



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

EVELINE MARIA MAGALHÃES DE MELO ZILLE

**FATORES DE RISCO PARA ERROS DE MEDICAÇÃO EM DOIS
HOSPITAIS PÚBLICOS DO DISTRITO FEDERAL**

Ceilândia

2016

EVELINE MARIA MAGALHÃES DE MELO ZILLE

**FATORES DE RISCO PARA ERROS DE MEDICAÇÃO EM DOIS
HOSPITAIS PÚBLICOS DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado de Curso de Graduação em Enfermagem como exigência para obtenção de aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II pertencente ao currículo do Curso de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Cris Renata Grou Volpe

Ceilândia

2016

EVELINE MARIA MAGALHÃES DE MELO ZILLE

FATORES DE RISCO PARA ERROS DE MEDICAÇÃO EM DOIS
HOSPITAIS PÚBLICOS DO DISTRITO FEDERAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado de Curso de Graduação em Enfermagem
como exigência para obtenção de aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II
pertencente ao currículo do Curso de Bacharel em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Cris Renata Grou Volpe

Prof.^a Dra. Marina Morato Stival

Prof.^ª Ms. Luciano Ramos de Lima

Data da apresentação: 25/11/2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me guiou nessa jornada, e permitiu a conclusão dessa etapa.

Aos meus pais, Everaldo e Maria, por estarem sempre ao meu lado, pelos incentivos em todos os momentos, pela preocupação, e por nunca me deixarem desistir. Sou muito abençoada por ter pais tão maravilhosos.

Ao meu marido Raphael, pelo apoio incondicional, por me ajudar nos momentos mais difíceis e pelo incentivo na elaboração desse trabalho.

A minha irmã que sempre esteve ao meu lado me dando o apoio que eu precisava.

Aos meus familiares pela força e torcida.

À minha orientadora, professora Cris Renata Grou Volpe, por me ajudar na conclusão da pesquisa e trabalho, e por compartilhar seu conhecimento comigo durante todos esses anos de pesquisa.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição das informações na prescrição do hospital 1 e 2. Brasília, 2016.....10

Tabela 2: Informações dos medicamentos na prescrição médica, hospital 1 e hospital 2. Brasília, 201611

Tabela 3: Informações dos medicamentos nas evoluções médicas e de enfermagem hospital 1 e hospital 2. Brasília, 2016.....12

Fatores de risco para erros de medicação em dois hospitais públicos do Distrito Federal

Resumo

O sistema eletrônico de prescrição representa bons resultados quanto a segurança do paciente, reduzindo erros de medicação. O objetivo desta pesquisa foi identificar os fatores de risco para erros de medicação nas prescrições eletrônicas em dois hospitais públicos do DF. Foram analisados 359 prontuários eletrônicos, sendo revistas, 1354 e 2027 prescrições no hospital 1 e 2 respectivamente. Os resultados demonstram que o risco de faltar número do leito no hospital 2 é 1,48 vezes maior que no 1, sendo que somente em 15,2% das prescrições do hospital 1 faltaram este dado ($p < 0,000$). Quanto aos medicamentos prescritos com o nome comercial a chance de acontecer no hospital 1 é 59,16 vezes maior do que no hospital 2 ($p < 0,000$). Constata-se que apesar da prescrição eletrônica ter sido implantada no hospital 1 4 anos antes do hospital 2 a frequência dos fatores de risco no hospital 1 são maiores.

Palavras-chave: Erros de medicação, sistemas de medicação; prescrição eletrônica, segurança do paciente, prontuário, enfermagem.

Abstract

The electronic prescription system has been effective in improving patient safety by reducing medication errors. The objective is to identify these errors in the medication process in the electronic medical records of patients or cause risk factors in clinical medicine. Data between two public hospitals in Distrito Federal were compared. In hospital 1, 160 records with a total of 2027 prescriptions were analyzed and in the hospital 2 were 1354 prescriptions analyzed and also 160 records. The results demonstrate that the risk of missing number of hospital bed 2 and 1.48 times greater than 1, and only 15.2% of the hospital EP 1 lacked this finding ($p < 0.000$). As to the drugs prescribed under the trade name chance to occur in hospital 1 is 59.16 times greater than the hospital 2 ($p < 0.000$). It is important to identify this information so that we can minimize the occurrence of errors that may have an effect that diminishes the quality of patients' life. View of these facts, since the magnitude of this problem, realizes the need for better understanding and deepening of the theme, aiming to investigate situations, risk factors, incidence and consequences of errors associated with the medication process.

Key - words: Medication errors, medication systems; electronic prescribing, patient safety, record, nursing.

INTRODUÇÃO

A medida que os anos passam a tecnologia vem tomando espaços cada vez maiores em todos os sentidos. No ambiente hospitalar não é diferente, entretanto a implantação de um sistema eletrônico de registro caracteriza-se uma forma de aprimorar o trabalho dos profissionais de saúde e torná-lo mais seguro.

A informatização do processo busca-se agilidade e eficiência tanto no processo

em si como numa possível recuperação dos dados.¹ Porém a mudança dos prontuários manuais para eletrônicos traz várias mudanças no contexto da saúde, para todos os envolvidos. Todavia muitos são seus benefícios como melhorar o fluxo de informação e comunicação entre as equipes de saúde e o paciente, aumentar a segurança ao paciente e da equipe de saúde, melhorar o acesso a base de pesquisas além de ter uma grande importância para o gerenciamento de informações de saúde.²

No Brasil, na década de 90, surgiu a preocupação de uma investigação de modelo para o prontuário eletrônico, pois a literatura comprova que sua utilização é uma das tentativas efetivas para a prevenção dos eventos adversos. Nos grandes centros urbanos as instituições se esforçaram isoladamente e levaram ao desenvolvimento de modelos isolados.³⁻⁸

Em outros países como a Espanha, também são realizados estudos sobre o prontuário eletrônico. Um exemplo desses estudos é a análise da percepção de profissionais de saúde a respeito do prontuário eletrônico do paciente na gestão de hospitais e o impacto dessa tecnologia no trabalho. Esse estudo mostra a comparação da percepção dos profissionais na implantação do prontuário eletrônico em dois hospitais universitários sendo um no Brasil e outro na Espanha.⁹

O Ministério da Saúde visando à necessidade de um padrão para o registro de informações sobre o paciente e a integração das informações de saúde nacional propôs, em 2002, algumas informações sobre o paciente que deveriam encontrar-se em um prontuário competindo às Comissões de Revisão de Prontuários dos estabelecimentos de saúde fiscalizar se o registro está sendo efetuado de forma correta.¹⁰

O Conselho Federal de Medicina (CFM) aprovou em julho de 2007 as normas técnicas para digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos prontuários dos pacientes, autorizando a troca de informações identificadas em saúde e a eliminação do papel.¹¹

A prescrição eletrônica tem vantagens como a facilidade de leitura dos dados, rapidez com que a prescrição é feita e liberada, inexistência da possibilidade de extravio das folhas, controle do fluxo de pacientes na unidade de saúde, possibilidade de priorização do atendimento para os casos graves, fácil acesso aos dados de atendimentos prévios e históricos do paciente e a facilidade em solicitar e verificar exames e medicações.³⁻¹²⁻¹³

Suas desvantagens incluem o fácil acesso as prescrições dos dias anteriores podendo, assim serem copiadas e repetidas sem revisão, é necessário o investimento em

grandes hardwares, softwares e treinamentos dos usuários. Muitos profissionais apresentam resistência quanto ao uso de sistemas informatizados, receio dos profissionais em expor suas condutas clínicas, uma vez que pode ser visualizados por outros colegas, sistemas podem ser falhos e ficar fora do ar por horas ou dias, tornando as informações indisponíveis, dificuldade para coleta de dados obrigatórios.³⁻¹²⁻¹³

Diante do contexto que o prontuário eletrônico está tomando seu espaço nos estabelecimentos de saúde, e que apresenta vantagens e desvantagens, propôs-se analisar como está o andamento de sua implantação no DF, com o objetivo de comparar os fatores de risco para erros de medicação nas prescrições eletrônicas de dois hospitais públicos do Distrito Federal.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo retrospectivo, exploratório, descritivo e comparativo, realizado na clínica médica do Hospital 1, no período de agosto de 2013 a agosto de 2014 e do Hospital 2 no período de julho de 2012 a julho de 2013.

Foi selecionado o setor de clínica médica o hospital 1 possui 26 leitos e o hospital 2 possui 31. Estes são reservados à usuários portadores de doenças crônico-degenerativas, com longo período sob regime de internação. O mesmo sistema de prescrição eletrônica foi implantado em ambos hospitais sendo que no hospital 1 essa implantação ocorreu em 2007 e no 2 em 2011.

Foram analisados 359 prontuários, sendo 160 no hospital 1 e 199 no hospital 2, totalizando 1.354 e 2027 prescrições eletrônicas revisadas, respectivamente.

Os prontuários analisados pertenciam a pacientes que estiveram internados na clínica médica durante o período da coleta com a finalidade de analisar as prescrições e fatores que predispõem a oportunidade de erros de medicação. A amostra foi composta por conveniência, por meio de sorteio simples.

Na análise considerou-se os aspectos gerais da prescrição, quanto as variáveis: identificação do usuário (nome, leito, registro); data, hora, uso de siglas, presença de alterações na prescrição, medicamento prescrito (nome genérico ou comercial); via, dose, apresentação, diluição; aprazamento (completo, incompleto, rasuras); medicamentos administrados (checados e não checados); justificativas da não checagem; prescritor (nome, CRM); abreviações utilizadas, registro de ocorrência de erro de medicação, registro na evolução médica e nas anotações de enfermagem.

Os dados coletados foram organizados em planilhas do Microsoft Office Excel e para examinar as diferenças entre os grupos utilizou-se análises descritivas e inferenciais. A análise foi realizada com auxílio do software *Package for the Social Sciences (SPSS®)* versão 18.0.

As variáveis categóricas são relatadas como frequências absolutas e relativas, as variáveis numéricas são relatadas como média e desvio padrão (mínimo e máximo). As taxas de erros foram calculadas com base nas oportunidades de erros observadas.

Todas as variáveis foram analisadas na univariável e multivariável. O nível de significância considerado foi de 5%. O *Odds Ratio* (OR) foi calculado com intervalos de confiança (IC) de 95%. Para associações foram utilizados: Teste do qui-quadrado e Teste de *Man-Whitney*. Nesse estudo considerou os valores de $p < 0,005$ significativo.

Em cumprimento à Resolução nº 017/2012, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, que concedeu sua aprovação para a realização dessa pesquisa em 12 de janeiro de 2012.

RESULTADOS

Na tabela 1 são destacadas as informações na prescrição comparadas entre o hospital 1 e o hospital 2. Atenta-se quanto à via de administração, correção nos valores de dose dos medicamentos e a frequência.

Tabela 1 Distribuição das informações da prescrição do hospital 1 e 2. Brasília, 2016.

Informações da prescrição médica	Eletrônica	Eletrônica	P	OR (IC 95%)
	hospital 1	hospital 2		
	N (1354) %	N (2027) %		
Falta número do leito	206(15,2)	1931(95,3)	<0,000	1,48(1,31-1,67)
Falta número do registro	915(67,6)	204(10,8)	<0,000	2,23(1,94-2,57)
Falta nome e CRM do prescritor	61(4,5)	1411(98,3)	<0,000	8,10(6,31-10,40)
Falta data	8(0,6)	4(0,2)	0,051	1,69(0,89-3,22)
Falta registro de alergias	1176(86,9)	1919(94,7)	0,000	1,77(1,57-2,00)
Alterações/suspensões	300(22,2)	1230(11,3)	0,392	1,02(0,88-1,18)
Falta data e hora atualizadas	716(52,9)	330(16,3)	<0,000	2,36(2,09-2,68)
Aprazamento Incompleto	137(10,1)	64(3,2)	<0,000	1,59(1,28-1,97)
Aprazamento com erro/rasuras	112(8,3)	55(2,7)	0,385	1,03(0,87-1,22)
Medicamentos sem checar	494(36,5)	1605(79,2)	<0,000	2,14(1,88-2,43)
Falta justificativa	1179(87,1)	1865(92,0)	0,260	1,06(0,88-1,28)

CRM: número de registro no Conselho Regional de Medicina. Checar: registro da realização do procedimento na prescrição médica.

Os resultados demonstram que o risco de faltar numero do leito no hospital 2 e 1,48 vezes maior que no 1, sendo que somente em 15,2% das PE do hospital 1 faltaram este dado. Quanto ao numero do registro o risco desse dado faltar nas prescrições do hospital 1 é 2,23 vezes maior que no hospital 2. Nos prontuários eletrônicos o risco de faltar a data no hospital 1 é 1,69 vezes maior do que no hospital 2.

Essas comparações mostram que no hospital 2 em torno de 98,3% dos prontuários eletrônicos não apresentavam o nome e CRM do médico e no hospital 1 somente 4,5%, sendo assim o risco de faltar nome e CRM do médico no hospital 2 é 8,10 vezes maior.

A falta de data e hora atualizadas, aprazamento incompleto e com rasuras foi mais frequente no hospital 1, sendo que o risco da falta da atualização da data e hora no hospital 1 é 2,36 vezes maior que no hospital 2.

O risco de medicamentos sem checar no hospital 2 é 2,14 vezes maior do que no hospital 1. A falta da justificativa da não checagem foi predominante em ambos, no hospital 1 foi de 87,1% e no 2 92% das PE analisadas.

A tabela 2 possui as informações dos medicamentos contidos na prescrição médica avaliados segundo a via, diluição, frequência, siglas e medicamentos prescritos com o nome comercial.

Tabela 2 - Informações dos medicamentos na prescrição médica, hospital 1 e hospital 2. Brasília, 2016.

Informações do medicamento na prescrição médica	Eletrônica	Eletrônica	P	OR (IC 95%)
	Hospital 1	Hospital 2		
	N (1354) %	N (2027) %		
Falta dados da apresentação	110(8,1)	41(2,0)	0,012	1,32(1,04-1,66)
Falta via	23(1,7)	8(0,4)	0,001	2,57(1,47-4,51)
Falta forma de diluição	933(68,9)	453(22,3)	<0,000	2,52(2,21-2,87)
Falta frequência	26(1,9)	6(0,3)	0,116	1,37(0,86-2,19)
Medicamentos prescritos com nome comercial	1346(99,4)	639(31,5)	<0,000	59,16(29,60-118,24)
Siglas e abreviaturas inapropriadas	1318(97,3)	1767(87,2)	<0,000	2,15(1,58-2,94)

A tabela 2 retrata que a frequência da falta de dados de apresentação, frequência em que o medicamento deve ser administrado e dados da via são relativamente baixas em ambos hospitais, sendo que faltar dados da apresentação foi mais frequente no hospital 1 e o risco de faltar este dados no hospital 1 é 1,32 vezes maior. O risco de faltar dados da via no hospital 1 é 2,57 vezes maior que no hospital 2.

Tem-se frequências altas ainda na falta da forma de diluição principalmente no hospital 1 (68,9%) e no hospital 2 (22,3%). A falta da forma de diluição no hospital 1 é 2,52 vezes maior do que no 2.

Quanto aos medicamentos prescrito com o nome comercial a chance de acontecer no hospital 1 é 59,16 vezes maior do que no hospital 2 ($p < 0,000$).

Siglas e abreviaturas inapropriadas são ainda uma realidade permanente nas PE em ambos hospitais, sendo que no hospital 1 elas permaneceram em 97,3% das PE e em 87,2% das PE do hospital 2. O risco destas aparecerem nas PE do hospital 1 é 2,15 vezes maior que no hospital 2 ($p < 0,000$).

A tabela 3 possui as informações dos medicamentos contidas nas evoluções médicas como as observações, as suspensões, as prescrições nas evoluções médicas e as observações, nas evoluções de enfermagem e informações sobre medicamentos SOS.

Tabela 3 Informações dos medicamentos nas evoluções médicas e de enfermagem hospital 1 e hospital 2. Brasília, 2016.

Informações sobre medicamentos nas evoluções	Eletrônica Hospital 1	Eletrônica Hospital 2	P	OR (IC 95%)
	N (1354) %	N (2027) %		
Observações na evolução médica	342(25,3)	114(5,0)	<0,000	1,63(1,41-1,87)
Suspensões na evolução médica	92(6,8)	102(5,0)	0,054	1,17(0,97-1,40)
Prescrições na evolução médica	270(19,9)	411(20,3)	0,174	1,07(0,92-1,25)
Observações na evolução de enfermagem	284(21,0)	533(26,3)	0,347	1,03(0,88-1,20)
Medicamentos SOS* na evolução de enfermagem	88(6,5)	184(9,1)	0,054	1,22(0,96-1,56)

*SOS administração de medicamentos se houver necessidade.

A presença de observações, suspensões e prescrições nas evoluções médicas é discretamente mais frequente no hospital 2, sendo o risco de ter observações na evolução médica no hospital 2 é 1,63 vezes maior do que no hospital 1 ($p < 0,000$).

Quanto a presença de observações sobre medicamentos nas evoluções de enfermagem, relativamente igual em ambos os hospitais, sendo no 1 21% e no 2 26,3%. Os medicamentos SOS na evolução de enfermagem sustentaram o mesmo padrão sendo que os mesmos estiveram frequente em 6,5% dos prontuários eletrônicos do hospital 1 e 9,1% do hospital 2.

DISCUSSÃO

Alguns estudos têm mostrado que a prescrição eletrônica é importante para prevenção dos erros de medicação principalmente na organização e no entendimento da escrita por não conter ilegibilidade. Um exemplo desse tipo de estudo é um que foi realizado em um hospital de Brasília e faz a comparação entre o prontuário manual e o prontuário eletrônico mostrando que a implantação do prontuário eletrônico reduz significativamente dos fatores de risco para erros de medicação nos seguintes aspectos: ilegibilidade, prescrição com o nome comercial e presença de itens essenciais que proporcionam a prescrição eficaz e segura.¹³

A cada dia que se passa a prescrição eletrônica é mais adotada nos hospitais por facilitar o acesso as informações dos prontuários dos pacientes. A prescrição eletrônica tem se mostrado cada vez mais vantajosa por permitir a correção de possíveis erros

evitando assim qualquer tipo de rasura, possibilitando uma maior segurança das prescrições.¹⁴

Um estudo realizado nos EUA com o objetivo de fornecer uma estimativa nacional de referência de erros de medicação em virtude do uso de prescrição eletrônica em hospitais, utilizando-se dados sobre o uso de prescrição eletrônica. Entre os nove estudos combinados, oito encontraram uma diminuição na frequência de erros de medicação após a implementação prescrição eletrônica. O presente estudo mostra que o hospital que implementou o prontuário eletrônico antes teve mais fatores de risco para erros do que o hospital que implementou a menos tempo.¹⁵⁻¹⁷

Um estudo realizado em Sidney, na Austrália, sobre um sistema de prescrição eletrônica e o seus resultados na redução de erros na prescrição de pacientes internados. Segundo esse estudo, erros de prescrição ocorrem em 0,3 - 39,1% dos medicamentos prescritos para pacientes internados no hospital e aproximadamente 1% dos pacientes internados sofrem algum tipo de danos relacionados a esses erros.¹⁸

A tabela 1 mostra que falta registro do nome do médico e/ou CRM no hospital 2 em grande parte das prescrições, informações que são fundamentais na prescrição da medicação, pois garante a viabilidade da administração e a dispensação do medicamento. A partir disso, entra a parte ética dos profissionais de enfermagem que só podem administrar com autorização legal.¹⁷ Segundo o código de ética médica, que entrou em vigor dia 13 abril de 2010, é proibido o médico receitar, atestar ou emitir laudos secretamente ou de forma ilegível, sem a sua identificação do número de registro no CRM segundo sua jurisdição, também não deve assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos.¹⁹⁻²⁰

Qualquer anotação em prontuários devem ser precedidas de horário, colocando-se a data na primeira anotação do dia item que em algumas prescrições se destacavam por não conter.²¹ De acordo com a Resolução Conselho Federal De Medicina nº 1.638/2002: “A evolução diária do paciente deve conter data e hora com discriminação de todos os procedimentos que o paciente foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico”.²²

A não checagem das atividades prescritas pelos profissionais de enfermagem é muito comum nos prontuários analisados, tornando-se uma grande preocupação. A falta de justificativa por não realizar qualquer atividade prescrita também é bastante comum, o que dificulta a comunicação entre a equipe sobre determinados procedimentos. A

equipe de enfermagem deve se atentar às justificativas e anotações, porque isso é um elo de comunicação entre os profissionais de saúde.²³

A análise mostrou que o uso de siglas e abreviaturas tem se tornado mais frequente nos prontuários por agilizar a escrita durante o expediente, porém muitas delas não seguem um padrão o que dificulta o entendimento dos profissionais. A utilização de siglas/abreviaturas deve seguir uma padronização vinda da literatura e/ou da instituição.²⁴⁻²⁶

O medicamento prescrito com nome comercial teve um elevado risco neste estudo no hospital com menos tempo de implantação do PE e segundo a literatura o nome do princípio ativo é de uso obrigatório por lei nos serviços públicos do Brasil, ele tende a reduzir as trocas dos nomes dos medicamentos semelhantes.²⁷ A lei Nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999 “As aquisições de medicamentos, sob qualquer modalidade de compra, e as prescrições médicas e odontológicas de medicamentos, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, adotarão obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI).”²⁸

Como visto na pesquisa muitos profissionais não fazem anotações nas evoluções de enfermagem, estas que devem conter, segundo a literatura, informações relacionadas ao cuidado, planejamento, acompanhamento, aspectos a terapia medicamentosa, intervenções junto ao paciente e necessitam que sejam relatadas de modo sistematizado. E as alterações devem ser identificadas e registradas.²⁹⁻³⁰

As anotações na evolução de enfermagem são importantes para identificar a evolução ou a regressão do paciente no seu estado físico e mental, se não se anotam nessas evoluções os pacientes passam a ser cuidado somente pelos médicos e não mais da enfermagem.³¹ A realizar uma prescrição de enfermagem correta é extremamente importante a execução correta do diagnóstico de enfermagem já que estão relacionados o resultado da qualidade da assistência prestada depende da qualidade da assistência prescrita. O registro acerca de intercorrências e/ou observações sobre medicamentos nas evoluções médicas e de enfermagem, representa mais uma fonte além da prescrição, para obter informações e de verificação de fatores de risco. Esta variável pode influenciar a segurança usuário no processo de medicação, pois caracteriza-se uma maneira de analisar as condições dos registros no prontuário eletrônico.³²⁻³³

Tanto no hospital 1 como no 2 as anotações sobre os medicamentos SOS são escassas e não recebem a mesma importância que as demais medicações o que deveriam conter via, diluição, entre outros. As medicações registradas possuem uma

responsabilidade legal e é por isso que os medicamentos de SOS devem ser registrados corretamente, possibilitando assim uma maior segurança terapêutica.²⁹

Acredita-se que entre 10% e 20% dos pacientes hospitalizados sofrem algum evento adverso e que uma determinada quantidade de indivíduos morre por algum erro dos profissionais de saúde, sendo que aproximadamente a metade desses erros poderiam ser evitados.³

A maioria dos fatores de risco apresentados podem ser minimizados com ajustes no sistema e investigações como estas são importantes para que essas falhas sejam identificadas e sanadas.

CONCLUSÃO

Um sistema de prescrição eletrônica básico foi associado com uma redução significativa dos erros de medicação na maioria dos tipos e níveis de gravidade, mesmo o sistema implantado nesses hospitais tenha falhas, como por exemplo, o sistema de checagem de medicação que é muito ruim e necessita de ajustes para melhor entendimento dos profissionais que o utilizam.

A comparação dos fatores nos dois hospitais mostra que o hospital 1 existe a presença de mais fatores de risco, o que não quer dizer que ele seja pior, somente que existe um risco maior para erros. Vale ressaltar que o sistema de prescrição eletrônica foi implantado no hospital 1 4 anos a frente do hospital 2.

Análises do tipo são importantes para direcionar práticas de aprimoramento dos sistemas utilizados nos serviços de saúde. Medidas que aprimorem os sistemas em saúde são importantes para garantir a segurança de usuário, profissionais e instituição.

Diante do exposto, visto a magnitude desta problemática, percebe-se a necessidade de melhor compreensão e aprofundamento do tema, buscando investigar as situações, os fatores de risco, a incidência e as consequências dos erros decorrentes do processo de medicação. Essas investigações direcionadas para prevenção de eventos adversos e gerenciamento de riscos podem contribuir com propostas que promovam melhorias nos processos de trabalho e também na qualidade da assistência prestada na instituição.

REFERÊNCIAS

- 1- Gotardo RT. Implementação de prontuário médico eletrônico hospitalar. Florianópolis, março de 2002 [acesso em: 24/07/2014]. Disponível em: <http://www.systemaonline.com.br/systema/downloads/DMRosane.pdf>

- 2- Pinto VB. Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde. Florianópolis, n.21, 1º sem. 2006, [acesso em: 24/07/2014]. Disponível em: <http://www.hmtj.org.br/arquivos.hmtj/prontuario.pdf>
- 3- Cassiani SHB, Freire CC, Gimenes FRE. A prescrição médica eletrônica em um hospital universitário: falhas de redação e opiniões de usuários. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2003 vol.37, n.4, pp. 51-60. ISSN 0080-6234. [acesso em: 15/07/2014]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342003000400006>.
- 4- Oliveira, R.C.;Camargo,A.E.B.;Cassiani,S.H.B. Estratégias para prevenção de erros na medicação no setor de emergência. *Rev.Bras.Enf*, São Paulo,v.58,n.4,p.399-404, 2005.
- 5- Furuie FE, Gutierrez MA, Figueiredo JCB, et al. Prontuário eletrônico de pacientes: integrando informações clínicas e imagens médica. *Rev Bras Eng Biomed*. 2003; 19(23): 125-37.
- 6- Belian RB, Novaes MA. Tópicos relevantes no desenvolvimento do prontuário eletrônico do paciente. In: *Anais do VII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde*; 2000 Out 14-18; São Paulo, SP. Brasil; 2000.
- 7- Figge HL, RPh, PharmD, MBA , Cphims, Fhimss. Technology Enablers: Reducing Medication Errors Through e-Prescribing, Computerized Clinical Decision Support, and Drug Interaction Databases. *Advisor, Clinical Operations and Strategies VRAI Transformation*. Chicago, Illinois. 2013[acesso Julho 2014]. Disponível em: <http://www.uspharmacist.com/content/s/266/c/42352/>
- 8- Manias E, Williams A, Liew D. Interventions to reduce medication errors in adult intensive care: a systematic review. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2012.
- 9- Farias JS, Guimaraes TA, Vargas ER, Albuquerque PHM. Adoção de prontuário eletrônico do paciente em hospitais universitários de Brasil e Espanha: a percepção de profissionais de saúde. *Rev. Adm. Pública*[online]. 2011, vol.45, n.5, pp. 1303-1326. ISSN 0034-7612. [acesso Julho 2014]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122011000500004>.
- 10- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.638/2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília: O Conselho; 2002. [2 p.]. [acesso Julho 2014]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.html
- 11- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.821/2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Brasília: o Conselho; 2007. [6 p.] [acesso Julho 2014]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1821_2007.html
- 12- Perondi MBM, Sakano TMS, Schvartsman C. The use of an electronic medical system in a pediatric emergency department with a clinical score triage system. *Einstein*. 2008; 6:31-6. [acesso 2014 Julho]. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/691-Einstein%20v6n1p31-6.pdf>
- 13- Volpe CRG, Melo EMM, Aguiar LB, Pinho DLM, Stival MM. Risk factors for medication errors in the electronic and manual prescription. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2742. [Access 2016 Novembro]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0305.2742>

- 14- Anacleto TA *et al.* Erros de medicação. Farmácia Hospitalar. Pharmacia Brasileira. v. 1: p. 1 – 24; Janeiro/Fevereiro 2010. Acesso em: Julho de 2014. Disponível em: http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/124/encarte_farmaciahospitalar.pdf. RIES, ISSN 2238-832X, Caçador, V.1, n.2, p. 62-77, 2012.
- 15- Radley DC, Wasserman MR, Olsho LEW, Shoemaker SJ, Spranca MD, Bradshaw B. Reduction in medication errors in hospitals due to adoption of computerized provider order entry systems. J Am Med Inform Assoc 2013. [acesso Julho 2014]. Disponível em: <http://jamia.bmj.com/content/early/2013/01/27/amiainl-2012-01241.full.pdf+html>
- 16- Kaushal R *et al.* Eletronic Prescribing Improves Medication Safety in Community-Based Office Pactices. Society of General Internal Medicine, New York, NK- USA. 2010.
- 17- Martins JCA *et al.* A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica ACTA. Paul.Enferm. 2012;. [acesso Julho 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/22.pdf>
- 18- Reckmann MH *et al.* Does Computerized Provider Order Entry Reduce Prescribing Errors for Hospital Inpatients? A Systematic Review. Journal of the American Informatics Association, 16 (5) September/October 2009.
- 19- Oliveira RC, Camargo AEBS ; Cassiani SHB . Estratégias para prevenção de erros de medicação em um serviço de emergência. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 58, n. 4, p. 399-404, 2005.
- 20- Zanin FHC, Simon TFP. Indicadores de prescrição médica em serviço de urgência de um hospital público, Belo Horizonte – MG Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde. São Paulo v.3 n.1 42-45 jan./mar. 2012. [acesso Julho 2015]. Disponível em: <<http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/201205030109BR.pdf>>
- 21- Matsuda LM et al. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado?. Revista Eletrônica de Enfermagem, [S.l.], v. 8, n. 3, set. 2009. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7080/5011>>. Acesso em: 24 Jul. 2014. doi:10.5216/ree.v8i3.7080.
- 22- Conselho Federal de Medicina- Resolução CFM nº 1.638/2002 [acesso Julho 2015]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm
- 23- Silva AEB, Cassiani SHB, Míasso AI, Opitiz SP. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. ACTA. Paul. Enferm, v.20, n.3,p.272-276,2007.
- 24- Ochoa-Vigo K, Pace AE., Santos CB. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem de uma unidade especializada. Rev. Latino-am Enfermagem. v.11, n.2, p.184-191, 2003.
- 25- Silva MGF, Registro de Enfermagem no Prontuário em um Hospital Universitário. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal – RN 2011. [acesso Julho 2014]. Disponível em: http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/1/9241/1/MariaGFS_DISSERT.pdf
- 26- Ito EE. Anotação de enfermagem reflexo do cuidado. 1 ed. São Paulo: Martinari, 2011.
- 27- Aguiar G, Silva LV, Ferreira MAM. Ilegibilidade e ausência de informação nas prescrições médicas: Fatores de riscos relacionados a erros de medicação. Rev.Bras.Promo da Saúde, Fortaleza,v.19,n.2,p.84-91,2006.
- 28- LEI Nº 9.787, DE 10 DE FEVEREIRO DE 1999. [acesso Julho 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19787.htm

- 29- Melo LR, Pedreira MLG. Erros de medicação em pediatria: análise da documentação de enfermagem no prontuário do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*. São Paulo, v.58.n.2,p.180-185,mar/abr 2005.
- 30- Costa TD, Barros AG, Santos VEP. Registros Da Equipe De Enfermagem Em Unidade De Terapia Intensiva. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 27, n. 3, p. 234-242, set./dez. 2013. [acesso Julho 2014]. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/8349/8422>
- 31- Franco MTG, Akemi EM, D'Inocento M. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. *Acta paul. enferm.* [online]. 2012, vol.25, n.2, pp. 163-170. ISSN 0103-2100. [acesso Julho 2014]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200002>.
- 32- Cunha SMB, Barros ALBL. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. *Rev Bras Enferm*, v. 58, n. 5, p. 568-72, 2005.

ANEXO A- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 017/2012

PROTÓCOLO Nº DO PROJETO: 591/2011 – EVENTOS ADVERSOS NO PROC
DE MEDICAÇÃO: A MAGNITUDE DO PROBLEMA.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial),
Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 12/01/2014

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela APROVAÇÃO DO PROJETO.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item II.13 da Resolução 196/96 CNS/MS).

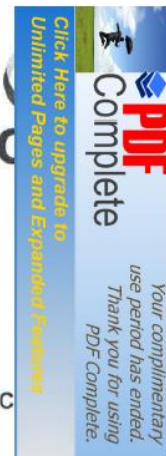
Brasília, 12 de janeiro de 2012.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

AL/CEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone/Fax: 3325-4955 – e-mail: cepesedf@saude.df.gov.br
SMHN – Q. 501 – Bloco "A" – Brasília – DF – CEP. 70.710-907
BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE



ANEXO B- NORMAS DA REVISTA ESCOLA ANNA NERY REVISTA DE ENFERMAGEM

Política editorial

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem é um veículo de comunicação científica mantido pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, desde 1997. Sua finalidade é publicar manuscritos originais de Enfermagem, do campo da saúde e outras áreas com interfaces nas ciências da Saúde e da Enfermagem.

Sua publicação online permite que o acesso seja aberto (open access) e sem custos para baixa de arquivos (download) para fins de disseminação e consumo científico e educacional.

Apresentação de manuscrito. Os manuscritos devem ser apresentados exclusivamente à Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, acompanhados de “Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais para a Escola Anna Nery Revista de Enfermagem”, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro periódico.

Responsabilidade pelo conteúdo do manuscrito. Os conceitos, ideias e opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas são de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo necessariamente a posição do Conselho Editorial da Revista, Editores Científicos e Editores Associados. Para tanto, os autores devem encaminhar a "Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais para a Escola Anna Nery Revista de Enfermagem" cujo modelo encontra-se ao final dessas instruções, com a assinatura de todos os autores, e submetê-lo pelo sistema ScholarOne SciELO, acessado no link da página eletrônica da revista: www.revistaenfermagem.eean.edu.br ou diretamente na página da Scielo: <https://mc04.manuscriptcentral.com/ean-scielo>.

A prática editorial para o caso de má conduta científica (plágio, auto-plágio, falsificação ou fabricação de dados, uso indevido de referências ou citações, duplicidade, disputa de autoria, entre outras) segue os procedimentos, checklist e diretrizes do Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors do Committee on Publication Ethics (COPE) <http://publicationethics.org/>

O periódico adota ferramentas de rastreamento de plágio e os autores devem estar atentos para as implicações previstas nos dispositivos legais do Código Penal (artigo 184) e da Lei de Direitos Autorais (Art. 7º, parágrafo terceiro da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Vide Lei nº 12.853, de 2013).

Decisão sobre a publicação. O Conselho Editorial da Revista tem plena autoridade de decidir sobre a seleção e publicação de manuscritos, quando os mesmos apresentam os requisitos adotados para a avaliação de seu mérito científico, considerando-se sua originalidade,

prioridade, oportunidade, clareza e conhecimento da literatura relevante e adequada definição do assunto estudado.

Atendimento aos preceitos da ética em pesquisa. O artigo deverá conter informações explícitas sobre os preceitos éticos da pesquisa, de acordo com as diretrizes e marcos regulatórios de cada país. Sendo vedado a publicação de nomes dos participantes da pesquisa ou qualquer forma que possa representar em ruptura do princípio do anonimato,

a) O manuscrito de estudo brasileiro que envolva pesquisa ou relato de experiência com seres humanos deverá apresentar em anexo, na barra do “supplementary file”, a cópia de documento de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (de acordo com a Resolução n.º 196 de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), para estudos realizados até o ano de 2012 e Resolução n.º 466, de 2012, do CNS, a partir do ano de 2013).

b) Os artigos de pesquisa desenvolvido em outros países, seus autores devem atender a regulação da ética em pesquisa do país de origem, enviando cópia de documento comprobatório de sua aprovação, anexando-a na barra do “supplementary files”.

Conflito de interesse. Os autores são responsáveis por reconhecer e informar ao Conselho Editorial sobre a existência de conflitos de interesse, especificando a sua natureza, que possam exercer qualquer influência em seu manuscrito.

a) Relações financeiras de qualquer outra ordem deverão ser comunicadas por cada um dos autores em declarações individuais, conforme disponível no sistema ScholarOne, no passo-a-passo da submissão do manuscrito. Conflitos de interesse financeiro, (quando envolve financiamento com recursos direto, emprego, consultoria, propriedade de ações e honorários são os mais facilmente identificados e com maior possibilidade de comprometer a credibilidade da publicação, dos autores e da própria ciência. Também podem ocorrer conflitos com outras motivações, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual.

Revisão por pares. O manuscrito será encaminhado para análise e emissão de parecer por dois revisores, pesquisadores de competência estabelecida na área de conhecimento do manuscrito, processo em que se adotará o sigilo e o anonimato para autor(es) e revisores. A análise pelos revisores é feita com base em instrumento próprio do Sistema de submissão.

Atendimento aos critérios de cientificidade reconhecidos internacionalmente. A redação científica do artigo deverá atender aos critérios disponíveis no checklist publicado nas páginas eletrônicas a seguir, de acordo com o tipo de manuscrito:

a) Para a publicação de manuscritos resultantes de pesquisas/ensaios clínicos, é obrigatório que os autores apresentem comprovação de registro da pesquisa clínica ou de sua submissão na base de dados do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC),

<http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>, em cumprimento a RDC da Anvisa nº 36, de 27 de junho de 2012 (http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0036_27_06_2012.html). Para estudos desenvolvidos em outros países, serão aceitos comprovantes de registro em outras plataformas da International Clinical Trials Registration Platform(ICTRP/OMS). É obrigatório a informação do número de registro ao final do resumo na versão em português.

b) Para estudos clínicos randomizados, observar as diretrizes disponíveis em: <http://www.consortstatement.org/checklists/view/32-consort/66-title>

c) Para estudos observacionais e epidemiológicos, observar as diretrizes disponíveis em: <http://strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists>

d) Para estudos qualitativos, observar as diretrizes disponíveis em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349/T1.expansion.html>

e) Para estudos de revisão sistemática, observar as diretrizes disponíveis em: <http://prisma-statement.org/statement.htm>

f) Para estudos qualitativos, observar as diretrizes disponíveis em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349>

g) Para estudos de revisão sistemática, observar as diretrizes disponível: <http://www.prisma-statement.org>

Público-alvo: Comunidade científica das Ciências de Enfermagem, Ciências da Saúde, Ciências Humanas e Ciências Sociais.

Custos de publicação do manuscrito: Os autores não pagam taxa de submissão (free submission charge) do manuscrito. Somente após a avaliação documental e de adequação do manuscrito à política editorial da revista, os autores pagam uma taxa de avaliação (APC charge) no valor de R\$250,00 (duzentos e cinquenta reais). O custo com a produção do artigo, no valor de R\$900,00 (novecentos reais), deve ser pago pelos autores somente após a sua aprovação.

Composição de manuscritos (forma e preparação)

Os manuscritos deverão ser redigidos na ortografia oficial, em espaço duplo, fonte Times New Roman tamanho 12, layout de página em tamanho A4 (21cm x 29,7cm). Os manuscritos deverão ser submetidos em português, inglês ou espanhol, exclusivamente. Os manuscritos submetidos na versão português e espanhol, após sua aprovação deverão ser traduzidos para a versão em inglês, por um dos tradutores credenciados pela revista. O custo da tradução é de inteira responsabilidade de seus autores. Após a tradução, os autores deverão encaminhar o artigo por meio do Sistema de Submissão, acompanhado de carta de proof reader do tradutor.

Categorias de manuscritos

Pesquisa Original: relatório de investigação de natureza empírica ou experimental original e concluída de Enfermagem ou áreas afins, segundo a metodologia científica, cujos resultados possam ser replicados e/ou generalizados. Recomenda-se a adoção da estrutura convencional contendo:

(a) Introdução: apresentar o problema de estudo, destacar sua importância e lacunas de conhecimento; objetivos e outros elementos necessários para situar o tema da pesquisa.

(b) Revisão da literatura: selecionar a literatura relevante que serviu de base à investigação da pesquisa proposta de modo a proporcionar os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre o tema e, evidenciar a importância do novo estudo. Quando não for necessário criar um capítulo para a Revisão da Literatura, em consideração à extensão histórica do assunto, o mesmo poderá ser inserido na Introdução.

(c) Método: incluir de forma objetiva e completa a natureza/tipo do estudo; dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa; população/sujeitos do estudo e seus critérios de seleção; material; equipamentos; procedimentos técnicos e métodos adotados para a coleta de dados; tratamento estatístico/categorização dos dados; informar a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, a data e o número do protocolo.

(d) Resultados: os resultados devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica, utilizando ilustrações quando necessário.

(e) Discussão: pode ser redigida juntamente com os resultados, a critério do(s) autor(es). Deve destacar a compatibilidade entre os resultados e a literatura relevante ressaltando os aspectos novos e/ou fundamentais, as limitações do estudo e a indicação de novas pesquisas. Demonstrar que as referências adotadas para a discussão dos achados são pertinentes e adequadas à geração do conhecimento novo, enfatizando o diálogo com a comunidade científica internacional.

(f) Conclusões e implicações para a prática: apresentar considerações significativas fundamentadas nos resultados encontrados e vinculadas aos objetivos do estudo. Outros formatos de pesquisa poderão ser aceitos, quando pertinentes à natureza do estudo. Os manuscritos poderão ter até 20 laudas de acordo com as especificações no item Composição de Manuscritos.

(g) Agradecimentos as fontes de financiamento (direto) ou de apoio (cessão de materiais e produtos para o desenvolvimento do estudo), seja público ou privado, para a realização do estudo é recomendado, devendo-se registrar a cidade, estado e país. Os agradecimentos das agências de fomento podem ser especificados, indicando-se qual(is) autor(es) obteve o recurso. Por exemplo, bolsa de produtividade em pesquisa ou bolsa de doutorado, entre outras: ao Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq; bolsa de

produtividade em pesquisa); à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES; bolsa de doutorado). Caso a pesquisa/estudo não tenha recebido nenhum tipo de financiamento, deve-se declarar: “pesquisa sem financiamento”.

Reflexão: análise de aspectos teóricos e/ou construção de conceitos e/ou constructos teóricos da Enfermagem ou áreas afins oriunda de processo reflexivo, discernimento e de consideração atenta do(s) autor(es), que poderá contribuir para o aprofundamento de temas profissionais. Os manuscritos poderão ter até 20 laudas, de acordo as especificações no item: Composição de Manuscritos.

Relato de experiência: refere-se às descrições de experiências relacionadas a casos clínicos de cuidado de enfermagem, assistência, ensino, pesquisa e extensão na área da Enfermagem, da saúde ou com interfaces nestas áreas, para divulgação de aspectos inéditos e originais. Os manuscritos de relato de experiência poderão ter até 20 laudas, de acordo com as especificações no item: Composição de Manuscritos.

Ensaio (Essay). Texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada. Deverá apresentar um título, resumo de 150 palavras, Introdução, corpo do texto, Conclusões e Referências, no máximo de 20 laudas com espaço duplo de acordo com as especificações no item: Composição de Manuscritos.

Nessa modalidade de manuscrito, o autor tem a oportunidade de defender uma tese sobre tema de seu domínio ou responder a uma pergunta. A relevância e originalidade da tese ou da pergunta deverão articular-se com o estado-da-arte, desde a Introdução. As seções que compõem o ensaio devem ser pertinentes, coerentes, consistentes e demarcarem uma contribuição para o estatuto do conhecimento no campo em que a tese ou a pergunta foi formulada. Os argumentos adotados para a sustentação da tese ou da resposta à pergunta precisam fundamentar-se em referenciais teórico-filosóficos e/ou marcos conceituais amplamente difundido na literatura científica mundial. A conclusão ou comentários finais são indispensáveis nessa modalidade de manuscrito.

Revisão Sistemática: apresentação avaliativa, crítica e sistematizada da evolução científica de um tema da Enfermagem ou de áreas afins fundamentada na literatura considerada pertinente e relevante. A delimitação do tema e os procedimentos adotados deverão estar descritos, bem como a interpretação do(s) autor(es) e conclusão deverão estar presentes. Os manuscritos de revisão poderão ter até 20 laudas, de acordo com as especificações no item: Composição de Manuscritos.

Formatação

Citações no texto. As citações de autores no texto precisam estar em conformidade com os exemplos sugeridos e elaborados segundo o estilo "Vancouver" (em anexo) e apresentar o

número da referência da qual foram subtraídas, sem o nome do autor, de acordo com a ordem em que foram citados no texto. Os números que identificam os autores devem ser indicados sobrescritos, conforme exemplo a seguir:

As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades.¹

Em caso de citações sequenciais, deverão ser indicadas o primeiro e o último número, separados por hífen, conforme exemplo a seguir: As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades.¹⁻

5

Quando houver necessidade de citações intercaladas, os números deverão ser separados por vírgula, conforme exemplo a seguir:

As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades.^{1-3,6}

Na transcrição "ipsis literes" de citações, exige-se a indicação a página da referência adotada cujo número da página deve localizar-se após o número da referência seguido de dois pontos, conforme exemplo a seguir:

As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser "vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades".^{3:16-18}

O autor(es) deverá observar também os seguintes critérios:

Até três linhas de citação, usar aspas na sequência do texto normal, conforme exemplo a seguir:

Para efeito de exemplo da aplicação das instruções aos autores, o manuscrito destaca a contribuição das "ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades".^{3:16-18}

Mais de três linhas de citação, destacá-la em nova linha, em bloco próprio distinto do texto normal, sem aspas, com espaço simples e recuo de 3 espaços da margem esquerda, conforme exemplo a seguir:

Destacar a contribuição das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades.^{3:16-18}

Os dados empíricos recortados em pesquisas qualitativas devem ser apresentados em nova linha, em bloco próprio, distinto do texto normal, em itálico, sem aspas, com espaço simples e recuo de 2cm da margem esquerda. Esses dados devem estar identificados por siglas, letras, números ou outra forma de manutenção do anonimato aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, ou equivalente para outros países, como o exemplo a seguir:

[...] os usuários desse serviço de saúde são bastante conscientes da necessidade do próprio envolvimento no tratamento de sua doença para um resultado mais satisfatório [...] (E2).

Notas de rodapé: deverão ser indicadas por letras, sendo no máximo três. As notas de rodapé, quando imprescindíveis, serão indicadas como se segue: a, primeira nota; b, segunda nota e c, terceira nota.

Resumos e descritores: devem conter até 150 palavras para manuscritos de pesquisa, reflexão, relato de experiência, revisão sistemática, ensaio (Essay), acompanhados das versões em espanhol (resumen) e inglês (abstract). Os resumos devem ser informativos de acordo com a NBR 6028 da ABNT, de novembro de 2003, para manuscritos nacionais. Na redação do resumo deve-se registrar textualmente os itens correspondentes: Objetivos, método, resultados, conclusão e implicações para a prática. O resumo informativo deve apresentar todas as partes do texto de maneira sintética. Os descritores são palavras-chave fundamentais para a classificação da temática abordada no manuscrito em bancos de dados nacionais e internacionais. Serão aceitos entre 03 e 05. Após a seleção desses descritores, sua existência em português, espanhol e inglês deve ser confirmada pelo(s) autor(es) no endereço eletrônico <http://decs.bvs.br> (Descritores em Ciências da Saúde - criado por BIREME) ou Mesh (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>). A terminologia para os descritores deve ser denominada no manuscrito como se segue: palavras-chave, palabras claves e key words.

Referências bibliográficas: A apresentação das referências deve ter espaço simples e fonte Times New Roman tamanho 12, sem parágrafos e recuos, e numeradas de acordo com sua ordem de citação no texto, de acordo com as normas do International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org>), conhecidas como "Normas de Vancouver". A veracidade das referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

Exemplos de acordo com estilo Vancouver.

Livro padrão:

Tyrrell MAR. Programas Nacionais de Saúde Materno-infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem. Rio de Janeiro: EELAN/ UFRJ; 1995.

Livro traduzido para o português:

Nightingale F. Notas de enfermagem: o que é e o que não é. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez; 1989.

Obra de autoria institucional ou entidade coletiva:

Ministério da Saúde (BR). Dengue: instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas. 3ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

Capítulo de livro:

Pinto MCI, Porto IS. A dor como quinto sinal vital. In: Figueiredo NMA, organizador. Ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas. São Caetano do Sul (SP): Difusão Paulista de Enfermagem; 2003. p.59-78.

Livro publicado por organizador, editor ou compilador:

Loyola CMD, Oliveira RMP, organizadores. Índícios marginais. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ; 2003. Livro com edição: Souza EDF. Novo manual de enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Bruno Buccini; 1972.

Artigo científico publicado em periódico impresso (até seis autores):

Carvalho V, Figueiredo NMA, Leite JL, Moreira MC. Questões epistemológicas da construção do conhecimento na Enfermagem - do ensino à prática de cuidar. Esc Anna Nery. 2003 ago;7(2):156-66.

Artigo científico publicado em periódico impresso (mais de seis autores):

Irvine D, O'Brien-Pallas LL, Murray M, Cockeill R, Sidani S, Laurie-Shaw B et al. The reability and validity of two health status measures for evaluating outcomes of home care nursing. Res Nurs Health. 2000 feb;23(1):43-54.

Artigo científico publicado em periódico de meio eletrônico:

Cabral IEC. Cuidando y educando para la cidadanía: modelo sociopolítico. Freire Online. Journal of the Paulo Freire Institute/UCLA [periódico na internet]. 2003 jul; [citado 2003 set 10]; 1(2):[aprox.3 telas]. Disponível em: <http://paulofreireinstitute.org/freireonline/volume1/1cabral2.htm>

Artigo científico consultado em indexadores ou bibliotecas eletrônicas:

Carvalho V. Sobre construtos epistemológicos nas ciências: uma contribuição para a enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [on line]. 2003 jul/ago; [citado 2003 dez 22];11(4):[aprox.8 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000400003&script=sci_abstract&tIng=pt

Artigo de periódico científico no prelo:

Valadares GV, Viana LO. A globalização, o trabalho especializado e a Enfermagem. Esc Anna Nery. No prelo 2004.

Artigo publicado em periódico de divulgação comercial (revista e jornal):

Transgênicos: os grãos que assustam. *Veja* (São Paulo). 2003 out 29; 36(43):95-113. Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. *The Washington Post*. 2002 Aug 12; Sect. A:2 (col. 4).

Resumo, editorial e resenha publicados em periódico seriado regular:

Porto IS. Requisitos uniformes para manuscritos na **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**: por que, para que e como [editorial]. *Esc Anna Nery*. 2003 dez;3(7):309- 10.

Trabalho resumido apresentado em evento científico e publicado em anais:

Teixeira MLO, Sauthier J. Orientação para o autocuidado de clientes cirúrgicos: um estudo fundamentado na relação dialógico-educadora de Paulo Freire. Resumos dos trabalhos apresentados no 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2000 out. 21-26; Recife-Olinda (PE), Brasil. Recife (PE): ABEn; 2000. p. 13.

Trabalho completo apresentado em evento científico e publicado em anais: Barreira IB , Baptista SS. Nexos entre a pesquisa em história da Enfermagem e o processo de cientificização da profissão. Anais do 51º Congresso de Enfermagem. 10º Congresso Panamericano de Enfermeria; 1999 out. 2-7; Florianópolis (SC), Brasil. Florianópolis (SC): ABEn; 2000. p. 295-311.

Dissertação, tese e monografia acadêmica:

Souza IEO. O desvelar do ser-gestante diante da possibilidade de amamentação [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1993.

Dissertação e tese em material eletrônico:

Barcelos LMS. Do diálogo autoritário ao discurso dialógico: o cuidado da enfermagem hospitalar na perspectiva de clientes vivendo com AIDS [CD-ROM, dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2003.

Trabalho em material eletrônico:

Motta MCS, Marin HF, Zeitoun RC. Exame físico em consulta de Enfermagem de Puericultura [CD-ROM]. Rio de Janeiro: NCE / EEAN / Central de Eventos; 2001.

Verbetes de dicionário:

Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986. Enfermagem; p. 651

Relatório técnico e científico:

Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Rio de Janeiro. Relatório Financeiro 2000. Rio de Janeiro: ABEn (RJ); 2000. N° 2014-0139-2824.

Ata de reunião (documento não previsto na Norma de Vancouver):

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem Anna Nery. Ata de reunião realizada no dia 01 abr 1976. Livro 50, p. 21. Implantação de projeto sobre a aplicação de novas metodologias ao processo ensino aprendizagem no ciclo

profissional do curso de graduação em enfermagem nesta instituição, mediante convênio com o Departamento de Assuntos Universitários do Ministério de Educação e Cultura. Rio de Janeiro (RJ): EEAN; 1976 abr 01.

Documento jurídico:

Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986 (BR). Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 26 jun 1986: Seção 1: 1.

Documento jurídico de meio eletrônico:

Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986 (BR). Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF). 26 jun 1986 [citado 4 jul 2008]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm

Para abreviações de títulos de periódicos:

- http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm
- http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm
- International Nursing Index
- Index Medicus

Tabelas: Todas as tabelas deverão ser incluídas no corpo do texto com as respectivas identificações (número, título e notas explicativas, quando houver). Os locais sugeridos para a inserção de tabelas, segundo sua ordem de aparição, devem ser destacados no texto. As tabelas devem apresentar um título breve e ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citadas no texto, restringindo-se a cinco (5) no total; além disso, devem apresentar dado numérico como informação central, e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, precedidas pelo símbolo *. Para a elaboração de tabelas e gráficos, usar preferencialmente programas como o Microsoft Word ou Excel.

Gráficos e Imagens (Fotografias): Largura igual ou superior a 1000 pixel, obrigatoriamente, os arquivos devem ter extensão JPG, GIF, PNG, PSD ou TIF. O somatório total dos arquivos tem de ser igual ou menor que 300 MB. Logo após o upload, serão exibidas as miniaturas das imagens, clique no ícone para editar o título e a legenda de cada imagem submetida. Deve-se destacar no texto os locais sugeridos para a inserção de gráficos e ilustrações, segundo sua ordem de aparição, bem como, apresentar um título breve e numerá-los consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citados no texto, restringindo-se a 05 no total. As figuras devem conter legenda, quando necessário, e a fonte quando for extraída de

uma obra publicada, bem como, a fonte de qualquer ilustração, publicada ou não, deve ser mencionada abaixo da figura.

Alerta aos autores:

Antes de completar o processo de submissão ao sistema, gentileza verificar se foi feito o upload dos seguintes documentos:

- a) Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais;
- b) Comprovante do CEP que aprovou a pesquisa;
- c) Folha de rosto (title page), constando o título curto (running head) em português e inglês; título do artigo em português, inglês e espanhol; Nome completo dos autores sem abreviaturas; credenciais institucionais dos autores; o nome e email do autor correspondente.

Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais para a Escola Anna Nery Revista de Enfermagem:

Declaramos que participamos da elaboração do manuscrito intitulado “.....”, de maneira suficiente para tornar pública a nossa responsabilidade por seu conteúdo, indicando, abaixo de cada nome, como essa participação se efetivou. Declaramos que o referido manuscrito é um trabalho original, sendo que nem sua versão integral ou parcial, nem outro trabalho de nossa autoria com conteúdo similar foi submetido e/ou publicado ou encontra-se em ahead of print de periódico impresso ou eletrônico.

Declaramos para fins de publicação que concordamos com a transferência de direitos autorais desse manuscrito, nos termos da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, de Direitos Autorais, nos artigos 22 a 28, tornando seu conteúdo uma propriedade exclusiva deste periódico. Em sendo um periódico com publicação online, concordo que o conteúdo do manuscrito seja publicado e disseminado em acesso aberto (open access) por meio eletrônico da revista, nos termos previstos na política do open access disponível em <http://www.scielo.br/revistas/man/iaboutj.htm> e

<http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/about/editorialPolicies#openAccessPolicy> .

Como autores, estamos cientes que a cessão dos direitos autorais implica na impossibilidade de qualquer publicação e/ou reprodução, total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impresso ou eletrônico, sem autorização prévia e expressa do Conselho Deliberativo deste periódico.

Do mesmo modo, estamos cientes que sempre que houver autorização do periódico para sua publicação em outros formatos ou mídias, é obrigatório que seja registrado um competente agradecimento à **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, bem como sua referência bibliográfica nesse periódico.**

Rio de Janeiro, ... de de

Autores:

- 1 - Nome do autor e a assinatura digital Tipo de participação na condução do estudo e elaboração do manuscrito
- 2 - Nome do autor e a assinatura digital Tipo de participação na condução do estudo e elaboração do manuscrito
- 3 - Nome do autor e a assinatura digital Tipo de participação na condução do estudo e elaboração do manuscrito
- 4- Nome do autor e a assinatura digital Tipo de participação na condução do estudo e elaboração do manuscrito
- 5- Nome do autor e a assinatura digital Tipo de participação na condução do estudo e elaboração do manuscrito
- 6- Nome do autor e a assinatura digital Tipo de participação na condução do estudo e elaboração do manuscrito (Após a assinatura de todos os autores, digitalizar e enviar o arquivo (pdf) pelo “ supplementary file” do ScholarOne submission).

Envio de manuscritos

Envio de manuscritos – Antes de submeter o manuscrito, o(s) autor(es) poderão consultar o tutorial do Sistema ScholarOne disponível na página da revista.

Tutorial Submissão Scholarone

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem

Secretaria Administrativa

Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ

Rua Afonso Cavalcanti, 275, Cidade Nova

Rio de Janeiro, RJ, Brasil

CEP 20.211-110

Tel.: + 55 (21) 2293-0528 / Ramal: 109

Fax: + 55 (21) 2293-8999

E - mail: annaneryrevista@gmail.com