegurança na saúde.

Neste contexto, através da minha orientadora, Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug, surgiu a proposta em trabalhar com informações provenientes de um estudo multicêntrico, já em andamento, com banco de dados formulado, que aconteceu em 8 diferentes hospitais, em diferentes regiões do país. A professora Janine Koepp, docente do curso de graduação em enfermagem foi componente importante para que as informações sobre a proposta do estudo chegassem até mim. Como colaboradora do projeto de base, me informou a respeito das ideias, e das diversas possibilidades em trabalhar a segurança do cuidado com pacientes em uso de sonda nasoenteral.

Já em relação à proposta de realizar uma pesquisa com análise quantitativa, admito que foi um desafio muito grande, pois até então só havia desenvolvido projetos de abordagem qualitativa, e apresentava inexperiência em relação às práticas de pesquisa quantitativa, principalmente em relação a análise de dados. No entanto, com auxílio da minha também co-orientadora, Dra. Jane Dagmar Pollo Renner, Dra. Cézane Cristina Reuter e a colega de mestrado Ana Paula Sehn, os dados foram organizados no programa SPSS, elucidando assim as possibilidades de análises quantitativas.

Como nem todas as pesquisas revelam as informações que o pesquisador espera conhecer a partir do início do percurso, essa me causou inquietações em relação aos testes estatísticos, demonstrando matematicamente que ainda há um longo trabalho a ser feito, pois precisa-se de um número maior de sujeitos para que eu possa comprovar estatisticamente meus objetivos iniciais. No entanto, a relação e a importância da segurança do cuidado ao indivíduo em uso de sonda nasoesofaríngea hospitalizado permitem várias discussões a respeito do perfil epidemiológico e demográfico dos pacientes, permitindo trazer informações pertinentes às equipes de cuidado, que por vezes mecanicamente desempenham funções que merecem sua revisão, bem como aos próprios pacientes e familiares/cuidadores, que devem participar ativamente na segurança do cuidado.

Em análise global, também pude experienciar a atividade de pesquisa com uso de dados secundários, que por mais que tenham passado por todo processo de coleta de maneira rigorosa, sob aprovação de comitê de ética responsável, me incitaram questionamentos e entendimentos, pelo fato de que eu não estive presente na fase da coleta de dados. Neste sentido, considero um aprendizado e uma necessidade maior de compreensão global do assunto, visto que eu apenas tive contato com a parte numérica, sem “conhecer” ou registrar nenhum dado diretamente no banco de dados utilizado na minha pesquisa. Por outro viés, percebo quão grande é a possibilidade de promover o conhecimento científico em diferentes parcerias, e quanto crescimento este fato pode gerar para todos os envolvidos. O fato de trocar informações com pesquisadores de outros centros, como a professora Dra. Fernanda, idealizadora do projeto maior, possibilita o desenvolvimento do mestrando enquanto pesquisador e estabelece parcerias institucionais importantes, pois através dos resultados de uma pesquisa vários outros projetos podem ser alavancados. Outra prerrogativa oriunda desta pesquisa foram os diversos resumos apresentados em eventos, possibilitando a discussão do tema com pesquisadores de outros centros e profissionais atuantes na área da enfermagem, que identificam as situações da pesquisa no seu cotidiano de trabalho.

Produções decorrentes das pesquisas sobre o tema geral:

**Capítulo de e-book:**

A segurança do paciente e a promoção da saúde sob a perspectiva da multidisciplinaridade do cuidado. In: A interdisciplinaridade no ensino: problematizando ações/estratégias de promoção da saúde. 1 ed. Santa Cruz do Sul: Editora da Unisc - Edunisc, 2018, v.1, p. 79-89.

**Apresentação em evento científico do PPGPS 2018:**

A qualidade do cuidado em saúde na perspectiva da cultura de segurança do paciente, 2018.

Sondagem nasoenteral e segurança do paciente: relação entre incidentes e dados socioeconômicos, demográficos e clínicos de pacientes em hospital do Rio Grande do Sul - um estudo baseado em protocolo multicêntrico, 2018.

**Apresentação em evento científico do PPGPS 2019:**

Perfil clínico e sociodemográfico de pacientes internados em uso de sonda nasoenteral.

**Apresentação de Poster / Paineis no 11º Congresso Brasileiro Nursing, 2º Congresso Internacional de Saúde Coletiva, 2º Congresso Internacional de Feridas - 2019.**

Segurança no cuidado: classificação de pacientes em uso de sonda nasoenteral a partir da escala de Fugulin.

A partir do segundo ano do mestrado, devido à maior participação em eventos e produção de resumos que vem incrementando meu currículo profissional, fui contemplada com uma bolsa oferecida pela UNISC, a Bolsa BIPSS, que me proporcionou incentivo financeiro através de desconto no valor total do investimento no curso. Além disso, como então bolsista, passei a integrar um grupo de pesquisa bastante atuante na universidade e na região, o Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde – GEPS, onde conheci outros professores e estudantes muito competentes, envolvidos diariamente em pesquisas científicas. No entanto, como trabalhava em uma unidade básica de saúde na época e não residindo em Santa Cruz do Sul, infelizmente não consegui participar das ações do grupo como gostaria. Por meio do grupo de pesquisas, mesmo mais longe do que perto, aprendi muitas coisas relacionadas à pesquisa científica, administrando alunos que diferentemente de mim, já dominam o assunto ainda na graduação. Além disso, o contato com alunos e professores de outras áreas que não só da enfermagem que integram o GEPS proporcionou discussões importantes sobre o cuidado e o modo como cuidamos em nosso contexto profissional.

Enfim, cada conquista é um aprendizado, que nem sempre é traçado por um caminho plácido, mas que certamente promove metamorfoses nas práticas de aquisição de conhecimento, validando a cada dia a necessidade de continuar aprimorando e desenvolvendo novas estratégias para o ensino, aprendizagem e pesquisa na saúde.

Assim, observando a trajetória de todos os pesquisadores envolvidos neste projeto, é possível verificar a magnitude do tema e da importância em seguir estudando as relações que permeiam a segurança do paciente em todos os campos, inclusive além do ambiente hospitalar.

## REFERÊNCIAS

- ALTOMARE, R. et al. Enteral Nutrition support to treat malnutrition in inflammatory bowel disease. *Nutrients*, v. 7, p. 2125-2133, 2015. Disponível em: <<http://www.mdpi.com/2072-6643/7/4/2125/htm>>. Acesso em 31 jul. 2018.
- ANDRÉ, R. R. et al. Posicionamento de sonda enteral em neonatos segundo técnica modificada de mensuração. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 30, n. 6, p. 590-597, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n6/0103-2100-ape-30-06-0590.pdf>>. Acesso em 25 jul. 2018.
- ANSELMO, C. B., et al. Gastrostomia cirúrgica: indicações atuais e complicações em pacientes de um hospital universitário. *Revista Colégio Brasileiro Cirurgia*, v. 40, n. 6, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v40n6/07.pdf>>. Acesso em 17 jul. 2018.
- ANTUNES, A. O.; LO PRETE, A. C. O papel da atenção farmacêutica frente às interações fármaco-nutriente. *Infarma – Ciências Farmacêuticas*, Brasília, v. 26, n. 4, p. 208-214, 2014. Disponível em: <[http://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5B%5D=660&path%5B%5D=pdf\\_2](http://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5B%5D=660&path%5B%5D=pdf_2)>. Acesso em 25 jul. 2018.
- ANZILIERO, F., et al. Nasoenteral tube: factors associated with delay between indication and use in emergency services. *Revista Brasileira Enfermagem*, v. 70, n. 2, p. 326-34. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt\\_0034-7167-reben-70-02-0326.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0326.pdf)>. Acesso em: 30 maio 2018.
- ARANAZ, A. J. M.; et al. Prevalência de eventos adversos nos hospitais de cinco países da América Latina: resultados do Estudo Ibero-americano de Eventos Adversos (IBEAS). *BMJ Quality & Safety*, v. 20, n.12, p. 1043-1051. 2011. Disponível em: <<https://bmj.altmetric.com/details/466932>>. Acesso em 30 maio 2018.
- BLASER, R. A., et al. Nutrição Enteral Inicial em Pacientes Criminosos: Diretrizes de Prática Clínica da ESICM<sup>®</sup>. *Medicina de Terapia Intensiva*, v. 43, n. 3, p. 380–398, 2017. Disponível em: <[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5323492/pdf/134\\_2016\\_Article\\_4665.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5323492/pdf/134_2016_Article_4665.pdf)>. Acesso em: 16 de jul. 2018.
- BRASIL. Resolução - RCD n. 63, de 6 de julho de 2000. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Regulamento técnico para terapia de nutrição enteral. 2000. Acesso em 24 mai. 2018. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2000/rdc0063\\_06\\_07\\_2000.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2000/rdc0063_06_07_2000.html)>. Acesso em 01 jun. 2018.
- \_\_\_\_\_. Resolução da diretoria colegiada - RDC nº. 63 de 25 de novembro de 2011. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância sanitária. *Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde*. 2011. Disponível em: <[https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-63-de-25-de-novembro-de-2011?category\\_id=215](https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-63-de-25-de-novembro-de-2011?category_id=215)>. Acesso em: 01 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Conselho nacional de saúde. *Resolução n<sup>o</sup> 466, de 12 de dezembro de 2012*. Brasília, 2012. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html)>. Acesso em: 01 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria n<sup>o</sup> 529, de 1<sup>o</sup> de abril de 2013 (DOU de 02/04/2013). *Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)*. 2013a. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-529>>. Acesso em: 16 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. *Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS) Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES). Brasília: Anvisa: 2013b. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-6>>. Acesso em 28 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria MS n<sup>o</sup> 2.095, de 24 de setembro de 2013. *Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente*. 2013c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095\\_24\\_09\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html)> Acesso em: 25 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)>. Acesso em: 20 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente*. Brasília: 2015. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, 2016. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-segurnaca-do-paciente-pnsp/protocolos-basicos-de-seguranca-do-paciente>>. Acesso em 30 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde*. Brasília: Anvisa, 2017a. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+7+Gest%C3%A3o+de+Riscos+e+Investiga%C3%A7%C3%A3o+de+Eventos+Adversos+Relacionados+%C3%A0+Assist%C3%Aancia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/6fa4fa91-c652-4b8b-b56e-fe466616bd57>>. Acesso em: 20 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde n<sup>o</sup> 15: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2016*. Brasília: Anvisa, 2017b. Disponível em: < <http://portal.anvisa.gov.br/documents>>. Acesso em 01 ago. 2018.

BRAVO, V.A.A.; CYRINO, E.G.; AZEVEDO, M.A.R. Ensino na atenção primária à saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais: o papel do projeto político-pedagógico. In: CYRINO, A.P.; GODOY, D.; CYRINO, E.G. Saúde, ensino e comunidade: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014, p. 25-48.

CAMPIONE, J.; FAMOLARO, T. Promising Practices for Improving Hospital Patient Safety Culture. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, v. 44, p. 23-32, 2018. Disponível em: <[https://www.jointcommissionjournal.com/article/S1553-7250\(17\)30443-9/pdf](https://www.jointcommissionjournal.com/article/S1553-7250(17)30443-9/pdf)>. Acesso em 11 jul. 2018.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2007.v23n2/399-407/pt/>>. Acesso em: 05 mai. 2018.

CAMPIONE, J., FAMOLARO, T. Promising Practices for Improving Hospital Patient Safety Culture. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, v. 44, p. 23-32, 2018. Disponível em: <[https://www.jointcommissionjournal.com/article/S1553-7250\(17\)30443-9/pdf](https://www.jointcommissionjournal.com/article/S1553-7250(17)30443-9/pdf)>. Acesso em 11 jul. 2018.

CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. B. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, n. 4, p. 791-798, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102013000400791&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102013000400791&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em 23 jul. 2018.

CARDO, Denise. Patient Safety and Healthcare-associated Infections Director. *Division of Healthcare Quality Promotion NCEZID Centers for Disease Control and Prevention*. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/patient-safety-and-healthcare-associated-infections>>. Acesso em: 25 mai. 2018.

CERVO, A. S. et al.; Eventos adversos relacionados ao uso de terapia nutricional enteral. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 35, n. 2, p. 53-59, junho de 2014. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/42396>>. Acesso em 20 jul. 2018.

CHAN, E. Y. et al. *Nasogastric feeding practices: A survey using clinical scenarios*. *International Journal of Nursing Studies*, v. 49, n. 3, p. 310-319, March 2012. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.ez127.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0020748911003695#bib0075>>. Acesso em 24 jul. 2018.

CIOSAK, S. I. et al. Acessos para Terapia de Nutrição Parenteral e Enteral. Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. *Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral Associação Brasileira de Nutrologia*. 2011. Disponível em: <[https://diretrizes.amb.org.br/\\_BibliotecaAntiga/acessos\\_para\\_terapia\\_de\\_nutricao\\_parenteral\\_e\\_ental.pdf](https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/acessos_para_terapia_de_nutricao_parenteral_e_ental.pdf)>. Acesso em 01 jul. 2018.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 543/2017. *Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem*

nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017\\_51440.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html)>. Acesso em: 10 mai. 2018.

CRESWELL, John W. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2010.

CORREIA, T. S. P.; MARTINS, M. M. F. P. S.; FORTE, E. C. N. Procesos desarrollados por los gestores de enfermería frente al error. *Revista de Enfermagem Referência*, v. 4, n. 12, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn12/serIVn12a09.pdf>>. Acesso em 17 jul. 2018.

FORSTER, A. J. et al. A World Health Organization field trial assessing a proposed ICD-11 framework for classifying patient safety events. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 29, n. 4, p. 548–556, 2017. Disponível em: <<https://academic.oup.com/intqhc/article/29/4/548/3869517?searchresult=1>>. Acesso em 01 abr. 2018.

FREITAS, M. A. de.; et al. Unidade de terapia intensiva: procedimentos de enfermagem para introdução da sonda nasoenteral e administração da dieta. *Revista Temas em Saúde*, João Pessoa, v. 14, n. 1, p. 39-53, jul./set. 2014. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/318455737\\_unidade\\_de\\_terapia\\_intensiva\\_procedimentos\\_de\\_enfermagem\\_para\\_introducao\\_da\\_sonda\\_nasoenteral\\_e\\_administracao\\_da\\_dieta](https://www.researchgate.net/publication/318455737_unidade_de_terapia_intensiva_procedimentos_de_enfermagem_para_introducao_da_sonda_nasoenteral_e_administracao_da_dieta)> Acesso em 30 abr. 2018.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HUSP. *Revista Latino-americana Enfermagem*, v. 13, n. 1, p. 72-78, jan/fev 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a12.pdf>>. Acesso em 24 mai. 2018.

GIMENES, F. R. E.; REIS, R. K. Manuseio de sonda enteral: uma revisão integrativa da literatura. *Prática hospitalar*, v. 17, n. 97, p. 13-19, 2015. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/279884916\\_Manuseio\\_de\\_sonda\\_ental\\_uma\\_revisao\\_integrativa\\_da\\_literatura?enrichId=rgreq-7d08c82e60d7fb362106969765dd9ebf-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzI3OTg4NDkxNjtBUzoyNDg5MzM0MTQ4NjI4NDhAMTQzNjM2MTc1OTA5Mw%3D%3D&el=1\\_x\\_2&\\_esc=publicationCoverPdf](https://www.researchgate.net/publication/279884916_Manuseio_de_sonda_ental_uma_revisao_integrativa_da_literatura?enrichId=rgreq-7d08c82e60d7fb362106969765dd9ebf-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzI3OTg4NDkxNjtBUzoyNDg5MzM0MTQ4NjI4NDhAMTQzNjM2MTc1OTA5Mw%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf)>. Acesso em 28 abr. 2018.

HSC. Desenvolvido pelo Hospital Santa Cruz. 2018. Apresenta informações gerais sobre a instituição. Disponível em: < <http://www.hospitalstacruz.com.br/sobre/> >. Acesso em: 20 jul. 2018.

HANSON, R. L. Predictive criteria for length of nasogastric tube insertion for tube feeding. *Journal of parenteral and enteral nutrition*, v. 3, n. 3, p. 160-163, 1979. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/113579>>. Acesso em 01 abr. 2018.

HULLEY, S. B.; et al. *Delineando a pesquisa clínica*. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Sonda alimentar: orientações aos pacientes*. Coordenação de Assistência. – 3 ed. – Rio de Janeiro: Inca, 2017. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/06154500419b5e438706c739cf5dede3/Sonda\\_Alimentar\\_Maio\\_2017\\_web.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=06154500419b5e438706c739cf5dede3](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/06154500419b5e438706c739cf5dede3/Sonda_Alimentar_Maio_2017_web.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=06154500419b5e438706c739cf5dede3)>. Acesso em 08 ago. 2018.

KAWAMOTO, A. M.; et al. Leadership and patient safety culture: perceptions of professionals in a university hospital. *Journal of Research Fundamental Care Online*, v. 8, n. 2, p. 4387-4398. 2016. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4530/pdf\\_1887](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4530/pdf_1887)>. Acesso em: 25 jun. 2018.

KIM, G. et al. Effect of Nasogastric Tube on Aspiration Risk: Results from 147 Patients with Dysphagia and Literature Review. *Dysphagia*, n. 455, 2018. Disponível em: <<https://link.springer.com.ez127.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007%2Fs00455-018-9894-7#citeas>>. Acesso em 01 abr. 2018.

LI, J.; et al. A New Strategy for Enteral Nutrition Using a Deflection Flexible Visual Gastric Tube: A Randomized Crossover Manikin Trial. *Medicine*, v. 97, n. 20, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5976308/pdf/medi-97-e10742.pdf>>. Acesso em 01 abr. 2018.

MALTA, M. A.; et al. Medidas antropométricas na introdução da sonda nasogástrica para nutrição enteral empregando a esofagogastroduodenoscopia. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, v. 26, n. 2, p. 107-111, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abcd/v26n2/07.pdf>>. Acesso em 01 abr. 2018.

MENDES, W.; et al. The application of Iberoamerican study of adverse events (IBEAS) methodology in Brazilian hospitals, *International Journal for Quality in Health Care*, v. 30, n. 6, p. 480–485, 2018. Disponível em: <<https://academic.oup.com/intqhc/article/30/6/480/4958028?searchresult=1>>. Acesso em 31 jul. 2018.

MENDES, W.; et al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. *Revista da associação médica brasileira*, v. 59, n. 5, p. 421-428, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v59n5/v59n5a06.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

MOHIUDDIN, S. A. et al. Down the wrong road – a case report of inadvertent nasogastric tube insertion leading to lung laceration and important pearls to avoid complications. *Qatar Medical Journal*, v. 2, n. 12, p. 2-5, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5427513/pdf/qmj.2016.02.012.pdf>>. Acesso em 20 jul.2018.

MONDIN, R. P.; MENEGOLLA, I. A.; SILVA, E. V. Identificação das Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil, prioritárias para ações de Vigilância em Saúde. *Ciência saúde coletiva*, v. 22, n. 10, 2017. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n10/3429-3437/#>>. Acesso em 30 jul. 2018.

MORAES, B. A.; COSTA, N. M. S. C. Compreendendo os currículos à luz dos norteadores da formação em saúde no Brasil. *Revista Escola Enfermagem*. v. 50, n. 1, p. 9-16, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50nspe/pt\\_0080-6234-reeusp-50-esp-0009.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50nspe/pt_0080-6234-reeusp-50-esp-0009.pdf)>. Acesso em 24 maio 2018.

MORDIFFI, S. Z. et al. Confirming nasogastric tube placement: Is the colorimeter as sensitive and specific as X-ray? A diagnostic accuracy study *International Journal of Nursing Studies*, v. 61, p. 248-257, 2016. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.ez127.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0020748916300815#bib0170> >. Acesso em 25 jul. 2018.

NARULA, N.; et al. Terapia nutricional enteral para indução de remissão na doença de Crohn. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 4, n. CD000542, 2018. Disponível em: < <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000542.pub3/epdf>>. Acesso em 15 jul. 2018.

NOBRE, I. E. A. M., et al. Sistema de Classificação de Pacientes de Fugulin: perfil assistencial da clínica médica. *Revista de Enfermagem UFPE on line.*, Recife, v. 11, n. 4, p. 1736-42, abr. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15245/18027>>. Acesso em 22 maio 2018.

NOGUEIRA, S. C. J. N.; CARVALHO, A. P. C.; MELO, C. B. Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral. *Revista Cefac*, v. 15, n. 1, p. 94-104, Jan/fev 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n1/133-11.pdf>>. Acesso em 13 jul. 2018.

NUMATA, Y. et al. Perforation of abdominal esophagus following nasogastric feeding tube intubation: a case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, v. 45, p. 67-71, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.ez127.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S2210261218300877?via%3DiHub#bib0055>>. Acesso em 01 abr. 2018.

O'CONNOR, E. et al. Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 22, n. 5, p. 371-379, 2010. Disponível em:<<https://academic.oup.com/intqhc/article/22/5/371/1787466>>. Acesso em 31 jul. 2018.

OLIVEIRA, R. M. et al. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. *Revista da escola de enfermagem da USP*. São Paulo. v. 49, n. 1, p. 104-113, Fev. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342015000100104&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342015000100104&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 jul. 2018.

PIAS, C. et al. Care complexity in the intensive care unit: subsidies for nursing staff dimensioning. *Cogitare Enfermagem*, v. 20, n. 3, p. 531-536, jul/set 2015. Disponível em: < <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41083/26309>>. Acesso em 30 maio 2018.

PHILIPPI JR. A.; SILVA NETO, A. J. *Interdisciplinaridade em ciência, tecnologia & inovação*. Barueri, São Paulo: Manole, 2011.

PEREIRA, S. R. M. et al. Causas da retirada não planejada da sonda de alimentação em terapia intensiva. *Acta Paulista Enfermagem*, v. 26, n. 4, p. 338-344, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n4/v26n4a07.pdf>>. Acesso em 25 abr. 2018.

RAFTER, N.; et al. The irish national adverse events study (INAES): The frequency and nature of adverse events in irish hospital - a retrospective record review study. *BMJ Quality & Safety*, n. 26, v. 2, p. 111-119, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5284341/pdf/bmjqs-2015-004828.pdf>>. Acesso em 01 ago. 2018.

RAMOS, C. P. et al. Adequacy of prescribed medicines in patients using enteral feeding tube in a public hospital in the south of Brazil. *International Journal of Nutrology*, v. 10, n. 3, p. 99-105, Mai / Ago 2017. Disponível em: <<http://www.abran.org.br/RevistaE/index.php/IJNutrology/article/viewFile/308/251>>. Acesso em 20 jul. 2018.

REASON, J. Understanding adverse events: human factors. *Quality in Health Care*, v. 4, p. 80-89, 1995. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1055294/>>. Acesso em 20 jul. 2018.

REBRAENSP - Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p.

ROCHA, L. F. S. *Fatores associados com não adesão ao tratamento com tamoxifeno em paciente com câncer de mama: um estudo de intervenção da atividade farmacêutica*. 2017. 193 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde - Mestrado) - Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2017. ROWAT, A. Enteral tube feeding for dysphagic stroke patients. *British Journal of Nursing*, v. 24, n. 3, p. 138-145, 2015. Disponível em: <[https://www.magonlineibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2015.24.3.138?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3Dpubmed](https://www.magonlineibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2015.24.3.138?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed)>. Acesso em 20 jul. 2018.

SAFAVI, K.; WIENER-KRONISH, J.; HANIDZIAR, D. The complexity and challenges of intensive care unit admissions and discharges similarities: with all hospitalized patients. *JAMA Internal Medicine*. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2697390>>. Acesso em 28 ago. 2018.

**ANEXOS**

**ANEXO A – A SEGURANÇA DO PACIENTE E A PROMOÇÃO DA SAÚDE SOB A  
PERSPECTIVA DA MULTIDISCIPLINARIDADE DO CUIDADO**

*Janaína Chiogna Padilha<sup>1</sup>  
Mariana Portela de Assis<sup>2</sup>  
Samara Castro de Andrade<sup>3</sup>  
Suzane Beatriz Frantz Krug<sup>4</sup>*

Elaborado e publicado conforme as normas do E-book em Promoção da Saúde do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde, 2018. In: A interdisciplinaridade no ensino: problematizando ações/estratégias de promoção da saúde. 1 ed. Santa Cruz do Sul: Editora da Unisc - Edunisc, 2018, v.1, p. 79-89.

ISBN: 978-85-7578-492-1

Área: Interdisciplinar

<sup>1</sup> *Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

<sup>2</sup> *Farmacêutica. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

<sup>3</sup> *Farmacêutica. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

<sup>4</sup> *Doutora em Serviço Social (PUC/RS). Docente Doutora do Departamento de Enfermagem e Odontologia e do Programa em Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o modelo atual de cuidado é regido e organizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), embasado em diversas portarias que definem as ações e organização dos serviços de saúde. A promoção da saúde é norteadada pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), reformulada em 2014, e que vigora atualmente. O conceito de saúde apresenta valores e princípios amplos, considerando o sujeito na sua singularidade, no contexto coletivo e perante as ações sociais. Seu objetivo geral define-se à luz da promoção e melhores condições de vida, visando a redução de vulnerabilidades e riscos associados às condições sociais, culturais, econômicas, políticas e ambientais (BRASIL, 2014a).

Ao abordar os pilares da PNPS observam-se pensamentos relativamente novos, que consideram a singularidade e o meio social para a compreensão do contexto. É significativo ressaltar que a caminhada almejando políticas nesta linha ainda é uma construção. Conforme preconizado pela Constituição Brasileira de 1988, já havia a necessidade de um modelo de saúde que compreendesse noções amplas de qualidade de vida, que só veio a tornar-se política no período de 2003-2004, quando foi instituída a PNPS. É possível reforçar também que o novo modelo proposto recebeu influência da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada no Canadá, em 1986, resultando em uma Carta de Intenções denominada Carta de Ottawa, com a finalidade de inspirar o desenvolvimento de políticas de saúde equânimes e universais, a nível mundial (MALTA et al., 2016).

Em meio ao desenvolvimento da área da saúde, o cuidado humano evoluiu e as ações passaram a ser avaliadas na perspectiva da segurança. Diante disso e baseados nos modelos de diferentes políticas, surge no Brasil, em 2013, a Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), a qual busca reduzir o risco de dano associado ao cuidado em saúde. Envolve tanto os profissionais responsáveis, colaborando para a verificação da seguridade do cuidado prestado, quanto os próprios pacientes, que também devem observar e denunciar a seguridade das práticas a que são submetidos (BRASIL, 2014a; 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou uma atualização sobre segurança do paciente, versando sobre a assistência, nas diferentes profissões da área da saúde, voltando-se às bases curriculares, pois, aparentemente as mudanças só serão visíveis se partirem do ponto inicial, ou seja, nas práticas das instituições formadoras de profissionais de saúde, que já devem abordar conceitos de cultura de segurança na formação. Sob esta perspectiva, o processo de educação na área da saúde, e mesmo em todo o ambiente escolar, precisa contemplar as práticas

de segurança e evolução da maneira de produzir saúde, com objetivo de contribuir para a formação de profissionais qualificados em amplos cenários (WHO, 2011).

Considerando a cena da cultura de segurança pelo viés da educação como base para a tomada de decisões assertivas, é viável a avaliação dos projetos pedagógicos praticados pelas instituições formadoras de profissionais de saúde, buscando realmente identificar formas de ensino e aprimoramento das questões de segurança. Pertinente a isso, um estudo realizado na Universidade Federal de São Paulo identifica a fragmentação dos conteúdos alusivos à segurança do paciente, de maneira específica para cada curso, com enfoque específico para cada categoria profissional. Desta maneira, a abordagem interdisciplinar e unificada sobre o tema, que é proposta antiga da OMS, não parece estar aplicada, sendo uma das principais barreiras a serem derrotadas para a compreensão dinâmica do assunto (BOHOMOL; FREITAS; CUNHA, 2016).

Em virtude do próspero desenvolvimento do campo da saúde, é desejável que as novas práticas estejam correlacionadas e harmoniosamente situadas com os conceitos trazidos pela cultura de segurança do paciente. Sendo assim, o desenvolvimento e incentivo a pesquisas nesta temática são relevantes (Oliveira et al., 2015). Este estudo tem o objetivo de identificar na literatura atual, através de pesquisa em bases de dados online, a relação entre a segurança do paciente e a promoção da saúde, considerando a perspectiva da multidisciplinaridade do cuidado.

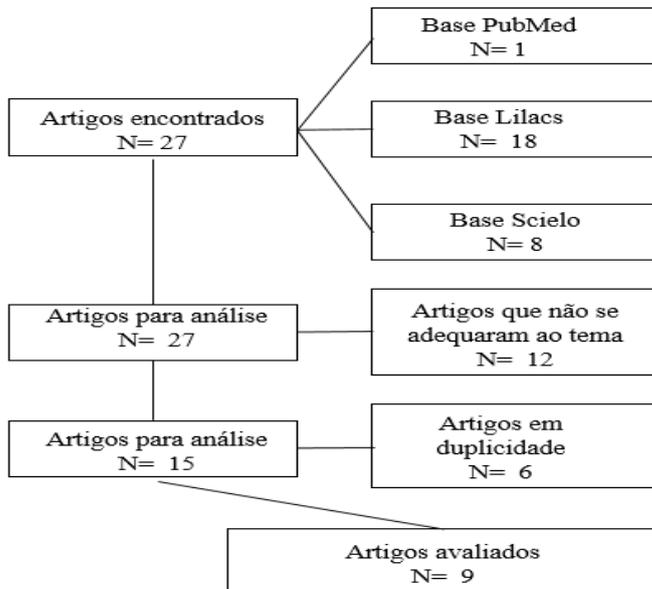
## **2 MÉTODO**

O estudo consistiu em uma revisão integrativa da literatura atual, a partir de uma busca em três bases de dados *online*: PubMed, Scielo e Lilacs. Foram selecionados artigos científicos que estivessem disponíveis com acesso livre para leitura, nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados no período de 2014 a 2018, contemplando os Descritores em Ciências da Saúde: promoção da saúde, segurança do paciente, equipe de saúde. Foram excluídos os artigos que abordavam a segurança do paciente e a promoção da saúde quando relacionada a algum procedimento ou cuidado específico (cirurgias, medicamentos), e aqueles que estavam em duplicidade. A coleta de dados ocorreu no mês de maio de 2018. Primeiramente, foram selecionados os artigos a partir dos títulos, depois a partir da leitura dos resumos e, posteriormente, aqueles que se adequaram à temática foram avaliados integralmente.

## **3 RESULTADOS**

Foram encontrados 18 artigos na plataforma Lilacs, 8 artigos na base de dados Scielo e 1 artigo no PubMed, perfazendo um total de 27 estudos. Verificou-se que 6 artigos estavam em duplicidade, além da exclusão de 12 artigos que abordavam a promoção da saúde e a segurança do paciente aplicadas a procedimentos e intervenções específicas da área da saúde. Foram avaliados então 09 estudos, conforme ilustrado na figura 1.

**Figura 1. Fluxograma da seleção e resultado de artigos selecionados para o estudo.**



Foi observado que mesmo com um dos descritores delimitando “equipe de saúde”, a maioria dos artigos selecionados (40%) refere-se à equipe de enfermagem, provavelmente por ser um grande grupo de profissionais a prestar cuidado aos indivíduos, nos diversos ambientes de saúde. No entanto, os principais ambientes de realização das pesquisas foram hospitalares.

No Quadro 1 encontram-se os 9 artigos que atenderam aos critérios de inclusão e foram explorados na pesquisa.



**Quadro 1 – Síntese de informações sobre a relação entre a segurança do paciente e a promoção da saúde, na perspectiva do cuidado multidisciplinar, nos artigos incluídos no estudo.**

Fonte: Autores (2018)

Autor/Ano	Objetivo	Principais achados
CESTARI, V. R. F. et al, 2017	Identificar tecnologias utilizadas pelo enfermeiro para promoção da segurança do paciente no contexto hospitalar.	Uso de tecnologias duras, para promover a segurança do paciente; boas práticas de saúde; promoção de cursos de capacitação profissional, voltados a equipe de saúde. Enfermeiro como profissional preocupado com a segurança do paciente e necessidades de diferentes estratégias para abordar o assunto.
BANDEIRA, L. E. et al, 2017	Analisar os registros da equipe multiprofissional sobre condutas de educação do familiar para promoção da segurança da criança hospitalizada.	Registros foram realizados por enfermeiros. A principal orientação foi relacionada a prevenção de quedas no momento da admissão e durante a primeira semana de internação; escassez de informações relacionadas a condutas de educação familiar para cultura de segurança e necessidade de envolver a equipe multiprofissional neste processo.
ARAUJO, M. A. N. et al, 2017	Identificar como o enfermeiro percebe a segurança do paciente na instituição de saúde em que atua.	Parte dos enfermeiros apontou menor segurança quanto aos procedimentos, cuidados e administração de medicamentos. À equipe multiprofissional compete atuar na promoção da segurança do paciente, sendo o

		enfermeiro o profissional apto a identificar e comunicar riscos iminentes.
OLIVEIRA, R. M. et al, 2015	Avaliar os fatores intervenientes na segurança do paciente, com foco na equipe de enfermagem hospitalar.	Fatores intervenientes na segurança do paciente: dimensionamento e carga de trabalho, qualificação e treinamento profissional, trabalho em equipe, contratação da instituição, rotatividade e falta de segurança no trabalho e más práticas / comportamentos disruptivos. Necessidade de investimento por parte dos gestores no desenvolvimento da equipe de enfermagem, buscando a melhoria da qualidade assistencial.
PEREIRA, F. G. F. et al, 2015	Identificar as convergências entre o Programa Nacional de Segurança do Paciente e a Promoção da Saúde no cenário hospitalar	Entrelaçamento entre as diretrizes e os objetivos propostos para se alcançar a segurança na assistência, preconizados pela política nacional, percebendo-se a imposição do sujeito como protagonista de sua saúde, por meio de autonomia e empoderamento. Reflexão que busca direcionar os planos de gestão hospitalar, incluindo estratégias com enfoque para a promoção da saúde.
OLIVEIRA, R. M. et al.; 2014		Sugere-se a inclusão e a participação ativa destes profissionais em uma gestão compartilhada para a implantação da cultura de segurança.

	Identificar e analisar estratégias para promover a segurança do paciente na perspectiva de enfermeiros assistenciais.	
MINUZZ et al.; 2016	Avaliar as dimensões da cultura de segurança do paciente, na perspectiva dos profissionais de saúde, de uma unidade de terapia intensiva.	Melhores avaliações nas dimensões: expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor, trabalho em equipe na unidade e abertura para comunicações. Piores avaliações: apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, respostas não punitivas aos erros e trabalho em equipe entre as unidades. O estudo demonstrou uma cultura de segurança com potencial de melhorias em todas as dimensões da cultura de segurança do paciente.
LIMA, F. S. S et al, 2014	Investigar como o termo segurança vem sendo abordado no cenário do cuidado de enfermagem no âmbito nacional e internacional.	Relato de falhas referentes ao comprometimento da segurança do paciente: na comunicação oral ou escrita entre profissionais da equipe e entre profissional e paciente; terapêutica medicamentosa; realização de procedimentos de saúde; e fatores humanos relacionados ao trabalho. Promotores de segurança: cuidado centrado no paciente; comunicação; promoção de gestão de pessoas; políticas de prevenção, medição e avaliação dos erros e uniformização das práticas.

<p>MACEDO, T. R. et al, 2016</p>	<p>Identificar a cultura de segurança do paciente em emergências pediátricas na perspectiva da equipe de enfermagem.</p>	<p>Áreas com potencial: expectativas e ações dos supervisores / gerentes para promover a segurança do paciente e o trabalho em equipe. As áreas críticas: resposta não punitiva ao erro e apoio do gerenciamento hospitalar para a segurança do paciente. Profissionais de enfermagem precisam ser protagonistas no processo de substituição do atual paradigma por uma cultura voltada para a segurança. Sugere-se a replicação deste estudo em outras instituições.</p>
----------------------------------	--	---

## 4 DISCUSSÃO

A portaria que institui e implementa o PNSP tem como objetivo principal o reforço da qualificação do cuidado prestado em todos os serviços de saúde do país. Para a melhor organização das ações, preconiza ainda a instituição de Núcleos de Segurança do Paciente, com intenção de monitorar as ações voltadas a segurança nas instituições. Dentre outros aspectos, visa também difundir o acesso relativo à segurança do paciente para a sociedade, aos próprios pacientes e familiares, o que vai ao encontro das demais políticas norteadoras do sistema de saúde brasileiro. A mesma diretriz também define itens importantes para conceituar e planejar as ações que responderão ao programa, como: segurança do paciente, dano, incidente, evento adverso e cultura de segurança (BRASIL, 2013).

Um ano após a publicação da portaria, foi divulgado no país também o Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, com intenção de auxiliar as instituições de saúde a implementar as ações, refletindo sobre a complexidade do cuidado atual, antes visto como simples e seguro, agora praticado com uma roupagem mais complexa e efetiva, porém, potencialmente perigosa (BRASIL, 2014b).

Os efeitos da seguridade do cuidado podem ser observados a partir da mensuração de eventos adversos, que são os danos evitáveis em saúde. Conforme a avaliação de dados de diferentes países, 10% dos pacientes em ambiente hospitalar foram afetados por, pelo menos, um evento adverso e inclusive alguns foram fatais. Este número demonstra a importância da efetiva aplicação das propostas das políticas públicas, que tem a intenção de notificar e investigar as situações de saúde (SCHWENDIMANN et al., 2018).

Tendo em vista as novas necessidades encontradas nos serviços de saúde, Cestari et al. (2017) apontam dados significativos quanto à insegurança do cuidado em saúde, ocasionando mortes, limitações e custos exacerbados, inclusive nos países desenvolvidos. Em seu estudo, buscaram evidenciar o uso de tecnologias para promover a segurança do paciente hospitalizado, voltando-se para avaliação de produção científica de enfermeiros nesta área. Foram evidenciadas três áreas de desenvolvimento: uso de tecnologias duras, incorporação de boas práticas de saúde e capacitação do enfermeiro. O estudo relatou a importância do enfermeiro como o profissional de saúde atento a ações diárias dentro do ambiente hospitalar, como higiene adequada das mãos, utilização de escalas e instrumentos capazes de mensurar segurança, manejo e administração de fármacos, identificação de riscos à segurança do paciente e tecnologias de sistemas de informação.

Em contrapartida, Bandeira et al. (2017) relatam a necessidade de orientações também aos familiares dos pacientes internados, lembrando que o estudo considerou o ambiente

pediátrico, e sua questão norteadora veiculou sobre o que a equipe multiprofissional de cuidado registrava a respeito disso. Simultaneamente, há o uso de uma tecnologia dura, exemplificada pelo uso de um sistema de informática responsável pelo registro, que deve ser alimentado conforme as rotinas realizadas a cada paciente, mas também há o envolvimento frente a educação do paciente e seu familiar, buscando a sensibilização para um cuidado efetivamente seguro, com a participação de todos os envolvidos realizando práticas seguras, como a lavagem de mãos, identificação correta do indivíduo, prevenção de quedas. Nesta ótica, é possível perceber a influência de questões voltadas a promoção da saúde, no sentido de educar o indivíduo, e de segurança do paciente, registrando os eventos indesejados e promovendo ações de segurança (BRASIL 2014a; 2013).

Araújo et al. (2017) também afirmam que o ambiente hospitalar vem se tornando inseguro com frequência, inclusive em decorrência do avanço tecnológico, que acompanhado da inaptidão profissional, de diversas ordens, pode culminar no erro assistencial. Após aplicação de questionário sobre segurança do paciente destinado a 163 enfermeiros, um dos dados levantados foi que os entrevistados consideram o paciente atualmente menos seguro, a partir das atividades desempenhadas exclusivamente por médicos. Como avaliaram características sociodemográficas, perceberam que tal resultado foi evidenciado principalmente por enfermeiros com mais de cinco anos de experiência, considerados pelos autores como mais maduros para esta avaliação. Em contrapartida, somente a atuação satisfatória da equipe multiprofissional não parece ser eficaz, pois é necessário que a instituição de saúde como um todo pratique a cultura de segurança, permitindo a assistência adequada.

Ao considerarmos a possibilidade de erros nos serviços de saúde, a qualidade do serviço e a oferta de ações seguras tornam-se mais concretas, à medida que os eventos decorrentes da insegurança relativa à vida podem ser irreversíveis. Neste contexto, frente a magnitude das ações, o ambiente hospitalar torna-se o palco ideal. No entanto, a promoção de uma cultura organizacional de segurança, apoiada pelos gestores pode ser o gatilho para práticas mais seguras, embasadas na comunicação eficaz, no trabalho em equipe e no compartilhamento de saberes (KAWAMOTO et al., 2016).

Conforme Campione; Famolaro (2018) já se avaliam algumas estratégias que oferecem maiores resultados para a implementação de cultura de segurança nos serviços de saúde. Em estudo realizado nesta perspectiva, em seis hospitais americanos, as principais estratégias utilizadas foram o planejamento das condutas de melhoria, partilhados entre gestão e funcionários, implementação de uma rotina de segurança, com divulgação dos resultados atingidos com o uso das práticas, além da promoção de atitudes educacionais. Desta maneira,

percebe-se que não há como desenvolver novas metodologias de maneira isolada, pois a participação e comprometimento de todos os profissionais envolvidos no cuidado e também do próprio usuário, é fundamental.

Visto que ações praticadas por humanos são passíveis ao erro, a natureza da tarefa e as condições de trabalho influenciam diretamente na probabilidade de um ato inseguro acontecer. Sendo assim, o trabalho em equipe e a cultura de segurança trazem imensos benefícios na prevenção de eventos adversos em saúde, argumentando que uma gestão eficaz dos riscos significa implementar recursos nos diferentes níveis do sistema: profissionais, ações e a instituição como um todo (REASON, 1995).

Em contrapartida, nem todos os serviços se dispõem a reformular suas práticas e aplicar estratégias para o cuidado seguro. Há alguns entraves, como demonstra o resultado de uma pesquisa realizada em Fortaleza, a qual verificou que os principais fatores que integram a segurança do paciente, considerados pela equipe de enfermagem, dirigem-se a carga de trabalho e o número de profissionais, trabalho em equipe, qualificação técnica, rotatividade, insegurança em relação às práticas e comportamentos divergentes quanto ao assunto (OLIVEIRA et al., 2015).

Em relação à equipe multiprofissional, nota-se que esta influencia as ações de segurança através de suas práticas. Um estudo realizado em Portugal, avaliou a relação entre a saúde dos trabalhadores e a segurança do paciente e concluiu que esta associação merece ser considerada pelas equipes gestoras dos serviços de saúde, bem como discutida na implementação de uma cultura organizacional e de segurança, pois poderá refletir de diferentes maneiras no cuidado do paciente (BAYLINA et al., 2018).

Evidentemente, como o funcionamento da saúde no Brasil é vinculado aos princípios norteadores do SUS, existe entre a segurança do paciente e a promoção da saúde uma relação estreita no que compete aos objetivos de melhoria do cuidado. Enquanto a PNSP busca promover estratégias para a notificação de eventos adversos, e através do conhecimento destes minimizar os atos inseguros em saúde, disseminando a cultura de segurança, a PNPS busca permitir às pessoas a contemplação de um amplo bem-estar, com acesso às informações indispensáveis para o seu cuidado, mas respeitando a sua concepção sobre o tema. Finalmente, as duas políticas sugerem estratégias para o cuidado, defendendo a valorização do indivíduo nos processos de saúde (BRASIL, 2014a; 2013).

No entanto, o ambiente hospitalar parece praticar de maneira tímida a inclusão da participação do usuário no autocuidado, conforme preconiza o PNSP e a PNPS, enquanto ações desta ordem parecem ser mais desenvolvidas no âmbito da atenção primária à saúde (PEREIRA

et al., 2015). Tendo em vista a possibilidade de participação social no que diz respeito à saúde de indivíduos e comunidades, a promoção da saúde busca implementar e ampliar tais aptidões. Os profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado, neste caso nos ambientes hospitalares, precisam oportunizar a participação dos indivíduos, através de articulações e melhorias entre diferentes setores, contando com o apoio da equipe multiprofissional (MALTA et al., 2014).

Ao discutirmos o cuidado em saúde, no seu contexto atual, a segurança está fortemente presente. Oliveira et al. (2014) realizaram entrevista com enfermeiros ligados a assistência direta ao paciente, buscando estratégias para a promoção da segurança. Deste modo, foi possível emergir as categorias: necessidade de identificar os riscos; incorporar práticas seguras e científicas; levantamento de empecilhos e oportunidades para um cuidado seguro. Em relação aos fatores que desencadearam estas categorias encontram-se, entre outros, os conflitos pessoais e entre a equipe, principalmente voltados a relatar ou não um evento não esperado no cuidado, gerando transtornos nas atividades do grupo.

A cultura de segurança e as relações entre a equipe multiprofissional de saúde estão presentes em diferentes espaços do cuidado. Em estudo realizado em Santa Catarina, frente a cultura de segurança do paciente em Unidade de terapia Intensiva (UTI), o trabalho em equipe foi mencionado como relevante para quase 47% dos entrevistados. Isso demonstra que de maneira geral não é possível cuidar com qualidade e segurança sem o apoio da equipe de saúde (MINUZZ; CHIODELLI; LOCKS, 2016).

De acordo com Lima et al. (2014), as principais falhas registradas em relação ao comprometimento com a segurança do cuidado estavam relacionadas à comunicação entre a equipe multiprofissional e entre a equipe e o paciente. Além disso, falhas técnicas relacionadas a medicamentos, procedimentos e fatores humanos também foram encontradas. Novamente parece evidente a necessidade de incorporação eficaz das políticas públicas nos serviços de saúde, buscando a melhoria do cuidado e a garantia da segurança para os profissionais e principalmente para os pacientes, que estão com o seu bem maior em risco: a vida. Já em relação aos aspectos que fomentaram as questões de segurança, os autores destacaram a importância do cuidado centrado no indivíduo, a melhoria da assistência prestada, a gestão eficaz das equipes e a comunicação sobre os aspectos relacionados às falhas, fato preconizado na PNSP (BRASIL, 2013).

A complexidade do cuidado em saúde oscila de acordo com os cenários. Em uma pesquisa sobre a cultura de segurança em ambiente de UTI pediátrica, onde os profissionais da equipe de enfermagem responderam a um questionário validado sobre as dimensões da segurança do paciente, prevaleceram atitudes relacionadas a práticas da gestão para a segurança

do paciente, seguida da dimensão trabalho em equipe, que significa o apoio e respeito dos profissionais entre si (MACEDO et al., 2016). Neste contexto, o resultado parece se aproximar do que foi encontrado em outras áreas, demonstrando a interligação entre a segurança, a equipe e a promoção da saúde em diferentes cenários (OLIVEIRA et al., 2014).

Categoricamente, para que seja possível a articulação dos cuidados em saúde, é indispensável a presença de multiprofissionais responsáveis pelas ações e pela comunicação entre si. É preciso que todos os níveis de atenção, serviços e profissionais de saúde mantenham alguma forma de comunicação, mantendo o cuidado centrado no paciente (RADAELLI; MEDEIROS, 2015).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No âmbito dos profissionais de saúde, nota-se que a enfermagem tem se mobilizado fortemente em relação a práticas de cuidado mais seguras e publicações a respeito de resultados. Um exemplo notável foi a criação de entidades como a Rebraensp (Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente), criada em 2008, inspirada na Organização Pan-Americana de Saúde, com intuito de impulsionar práticas de ensino e pesquisa nesta dimensão do cuidado em saúde.

Mediante a discussão proposta pelos artigos relacionados na pesquisa, foi possível verificar o crescente desenvolvimento de melhores práticas de segurança, norteados pela promoção da saúde e pela segurança do paciente, vistos como temas relevantes para o cuidado. Para que isso aconteça, o papel da equipe multiprofissional é de extrema relevância, visto que são as pessoas as precursoras das ações a serem realizadas. No contexto geral, a maioria das instituições que demonstraram preocupação com a apuração das práticas seguras, eram hospitais, locais que agregam grande número de profissionais na equipe de enfermagem.

Um aspecto em comum discutido nos artigos foi a importância da gestão das instituições, que define e implementa muitas das rotinas a serem seguidas. Neste ponto, a cultura de segurança e a promoção da saúde, principalmente no ambiente hospitalar, onde a primeira é mais recorrente e a segunda parece ser menos comentada, precisam fazer parte do escopo dos processos, e ainda ter abertura para a participação dos profissionais que estão efetivamente prestando o cuidado, evitando divergências entre a prática e as rotinas preconizadas pela gestão.

Finalmente, percebe-se que o campo da multidisciplinaridade do cuidado interfere diretamente na qualidade da assistência prestada, verificada a partir dos resultados sobre a

segurança do paciente, bem como o efeito das propostas de promoção da saúde, que caminham para um conjunto de ações em benefício da qualidade do cuidado.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. A. N. et al. Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. *Enfermagem em Foco*, v. 8, n. 1, p. 52-56, 2017.

BAYLINA, P. et al. Healthcare workers: occupational health promotion and patient safety. *Journal of Medical Systems*, v. 42, n. 159, 2018.

BANDEIRA, L. E. et al. Condutas de educação ao familiar para promoção da segurança da criança hospitalizada: registros da equipe multiprofissional. *Revista Mineira Enfermagem*, v. 21, n. 1009, 2017.

BOHOMOL, E.; FREITAS, M. A. O.; CUNHA, I. C. K. O. Patient safety teaching in undergraduate health programs: reflections on knowledge and practice. *Interface: Communication, Health, Education*, v. 20, n. 58, p. 727–741, 2016.

BRASIL. Portaria Nº 529, De 1º De Abril De 2013. *Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)*. Diário Oficial da União, v. 2013, p. 43–44, 2013. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-529>>. Acesso em: 16 mai 2018.

BRASIL. Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. *Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)*. Diário Oficial da União, v. 2014, 2014a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html). Acesso em: 16 mai de 2018.

BRASIL. *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)>. Acesso em: 10 mai. 2018.

CAMPIONE, J., FAMOLARO, T. Promising practices for improving hospital patient safety culture. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, v. 44, p. 23-32, 2018.

CESTARI, V. R. F. et al. Aplicabilidade de inovações e tecnologias assistenciais para a segurança do paciente: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, v. 22, n. 3. p. 45-480, 2017.

KAWAMOTO, A. M.; et al. Leadership and patient safety culture: perceptions of professionals in a university hospital. *Journal of Research Fundamental Care Online*, v. 8, n. 2, p. 4387-4398. 2016.

LIMA, F. S. S. et al. Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería. *Enfermería global*, v. 13, n. 35, p. 293-309, 2014.

MACEDO, T. R. et al. A cultura da segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergência pediátrica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo,

v. 50, n. 5, p. 756-762, out. 2016

MALTA, D. C. et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 19, n. 11, novembro 2014.

MALTA, D. C.; et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 21, n. 6, p. 1683–1694, 2016.

MINUZZ, A. P., CHIODELLI, N. S.; LOCK, M. O. H. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 25, n. 2, e 1610015. 2016.

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

OLIVEIRA, R. M. et al. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 104-113, 2015.

PEREIRA, F. G. F. et al. Segurança do paciente e promoção da saúde: uma reflexão emergente. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 29, n. 3, p. 271-277, 2015.

RADAELLI, R. G. MEDEIROS, C. R. G. Rede de cuidado em oncologia: trajetórias assistenciais como ferramenta avaliadora da integralidade e do acesso. *Caderno Pedagógico*, v. 12, n. 1, p. 277-288, 2015.

REASON, James. Entendendo eventos adversos: fatores humanos. *BMJ Quality & Safety*, n. 4, p. 80-89, 1995.

SCHWENDIMANN, R. et al. The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events – a scoping review. *BMC Health Services Research*, v. 18, n. 521, 2018.

WHO. World Health Organization. *Patient safety curriculum guide*. Multi-Professional Edition. Patient Safety, p. 1–272, 2011.

### ANEXO B – Sistema de classificação de pacientes – Escala de Fugulin

Área de cuidado/Complexidade	4	3	2	1
Estado mental	Inconsciente	Período de inconsciência	Período de desorientação tempo/espaço	Orientado no tempo e espaço
Oxigenação	Ventilação mecânica	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio	Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio	Não depende de oxigênio
Sinais vitais	Controle de 2/2horas	Controle de 4/4horas	Controle de 6/6horas	Controle de 8/8 horas (rotina)
Motilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal/ auxílio da enfermagem	Dificuldade para movimentar segmento corporal, mudança de decúbito com auxílio da enfermagem	Limitação de movimentos	Movimenta todos os segmentos corporais
Deambulação	Restrito ao leito	Cadeira de rodas	Auxílio para deambular	Deambula sem auxílio
Alimentação	Cateter central	Cateter enteral	Oral com auxílio	Autossuficiente
Cuidado corporal	Banho no leito e higiene oral realizados pela enfermagem	Banho no chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem	Auxílio para banho de chuveiro e higiene oral	Autossuficiente
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para diurese	Uso de comadre ou eliminações no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Autossuficiente
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manter a pressão arterial	EV contínuo ou via cateter enteral	EV intermitente	IM ou VO

<b>Nível de Cuidado</b>	<b>Pontuação</b>
Cuidado intensivo	Acima de 31 pontos
Cuidado semi-intensivo	27-31 pontos
Cuidado de alta dependência	21-16 pontos
Cuidado intermediário	15-20 pontos
Cuidado mínimo	9-14 pontos

Fonte: Adaptado de SANTOS, F.; et al. (2007).

**ANEXO C – Instrumento de pesquisa adaptado do instrumento da pesquisa “Incidentes relacionados a sonda enteral em pacientes hospitalizados: um estudo multicêntrico”.**

<b>A - DADOS GERAIS</b>		
<b>1. Especialidade:</b>	(5) Dermatologia	(10) Imunologia
(1) Clínica Geral	(6) Nefrologia	(11) Gastroenterologia
(2) Neurologia	(7) Hematologia	(12) Moléstias infectocontagiosas
(3) Pneumologia	(8) Oncologia	(13) Geriatria
(4) Cardiologia	(9) Endocrinologia	(14) Outra: _____
<b>2. Em uso de sonda enteral na admissão na Unidade/Enfermaria?</b> (1) Sim (2) Não		
<b>B – DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS</b>		
<b>3. (NReg)</b> Número do registro: _____	<b>4. (DN)</b> Data de nascimento: ____/____/_____	
<b>5. (Sex)</b> Sexo: (1) Feminino (2) Masculino (99) NR/NS	<b>6. (Proc)</b> Procedência: _____	
<b>7. (Est)</b> Estado: _____	<b>8. (País)</b> País: (1) Brasil (2) Outro: _____	
<b>9. (Rac). Em relação a sua cor/raça, o sr (a) se considera...</b>		
(1) Branca (2) Negra (3) Parda (4) Indígena 5) Amarela (oriental) (99) NR/NS		
<b>10. (EstCiv).</b> Qual o estado civil atual? (1) Casado (2) Solteiro (3) Separado/divorciado (4) Viúvo (5) Companheiro		
<b>11. (Escol)</b> O(A) Sr(a) estudou na escola?		
(1). Não	(6) Ensino médio completo	
(2). Não, mas sabe ler e escrever	(7) Nível superior incompleto: ____ anos	
(3) Ensino fundamental incompleto: ____ anos	(8) Nível superior completo	
(4) Ensino fundamental completo	(9) Pós-graduação	
(5) Ensino médio incompleto: ____ anos	(10) Pós-graduação incompleta: ____ anos	
<b>12. (Ocup).</b> Qual a sua ocupação atual? _____		
<b>C – DADOS CLÍNICOS E FISIOLÓGICOS NA ADMISSÃO</b>		
<b>13. (CIDP_Ad)</b> CID-10 Principal: _____		
_____		
<b>14. (CIDS_Ad)</b> CID-10 Secundário(s): _____		
_____		
<b>15. (Fug_Ad)</b> Resultado Fugulin:		
(1) Cuidado mínimo	(4) Cuidado semi-intensivo	
(2) Cuidado intermediário	(5) Cuidado intensivo	
(3) Cuidado alta-dependência		
<b>D – DADOS TERAPÊUTICOS NA ADMISSÃO</b>		

**Dados relacionados à sonda enteral:****16. (MotuS)** Motivo para o uso da sonda enteral:

- |  |  |
|--|--|
| (1) Disfagia   | (5) Inapetência/baixa aceitação via oral |
| (2) Uso de tubo orotraqueal                                | (6) Queda do estado geral                |
| (3) Queda do sensorio/rebaixamento do nível de consciência | (7) Outro: _____                         |
| (4) Desnutrição  |  |

**17. (MatS)** Material da sonda: (1) PVC (2) Poliuretano (3) Silicone (4) Outro: \_\_\_\_\_**18. (CalbS)** Calibre da sonda:

- |           |                  |
|-----------|------------------|
| (1) 8 fr  | (5) 16 fr        |
| (2) 10 fr | (6) 18 fr        |
| (3) 12 fr | (7) 20 fr        |
| (4) 14 fr | (8) 22 fr        |
| (5) 16 fr | (9) Outro: _____ |

**19. (FabrS)** Fabricante da sonda:

- |                |                   |
|----------------|-------------------|
| (1) Embramed®  | (6) Freka®        |
| (2) Frenesius® | (7) Medicone®     |
| (3) Markmed®   | (8) Tylor®        |
| (4) Medsonda®  | (9) Silmag®       |
| (5) Covidien®  | (10) Brasmed®     |
|                | (11) Outra: _____ |

**20. (Sprad)** A sonda de poliuretano é radiopaca? (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica**21. (Sicav)** A sonda foi introduzida por qual cavidade? (1) Oral (2) Nasal**22. (TecinS)** Técnica utilizada para introdução da sonda:

- |                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| (1) Às cegas/beira leito | (4) Ultrassom      |
| (2) Endoscopia           | (5) Outra: _____   |
| (3) Fluoroscopia         | (99) Não se aplica |

**23. (PosS)** Posicionamento da extremidade distal da sonda: (1) Gástrica (2) Entérica (duodenal/jejunal)**24. (Confps)** Confirmado posicionamento da sonda após a introdução? (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica**25. (TeccpS)** Técnica(s) utilizada(s) para confirmar posicionamento da sonda, após a introdução:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| (1) Ausculta do epigástrico                                  | (5) ausculta do epigástrico e exame radiológico |   |
| (2) Ausculta do epigástrico e aspiração do conteúdo gástrico |   | (6) ausculta do epigástrico, aspiração do conteúdo gástrico e exame radiológico |
| (3) Aspiração do conteúdo gástrico                           |   | (7) Outro(s): _____   |
| (4) Exame radiológico  |   |   |

**26. (RaioX)** Resultado do laudo do Raio X de confirmação do posicionamento da extremidade distal da sonda:

- |              |                    |
|--------------|--------------------|
| (1) Gástrica | (6) Mediastino     |
| (2) Entérica | (7) Espaço pleural |
| (3) Esôfago  | (8) Não realizado  |
| (4) Traqueia | (9) Outro: _____   |
| (5) Pulmão   | (99) Não se aplica |

**B – DADOS CLÍNICOS E FISIOLÓGICOS NO MOMENTO DO INCIDENTE****27. (Fug\_iS)** Resultado Fugulin:

- |                              |                            |
|------------------------------|----------------------------|
| (1) Cuidado mínimo           | (4) Cuidado semi-intensivo |
| (2) Cuidado intermediário    | (5) Cuidado intensivo      |
| (3) Cuidado alta-dependência |                            |

### D – INCIDENTE(S) RELACIONADO(S) À SONDA ENTERAL

**28. (IncMec)** Incidente(s) mecânico(s):

- |  |  |
|--|--|
| (1) Saque não planejado/acidental da sonda | (6) Perfuração ou estenose de esôfago        |
| (2) Obstrução da sonda                     | (7) Perfuração de cérebro                    |
| (3) Migração da sonda/deslocamento         | (8) Pneumotórax                              |
| (4) Epistaxe/sangramento nasal             | (9) Várias tentativas de introdução da sonda |
| (5) Edema de mucosa nasal                  | (99) Não se aplica                           |

**29. (IncMet)** Incidente(s) Metabólico(s):

- |                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| (1) Hipernatremia | (4) Hipoglicemia   |
| (2) Hiponatremia  | (99) Não se aplica |
| (3) Hiperglicemia |                    |

**30. (IncGast)** Incidente(s) gastrointestinal(is):

- |                            |                         |
|----------------------------|-------------------------|
| (1) Náusea                 | (5) Cólica              |
| (2) Vômito                 | (6) Distensão abdominal |
| (3) Diarreia               | (7) Flatulência         |
| (4) Constipação/Obstipação | (99) Não se aplica      |

**31. (IncInfec)** Incidente(s) infeccioso(s): (1) Pneumonia aspirativa (2) Gastroenterocolite (99) Não se aplica

**32. (OutIncS)** Outro(s) incidente(s) relacionado(s) a sonda enteral:

- |                     |                                    |
|---------------------|------------------------------------|
| (1) Lesão da pele   | (4) Qualidade do material da sonda |
| (2) Broncoaspiração | (5) Outro: _____                   |
| (3) Conexão errada  |                                    |

**33.** Descrever, em ordem cronológica (incluindo fatos e horários), como ocorreu o incidente: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**34. (ConiisS)** Consequência do incidente para paciente:

- |              |                    |
|--------------|--------------------|
| (1) Nenhum   | (4) Grave          |
| (2) Leve     | (5) Óbito          |
| (3) Moderado | (99) Não se aplica |

**35. (MedpinS)** Medidas adotadas após o incidente:

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| (1) Comunicado ao enfermeiro      | (6) Aferidos sinais vitais                        |
| (2) Comunicado ao médico          | (7) Passada nova sonda                            |
| (3) Comunicado à família/cuidador | (8) Comunicado ao Núcleo de Segurança do Paciente |
| (4) Exame físico                  | (9) Nenhuma                                       |
| (5) Registrado no prontuário      | (10) Outra: _____                                 |
|                                   | (99) Não se aplica                                |

**36. (Finfins)** Fonte de informação sobre a ocorrência do incidente:

- |                          |                           |
|--------------------------|---------------------------|
| (1) Equipe de enfermagem | (4) Cuidador/Acompanhante |
| (2) Equipe médica        | (5) Outro: _____          |
| (3) Paciente             | (99) Não se aplica        |

**37. (Minfins)** Meio de obtenção da informação sobre a ocorrência do incidente:

- |                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| (1) Caderneta     | (4) Notificação    |
| (2) Prontuário    | (5) Outro: _____   |
| (3) Relato verbal | (99) Não se aplica |

### A - DADOS GERAIS – ACOMPANHAMENTO

38. (NReg) Número do registro: \_\_\_\_\_

39. (DatRetS) Data de retirada programada da sonda: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

40. (MotRetS) Motivo de retirada programada da sonda enteral:

(1) Dieta VO

(2) Alta

(3) Recusa do paciente em manter a sonda enteral

(4) Gastrostomia/jejunosomia/ileostomia

(5) Outro: \_\_\_\_\_

(99) Não se aplica

#### C – DADOS DA ALTA

41. (DatAlt) Data da alta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

42. (Halt) Horário da Alta: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

43. (UsoSAlt) Paciente em uso de sonda enteral no momento da alta? (1) Sim (2) Não

44. (MotAlt) Motivo da alta:

(1) Domicílio

(4) Centro Cirúrgico

(2) Óbito

(5) Enfermaria

(3) UTI/CTI

(6) Outro: \_\_\_\_\_

Fonte: adaptado de GIMENES; REIS, 2015.

## ANEXO D - Aprovação comitê de ética USP - Ribeirão Preto - SP



Centro Colaborador da OPAS/OMS para o  
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902  
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518  
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

**Ofício CEP-EERP/USP nº 247/2016, de 11.08.2016**

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 10 de agosto de 2016.

**Protocolo CAAE:** 56166016.3.1001.5393

**Projeto:** Incidentes relacionados à sonda enteral em pacientes hospitalizados: um estudo multicêntrico

**Pesquisadores:** Fernanda Raphael Escobar Gimenes

*Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.*

Atenciosamente,

**Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile**

Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

**Prof.ª Dra. Fernanda Raphael Escobar Gimenes**

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

## ANEXO E - Aprovação comitê de ética UNISC – Santa Cruz do Sul - RS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SONDA GEM NASOENTERAL E SEGURANÇA DO PACIENTE: relação entre incidentes e dados socioeconômicos, demográficos e clínicos de pacientes em hospital do Rio Grande do Sul - um estudo baseado em protocolo multicêntrico

**Pesquisador:** JANAÍNA CHIOGNA PADILHA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 04336018.9.0000.5343

**Instituição Proponente:** Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.107.383

#### Apresentação do Projeto:

Projeto em segunda versão.

Porque atendidas de forma correta e adequada as pendências apontadas quando da primeira versão, projeto aprovado e em condições de ser executado conforme novos documentos (cronograma e orçamento) anexados à Plataforma Brasil.

#### Objetivo da Pesquisa:

Projeto em segunda versão.

Porque atendidas de forma correta e adequada as pendências apontadas quando da primeira versão, projeto aprovado e em condições de ser executado conforme novos documentos (cronograma e orçamento) anexados à Plataforma Brasil.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Projeto em segunda versão.

Porque atendidas de forma correta e adequada as pendências apontadas quando da primeira versão, projeto aprovado e em condições de ser executado conforme novos documentos (cronograma e orçamento) anexados à Plataforma Brasil.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto em segunda versão.

**Endereço:** Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603  
**Bairro:** Universitario **CEP:** 96.815-900  
**UF:** RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL  
**Telefone:** (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



**CEP**  
COMITÊ DE ÉTICA  
EM PESQUISA  
DA UNISC

UNISC - UNIVERSIDADE DE  
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 3.107.383

Porque atendidas de forma correta e adequada as pendências apontadas quando da primeira versão, projeto aprovado e em condições de ser executado conforme novos documentos (cronograma e orçamento) anexados à Plataforma Brasil.

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

Projeto em segunda versão.

Porque atendidas de forma correta e adequada as pendências apontadas quando da primeira versão, projeto aprovado e em condições de ser executado conforme novos documentos (cronograma e orçamento) anexados à Plataforma Brasil.

**Recomendações:**

Projeto em segunda versão.

Porque atendidas de forma correta e adequada as pendências apontadas quando da primeira versão, projeto aprovado e em condições de ser executado conforme novos documentos (cronograma e orçamento) anexados à Plataforma Brasil.

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

Projeto em segunda versão.

Porque atendidas de forma correta e adequada as pendências apontadas quando da primeira versão, projeto aprovado e em condições de ser executado conforme novos documentos (cronograma e orçamento) anexados à Plataforma Brasil.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto em segunda versão.

Porque atendidas de forma correta e adequada as pendências apontadas quando da primeira versão, projeto aprovado e em condições de ser executado conforme novos documentos (cronograma e orçamento) anexados à Plataforma Brasil.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Recurso do Parecer	recurso.pdf	03/01/2019 00:25:01		Aceito
Orçamento	orcamento_assinado.pdf	03/01/2019 00:23:40	JANAÍNA CHIOGNA PADILHA	Aceito
Recurso do Parecer	recurso.pdf	26/12/2018 23:32:05		Aceito
Recurso Anexado	justificativa.pdf	26/12/2018	JANAÍNA CHIOGNA	Aceito

**Endereço:** Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603

**Bairro:** Universitario

**CEP:** 96.815-900

**UF:** RS

**Município:** SANTA CRUZ DO SUL

**Telefone:** (51)3717-7680

**E-mail:** cep@unisc.br



UNISC - UNIVERSIDADE DE  
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 3.107.383

pelo Pesquisador	justificativa.pdf	23:31:41	PADILHA	Aceito
Cronograma	cronograma_assinado.pdf	26/12/2018 23:23:20	JANAÍNA CHIOGNA PADILHA	Aceito
Recurso do Parecer	recurso.pdf	14/12/2018 15:36:05		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_alterado.pdf.pdf	14/12/2018 15:28:08	JANAÍNA CHIOGNA PADILHA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1235587.pdf	10/12/2018 22:05:04		Aceito
Outros	anexo_e_assinado.pdf	10/12/2018 22:03:58	JANAÍNA CHIOGNA PADILHA	Aceito
Outros	carta.pdf	10/12/2018 09:36:45	JANAÍNA CHIOGNA PADILHA	Aceito
Outros	aprovacao_projeto_universal.pdf	02/11/2018 21:42:50	JANAÍNA CHIOGNA PADILHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_instituicao.pdf	02/11/2018 21:38:01	JANAÍNA CHIOGNA PADILHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	justificativa_nao_uso_tcle.pdf	02/11/2018 21:07:55	JANAÍNA CHIOGNA PADILHA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	02/11/2018 20:58:22	JANAÍNA CHIOGNA PADILHA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 07 de Janeiro de 2019

---

**Assinado por:  
Renato Nunes  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603  
**Bairro:** Universitário **CEP:** 96.815-900  
**UF:** RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL  
**Telefone:** (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br

## ANEXO F – Normas para submissão da Revista Gaúcha de Enfermagem

### Diretrizes para Autores

#### 1 APRESENTAÇÃO

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

Está indexada no MEDLINE (desde 1986) e na base SCOPUS. Na área de Enfermagem, vem sendo classificada desde 2009 no estrato B1 Internacional do Qualis-Periódicos, conjunto de procedimentos criado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) para estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação.

A RGE, publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro, é editada em duas versões: impressa (ISSN 0102-6933) e eletrônica (E-ISSN 1983-1447). A publicação em meio eletrônico teve início em maio de 2008, com o uso da plataforma SEER (Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas). Encontram-se disponibilizados *online* os resumos dos artigos publicados desde 1983 e textos completos desde 1998. A partir de 2010 a RGE passa a integrar a biblioteca eletrônica SciELO.

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

#### Fontes de indexação

##### Bases Internacionais

CINAHL - Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature

CUIDEN - Base de datos de Enfermería en español

EMBASE

International Nursing Index

LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

LAPTOC - Latin American Periodicals Tables of Contents

LatIndex - Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

MEDLINE/PubMed

MEDLINE Complete - EBSCOhost Research Databases

SCOPUS

Scielo Citation Index

### **Bases Nacionais**

BDENF - Base de Dados em Enfermagem

SciELO - Scientific Electronic Library Online

Portal de Periódicos da Capes

Rev@Enf Portal de Revistas de Enfermagem

### **Participação em catálogos coletivos/diretórios**

CCN - Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Periódicas (IBICT)

Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde

Diadorim - Diretório das Políticas Editoriais das Revistas Científicas Brasileiras

DOAJ - Directory of Open Access Journals

SHERPA/RoMEO - Publisher copyright policies & self-archiving

### **Publicação**

A Revista Gaúcha de Enfermagem é publicada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

### **Missão**

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

## **2 PROCESSO DE AVALIAÇÃO**

A Revista Gaúcha de Enfermagem adota o sistema de avaliação por pares (*peer-review*), omitindo-se os nomes dos autores e consultores, para avaliação do conteúdo e adequação técnico-científica do manuscrito. No entanto, a decisão final quanto à publicação compete à Comissão Editorial. No caso dos manuscritos aceitos para publicação, os direitos autorais são transferidos para a Revista Gaúcha de Enfermagem.

A Comissão Editorial (CED) é formada por docentes da Escola de Enfermagem da UFRGS, com as funções de Editor-Chefe, Editor-assistente e Editores de Área, com o apoio de servidores técnico-administrativos (secretário e bibliotecária) e alunos de pós-graduação. Para

a avaliação dos manuscritos, a Revista conta com a colaboração de pareceristas de instituições assistenciais, de ensino e de pesquisa nacionais e internacionais.

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

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

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

Os artigos que apresentarem semelhanças com outros já publicados não serão aceitos para publicação.

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

O processo de avaliação de um artigo na RGE compreende as etapas de pré-avaliação, **encaminhamento e monitoramento da avaliação, avaliação pelos pareceristas, reformulações do manuscrito pelos autores, avaliação da CED e comunicação da decisão aos autores, parecer biblioteconômico, tradução e editoração do artigo, definição da publicação e publicação online.**

## 2.1 Pré-avaliação

O manuscrito, após submissão à RGE via *online*, passa por processo de pré-avaliação coordenado pelo Editor Assistente, que avalia o atendimento às normas de publicação, relevância do artigo, bem como aspectos básicos do método e redação científica. Nesta etapa, poderão ser solicitadas adequações, com o envio de *check list*, mediante o retorno dos autores e, tendo atendido as solicitações, será encaminhado ao Editor de Seção. Caso não atenda, será recusado sem emissão de parecer consubstanciado.

Caso os autores não se manifestem em até cinco dias após o envio do *check list*, o Editor Assistente enviará um segundo aviso, e não havendo resposta também em até cinco dias, arquivará esta submissão. O processo de submissão deverá ser reiniciado.

## **2.2 Encaminhamento e monitoramento da avaliação**

O Editor de Seção selecionará dois pareceristas *ad hoc*, especialistas na temática e no método do artigo em avaliação, e encaminhará o manuscrito para avaliação por meio de formulário específico. Caberá, ainda, ao Editor de Seção o monitoramento e encaminhamento do processo de avaliação. Ao receber o retorno dos pareceristas fará o encaminhamento à CED.

## **2.3 Avaliação pelos pareceristas**

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

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

Os pareceres dos pareceristas serão apreciados pelo Editor de Seção, que encaminha aos autores, quando os pareceres sugerem reformulações, ou à CED, quando os pareceres sugerem recusa do manuscrito.

## **2.4 Reformulações do manuscrito pelos autores**

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

## **2.5 Avaliação da CED e comunicação da decisão aos autores**

A CED, 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. A CED é o fórum que decide pela publicação ou não do manuscrito. Os manuscritos serão, portanto, aceitos, reformulados ou recusados. Em qualquer uma das possibilidades o autor é comunicado.

## **2.6 Parecer biblioteconômico**

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

## **2.7 Tradução e editoração do artigo**

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

## **2.8 Definição da publicação**

A CED definirá o volume e o número da RGE em que o artigo será publicado e comunicará ao(s) autor(es).

A prova tipográfica será realizada pelo Editor Chefe.

## **2.9 Publicação *online***

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

# **3 INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES**

## **3.1 Orientações gerais**

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

Na RGE podem ser publicados artigos escritos por especialistas em outras áreas, desde que o tema seja de interesse para a área de Enfermagem. Bem como serão aceitos manuscritos nos idiomas português, espanhol ou inglês.

A submissão dos artigos deverá ser feita, exclusivamente, *online* pelo *site*:

**<https://mc04.manuscriptcentral.com/rgenf-scielo>**

Para submeter o manuscrito não é preciso ser assinante da Revista. Contudo, **deverá ser efetuado pagamento das taxas** de submissão (no momento da submissão do artigo; esta taxa

não será ressarcida aos autores diante do arquivamento ou recusa do manuscrito); e de publicação (no momento do aceite do manuscrito para publicação).

(<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/about/editorialPolicies#custom-1>)

A **taxa de submissão** deverá ser paga no momento da submissão do manuscrito. O documento de depósito bancário deverá ser digitalizado e anexado como documento suplementar. A **taxa de publicação** deverá ser efetuada no momento de recebimento da carta de aceite da CED.

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

Somente após o aceite do trabalho estas informações serão inseridas após as Referências.

Os autores dos trabalhos submetidos às RGE deverão anexar como documento suplementar uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, elaborada conforme modelo da Revista (<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/about/editorialPolicies#custom-1>), assinada por todos os autores e indicando o tipo de participação de cada um na pesquisa.

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

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

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

### 3.2 Apresentações dos originais

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

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

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

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

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

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

A Revista publica as seguintes seções:

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

**Artigos originais:** são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita. Devem obedecer à seguinte estrutura: a **introdução** deve apresentar a questão norteadora, justificativa, revisão da literatura (pertinente, relevante e atualizada) e objetivos. Os **métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Os **resultados** devem ser descritos em sequência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. A **discussão**, que pode ser redigida junto com os resultados

nos estudos de abordagem qualitativa, deve desenvolver a argumentação crítica dos resultados, com o apoio na literatura, e a interpretação dos autores. As **conclusões ou considerações finais** devem destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para novas pesquisas. Devem obedecer ao limite de **20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e conter 20 referências, no máximo)**;

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

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

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

**Relatos de caso:** são contribuições descritivas e contextualizadas, complementada por análise crítica fundamentada, a partir de um caso, situação, procedimento, experiência ou inovação, podendo ser na área do cuidado, do ensino ou de pesquisa. Devem conter título;

resumo; descritores; introdução, objetivo, estratégia de busca na literatura; exposição do caso, técnica ou situação; discussão fundamentada na literatura; conclusão e referências. Faculta-se a inclusão de figuras, tabelas, gráficos e ilustrações. Tratando-se de relato de caso clínico, é obrigatório enviar o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos como documento suplementar. Devem obedecer ao limite de **10 páginas no total do artigo, incluindo as referências (15 no máximo)**.

Os manuscritos devem conter:

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

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

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

**Objetivo:** (objetivo geral)

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

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

**Conclusões:** (respostas aos objetivos baseadas nos resultados)

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

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

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

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

**Metodologia ou Métodos ou Materiais e Métodos:** deve apresentar o método empregado: tipo de estudo; referencial teórico do estudo e o utilizado para análise dos dados, inclusive os testes estatísticos quando apropriados; amostra e amostragem, critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos/participantes; período do estudo; local do estudo; considerações éticas (número e data de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos); uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Consentimento para Uso de Dados, quando apropriado.

**Resultados:** devem ser descritos em sequência lógica. Quando forem apresentados em tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas.

**Discussão:** deve conter a comparação dos resultados com a literatura representativa, atualizada, e a interpretação dos autores apontando o avanço do conhecimento atual. A discussão poderá ser apresentada juntamente com os resultados quando se tratar de artigos originais resultantes de estudos com abordagens qualitativas.

**Conclusões ou Considerações Finais:** devem destacar os achados mais importantes na perspectiva dos objetivos do estudo, comentar as limitações e as implicações para novas pesquisas e para o corpo de conhecimento na área de Enfermagem e da Saúde, considerando o ensino, pesquisa, assistência e gestão.

**Referências:** devem ser apresentadas no máximo 20 referências para os artigos originais e 15 para os artigos de reflexão. Não há limite de referências para as revisões sistemáticas e as revisões integrativas. As referências, de abrangência nacional e internacional, devem ser atualizadas (últimos três a cinco anos), sendo aceitáveis fora desse período no caso de constituírem referencial primário ou clássico sobre um determinado assunto. No caso de teses e dissertações, recomenda-se que sejam citados, preferencialmente, os artigos oriundos das mesmas.

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

**Citações:** devem ser apresentadas no texto de acordo com o sistema numérico, com os números correspondentes entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre a palavra e o número da citação e precedendo o ponto final. Nas citações não deve ser mencionado o nome dos autores, excluindo-se expressões como: “segundo...”, “de acordo com...”. Quando se tratar de citação

sequencial, os números devem ser separados por hífen e, quando intercaladas, devem ser separados por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafos com palavras do autor (citação direta), devem-se utilizar aspas iniciais e finais na sequência do texto. Recomenda-se a utilização criteriosa desse recurso, de acordo com a norma da ABNT NBR 10520/2002 (Informação e Documentação – Citações em documentos – Apresentação).

Exemplos:

Pesquisas apontam que...<sup>(1-4)</sup>.

Alguns autores acreditam que...<sup>(1,4-5)</sup>.

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

Os manuscritos ainda podem conter:

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

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

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

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

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

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

**Utilizar negrito para destaque e itálico para palavras estrangeiras.**

**Deve ser evitada a apresentação de apêndices** (elaborados pelos autores) e **anexos** (elaborados a partir de materiais publicados por outros autores).

## EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

### Artigos de periódicos

#### 1. Artigo padrão

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

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

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

### ***2. Instituição como autor***

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

### ***3. Sem indicação de autoria***

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

### ***4. Volume com suplemento***

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

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

### ***5. Fascículo com suplemento***

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

### ***6. Fascículo com número especial***

Cunha MLC. Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. *Rev Gaúcha Enferm.* 2000;21(esp):70-83.

### ***7. Volume com parte***

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

### ***8. Fascículo sem número***

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

### ***9. Fascículo sem volume***

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

**10. Nenhum volume ou número de fascículo**

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

**11. Paginação em algarismos romanos**

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

**12. Indicação do tipo de artigo (se necessário)**

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

**Livros e outras monografias****13. Pessoa física como autor**

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

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

**14. Organizador, editor, compilador como autor**

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

**15. Instituição como autor e publicador**

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2013 jun 13;150(112 Seção 1):59-62.

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

**16. Capítulo de livro**

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

**17. Livro com indicação de série**

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

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

**18. Trabalho apresentado em evento**

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

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

### **19. Dissertação e Tese**

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

### **20. Artigo de jornal**

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

### **21. Documento jurídico**

Ministério da Saúde (BR). Decreto Nº 1.948, de 3 de julho de 1996: regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 1996 jul 3;134(128 Seção 1):12277-9.

### **22. Verbetes de dicionário**

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

### **23. Material em fase de publicação**

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

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

### **Material eletrônico**

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

### **24. Artigo de periódico em formato eletrônico**

Pedron CD, Bonilha ALL. Práticas de atendimento ao neonato na implantação de uma unidade neonatal em hospital universitário. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2008 [citado 2009 fev 15];29(4):612-8. Disponível em:

<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7633/4688>.

### **25. Artigo com Digital Object Identifier (DOI):**

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

### ***26. Monografia em formato eletrônico***

Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. O diagnóstico do câncer [Internet]. Rio de Janeiro; 1999 [citado 2008 jun 23]. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=31](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=31).

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

### ***27. Trabalho disponível em anais em meio eletrônico***

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

### ***28. DVD e CD-ROM***

Ministério da Saúde (BR). Dez passos da alimentação saudável para crianças menores de dois anos [DVD]. Brasília (DF); 2012.

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

### ***29. Homepage / Web site***

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

### ***30. Parte de uma área homepage / Web***

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

## **Banco de dados na Internet**

### ***31. Banco de dados aberto***

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

### ***32. Banco de dados fechado***

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

### 33. Blogs

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

### 34. Contribuição para um blog

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

## Condições para submissão

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

1. A contribuição é original e inédita e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; não sendo o caso, justificar em "Comentários ao Editor".
2. Os arquivos para submissão devem ser encaminhados em Word for Windows, fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo (inclusive os resumos), com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm.
3. O texto segue os requisitos de formatação da Revista segundo as Diretrizes para Autores, encontradas no menu "Sobre">"Submissões">"Diretrizes para autores".
4. O título deve ter, no máximo, 15 palavras.
5. O texto indexado não deve conter nenhuma informação que possa identificar os autores. Informações sobre os autores deve ser incluída apenas **nos metadados** (passo 2).
6. O título, o resumo e os descritores devem vir com suas equivalências em espanhol e inglês.
7. Os resumos não devem ultrapassar 150 palavras. Deve ser elaborado obedecendo ao formato de **resumo estruturado**.
8. Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e resumo deve ser em letras maiúsculas e em negrito (Ex.: **TÍTULO; RESUMO**); *resumen* e *abstract* em maiúsculas, negrito e itálico (ex.: **RESUMEN; ABSTRACT**); seção primária em maiúscula e negrito

(ex.: **INTRODUÇÃO**); e seção secundária em minúscula e negrito (ex.: **Histórico**).

Evitar o uso de marcadores ao longo do texto (Ex.: -, \*, etc.) e alíneas [a), b), c)...

9. O texto deve conter o número de palavras e de referências preconizado para cada seção da Revista (Artigos Originais, Artigos de Revisão Sistemática, Artigos de Reflexão).
10. No texto, substituir o nome dos autores citados por sua codificação numérica, sobrescrita e entre parênteses, conforme foram citados no texto e eliminando expressões do tipo "Segundo...", "De acordo com...".
11. As referências devem seguir o estilo *Vancouver e ser atualizadas e preferencialmente de periódicos. Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples.*

A declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais deve ser assinada por todos os autores e encaminhada como documento suplementar à Revista conforme modelo contido nas Diretrizes para Autores

#### **Declaração de Direito Autoral**

Direitos Autorais para artigos publicados nesta Revista são do autor, com direitos de primeira publicação para a Revista. Em virtude da Revista ser de acesso público, os artigos são de uso gratuito, com atribuições própria, em aplicações educacionais e não-comerciais, estando licenciados sob uma Licença Creative Commons tipo (CC) BY-NC.

## **ANEXO G – Normas para submissão da Revista da Escola de enfermagem da USP**

Revista da Escola de Enfermagem da USP é um periódico publicado em fluxo contínuo, revisado por pares, com o objetivo de publicar artigos empíricos inéditos que representem um avanço significativo para o exercício profissional ou para os fundamentos da Enfermagem.

**Missão:** fomentar a produção e a disseminação do conhecimento da Enfermagem e áreas correlatas, tendo como foco a interlocução internacional para o avanço da ciência Enfermagem. **Áreas de Interesse:** Enfermagem e área da Saúde.

A abreviatura de seu título é **Rev Esc Enferm USP**, que deve ser usada em bibliografias, notas de rodapé e em referências e legendas bibliográficas.

**Fator de Impacto: 0,743**

**Classificação Qualis/CAPES: A2**

### **Fontes de indexação**

- WEB OF SCIENCE
- MEDLINE
- CINAHL
- SCOPUS
- LILACS
- LATININDEX
- CUIDEN-Plus
- REDALYC
- PERIÓDICA
- BDENF
- DOAJ
- ULRICH'S

### **Propriedade intelectual**

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons do tipo atribuição BY. A revista online tem acesso aberto e gratuito.

### **Orientações Básicas**

A REEUSP aceita artigos inéditos e originais. Utiliza o sistema CrossRef para localização de textos similares e identificação de plágio e autoplágio. Textos que apresentarem

semelhanças com outros já publicados serão excluídos do processo de avaliação e os autores suspensos, a depender da gravidade e extensão da má conduta científica. Nesses casos, a Revista adota as orientações do *Committee on Publication Ethics* (COPE) (<http://publicationethics.org/>).

O conteúdo dos artigos deve agregar **conhecimento e representar um avanço** para a prática, o ensino ou a pesquisa em enfermagem e saúde.

Os manuscritos podem ser submetidos nos idiomas português, inglês e espanhol e destinados exclusivamente à REEUSP. Não é permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, parcial ou integralmente.

A revista utiliza a normalização dos “Requisitos Uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos” (Estilo Vancouver) (<http://www.icmje.org/recommendations/>).

Nas pesquisas envolvendo seres humanos é necessário o envio de cópia da aprovação por um Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde – CNS ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa. Nas pesquisas envolvendo animais, exige-se a aprovação do Comitê de Ética no Uso de Animais.

Parecer do Comitê de Ética e a coleta de dados: máximo 5 anos.

O artigo deve ser submetido *online* no sistema *ScholarOne* (<http://mc04.manuscriptcentral.com/reeusp-scielo>), acompanhado de carta à Editora-chefe informando os motivos pelos quais a REEUSP foi selecionada para a submissão. Adicionalmente, devem ser destacados os avanços e as contribuições do texto frente às publicações recentes já veiculadas sobre a temática.

**As pessoas designadas como autores devem ter participado substancialmente da elaboração do manuscrito para assumir a responsabilidade pelo seu conteúdo.** O *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) recomenda que a autoria se baseie nos seguintes critérios: a) contribuições substanciais na concepção ou desenho do trabalho; b) na coleta, análise e interpretação dos dados; c) na redação do artigo ou na sua revisão crítica; d) na aprovação final da versão a ser publicada.

Todos aqueles designados como autores devem atender aos quatro critérios de autoria. **O número máximo de autores é seis.**

Os autores devem colocar o nome por extenso, a contribuição detalhada de cada um dos autores, assinar e enviar a **Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais**, na submissão do manuscrito (modelo anexo).

Todos os autores devem associar o número de registro no ORCID ao seu perfil no *ScholarOne* e informá-lo na submissão (<https://orcid.org/>).

Para a utilização do artigo em acesso aberto, a REEUSP adota a Licença *Creative Commons* Licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses>).

### **Custos de publicação**

Para autores no Brasil:

#### **Taxa de Submissão/Editoração**

Taxa de submissão: R\$ 200,00 (duzentos reais)

Taxa de editoração: R\$ 1.000,00 (mil reais)

As taxas deverão ser pagas através de transferências/depósitos bancários para:

Centro de Apoio à Escola de Enfermagem da USP (CEAP/EE)

CNPJ: 13.523.056/0001-72

Banco: Santander (033)

Agência: 0201

Conta: 13.004932-3

#### **Para autores fora do Brasil:**

Não será cobrada a taxa de submissão. Se o artigo for aceito, será cobrada uma Taxa de Editoração no valor de USD 500 dólares (quinhentos dólares).

As despesas bancárias são de responsabilidade dos autores.

DÓLAR (USD – code 220)

Banco Correspondente: Standard Chartered Bank – New York – USA

SWIFT (BIC CODE): SCBLUS33XXX

Clearing Code: ABA 026002561 / CHIPS UID 0256

Número da conta: 3544034644001

Nota: Os dados do Banco Correspondente nem sempre são requisitados pelo banco.

Banco Beneficiário: Banco Santander (Brasil) S.A.

SWIFT (BIC CODE): BSCHBRSP

Nome do Beneficiário – Centro de Apoio à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEAP-EE),

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, 1º andar, São Paulo – Brazil

Número da agência: 0201

Número da conta (ou IBAN): BR63 9040 0888 0020 1013 0049 323C 1

Ao submeter o manuscrito no *ScholarOne* o comprovante da transferência ou do depósito (escaneado) deverá ser anexado em File Upload: Payment Proof.

Após o pagamento e a finalização da submissão, preencha os dados no link para emissão de recibo.

<https://goo.gl/forms/DWTV8f2lVDzm1gQ43>

A taxa de submissão não será devolvida se o manuscrito não for aceito para publicação.

**Tradução e revisão:** Quando o artigo for aprovado para publicação, a tradução para o idioma inglês deverá ser providenciada de acordo com as orientações da Revista.

Os manuscritos aprovados, submetidos em inglês ou espanhol deverão passar por uma revisão profissional do idioma.

O custo da tradução e eventual revisão é de responsabilidade dos autores.

### **Categorias de Publicações**

**Artigo original:** resultado de pesquisa primária, com metodologia rigorosa, clara, discussão aprofundada e interface com a literatura científica nacional e internacional. Limitado a 15 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

**Revisão sistemática com ou sem meta-análise ou metassíntese:** análise de estudos primários, quantitativos ou qualitativos, tendo por finalidade a busca de evidências. Limitada a 25 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

**Estudo teórico:** análise de teorias ou métodos que sustentam a ciência da enfermagem ou de áreas correlatas que contribuem para o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem. Limitado a 15 páginas (incluindo resumo, quadros, figuras e referências).

**Relato de experiência profissional:** estudo de situação de interesse para a atuação de enfermeiros em diferentes áreas, contendo análise de implicações conceituais, descrição de procedimentos com estratégias de intervenção ou evidência metodológica apropriada para a avaliação da eficácia de um procedimento ou estratégia. Limitado a 15 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

**Carta à Editora ao Editor:** destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na Revista, expressando concordância ou discordância sobre o assunto abordado. Limitado a uma página.

**Editorial e Ponto de Vista:** Usualmente são convidados pelo editor. Não são submetidos à revisão por pares e nem é cobrada a taxa de publicação.

## Estratégias de Qualificação dos Manuscritos

Relações que podem estabelecer conflito de interesse, ou mesmo nos casos em que não ocorra, devem ser esclarecidas.

A REEUSP adota como estratégias de qualificação para a publicação de estudos de pesquisa, tais como as da *Organização Mundial da Saúde*(OMS), *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) e *Enhancing the Quality and Transparency of Health Research* (EQUATOR network). Tais estratégias constituem recursos que favorecem o potencial de publicação e sua utilização em referências em pesquisas. A seguir, apresentam-se alguns protocolos internacionais validados a serem utilizados conforme o desenho da pesquisa:

**Ensaio clínico:** CONSORT <http://www.consort-statement.org/downloads> e identificação de Registros de Ensaio Clínico validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)). O número de identificação deve constar no final do resumo.

**Revisões sistemáticas e meta-análises:** PRISMA <http://www.prisma-statement.org/2.1.2%20-%20PRISMA%202009%20Checklist.pdf> Apresentar, sempre que possível, o método de concordância adotado para a análise dos artigos incluídos, por ex., Kappa.

**Estudos observacionais em epidemiologia:** STROBE [http://stroke-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE\\_checklist\\_v4\\_combined.pdf](http://stroke-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf)

**Estudos qualitativos:** <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>

**OBS:** protocolos de outros tipos de estudos são encontrados na rede EQUATOR <http://www.equator-network.org/> e no artigo de Larson E, Cortazal M. Publication guidelines: need widespread adoption. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2012;65:239-246.

## Estrutura e Preparo dos Manuscritos

**Formato do arquivo:** doc ou docx (MS Word).

**Texto:** ortografia oficial em folhas A4; espaço entrelinhas de 1,5; fonte Times New Roman, tamanho 12, inclusive nas tabelas. As margens superiores, inferiores e laterais devem ter 2,5 cm.

**Página de título (deve conter):**

Título: máximo de 16 palavras, somente no idioma do artigo, em negrito, utilizando caixa alta somente no início do título e substantivos próprios. Não devem ser usadas abreviaturas, siglas ou a localização geográfica da pesquisa. O título é a parte mais lida e divulgada de um texto e tem como objetivo informar o conteúdo do artigo. Deve ser claro, exato e atraente.

Nomes dos autores: completos e sem abreviações, numerados em algarismos arábicos, com as instituições às quais pertencem, o local, o estado e o país. O autor deve seguir a forma como seu nome é indexado nas bases de dados e inserir o número de registro ORCID no cadastro do *ScholarOne*.

Instituições: até três hierarquias institucionais de afiliação (Universidade, Faculdade, Departamento).

Autor correspondente: indicação do nome, endereço para correspondência, telefone para contato e e-mail.

Manuscrito extraído de dissertação ou tese: indicar por asterisco, em nota de rodapé o título, o ano e a instituição onde foi apresentada.

**Resumo:** somente no idioma do artigo, até 1290 caracteres com espaço. Deve ser estruturado em: **objetivo, método, resultados e conclusão**. Exceção para os **estudos teóricos**. Os ensaios clínicos devem apresentar o número do registro no final do resumo.

**Descritores:** três a seis descritores que identifiquem a temática, acompanhando o idioma do resumo português (descritores), inglês (descriptors) ou espanhol (descriptores); separados entre si por ponto e vírgula; extraídos do vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME, ou MeSH (Medical Subject Headings), elaborado pela NLM (*National Library of Medicine*).

**Documento principal (Main Document):**

Deve conter o título, o resumo, os descritores e o corpo do manuscrito. Não coloque a identificação dos autores.

**Conteúdo do texto:** Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências, apresentados em tópicos distintos. Os **Objetivos** devem ser inseridos no final da Introdução.

Introdução: Breve definição do problema estudado, justificando sua importância e as lacunas do conhecimento, com base em referências nacionais e internacionais atualizadas.

Objetivo: Estabelecer a questão principal e as hipóteses a serem testadas.

Método: Subdividir a seção nos tópicos: Tipo ou Desenho do estudo; População ou Cenário; Critérios de seleção; Definição da amostra (se for o caso); Coleta de dados; Análise e tratamento dos dados; Aspectos éticos.

Resultados: Apresentação e descrição somente dos dados encontrados, sem interpretações ou comentários. Para facilitar a compreensão, podem ser acompanhados por tabelas, quadros e figuras. O texto deve complementar ou destacar o que é mais importante, sem repetir os dados das tabelas ou das figuras. O número de participantes da pesquisa faz parte dos Resultados.

Discussão: Deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo as concordâncias e as divergências com outras pesquisas já publicadas, nacionais e internacionais. Deve apontar as limitações do estudo e os avanços para a área da enfermagem/saúde.

Conclusão: Deve ser direta, clara e objetiva, em resposta às hipóteses ou aos objetivos, fundamentada nos resultados e na discussão. Não citar referências.

Referências: máximo de 30 (exceto em estudos de revisão, a depender da busca e da seleção de inclusão dos estudos). Seguir a proporcionalidade de 80% de artigos de periódicos, no mínimo metade deles indexados em bases de dados internacionais. Permite-se 15% de autocitação dentre os citáveis.

**Citações de referências no texto:** enumeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por hífen. Ex.: (1-4); quando intercaladas, deverão ser separados por vírgula, ex.: (1-2,4).

**Citações de referências no final do texto:** estilo “Vancouver”, disponível no endereço eletrônico ([https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)). A lista apresentada no final do artigo deve ser numerada de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto. Os títulos dos periódicos abreviados de acordo com: List of Journals Indexed for MEDLINE (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>).

Incluir as referências estritamente pertinentes ao assunto abordado, atualizadas (dos últimos 5 anos), de abrangência nacional e internacional. Evitar a inclusão de número

excessivo de referências na mesma citação.

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Referências de artigos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP e de outros periódicos brasileiros bilíngues devem ser citadas no idioma inglês.

**Depoimentos:** Frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem ser citados em itálico. Sua identificação deve ser codificada a critério do autor e entre parênteses.

**Citações textuais:** devem ser descritas entre aspas, sem itálico e na sequência do texto.

**Ilustrações:** no máximo cinco entre Tabelas, Quadros e Figuras, devem estar inseridas obrigatoriamente no corpo do texto, com informações não repetidas e com títulos informativos e claros. Nas Tabelas, os títulos devem conter o local, a sigla do estado, o país e o ano da coleta de dados.

Gráficos, fluxogramas ou similares, devem ser preferencialmente editáveis, em formato vetorial. Fotos, imagens, ou similares devem ter resolução final de 300 DPI. Ambos podem ser coloridos e devem ser legíveis.

Quando não elaboradas pelos autores, todas as ilustrações devem indicar a fonte de onde foram extraídas.

**Apoio financeiro:** Informar o nome das instituições públicas ou privadas que deram apoio financeiro, assistência técnica e outros auxílios. A informação deve constar na página de título e no sistema de submissão.

**Siglas:** Restrita ao mínimo possível. Devem ser citadas por extenso na primeira vez que aparecerem no texto; não usar em título e resumo.

#### **CONTATO:**

Revista da Escola de Enfermagem da USP - REEUSP

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

05403-000 São Paulo - SP/ Brasil

**Telefones:** (55 11) 3061-7553; 3061-7526

[reeusp@usp.br](mailto:reeusp@usp.br)

## ANEXO H – Artigo submetido à Revista da Escola de Enfermagem da USP

Revista da Escola de Enfermagem da USP



Incidentes associados ao uso de sonda nasoenteral e a relação com a segurança do paciente

Journal:	Revista da Escola de Enfermagem da USP
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Original Article
Descriptors - Please find your keywords from the following lists <a href="http://decs.bvs.br/" target="_blank">http://decs.bvs.br/</a> and <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh" target="_blank">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh</a> ..	segurança do paciente, Avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, Cuidado, Sondas de alimentação enteral, Hospitalização

SCHOLARONE™  
Manuscripts

<https://mc04.manuscriptcentral.com/reeusp-scielo>