

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Faculdade de Farmácia

Disciplina de Trabalho de Conclusão do Curso de Farmácia

Registro do uso de medicamentos: avaliação da consistência em cirurgia bariátrica

Nilcéa de Souza

Porto Alegre, dezembro de 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Faculdade de Farmácia

Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia

Registro do uso de medicamentos: avaliação da consistência em cirurgia bariátrica

Nilcéa de Souza

Profa. Dra Isabela Heineck

Orientadora

Maria Isabel Fischer

Co - orientadora

Porto Alegre, dezembro de 2012.

Este artigo foi elaborado segundo as normas da revista “Acta Paulista de Enfermagem” apresentadas em anexo.

Registro do uso de medicamentos: avaliação da consistência em cirurgia bariátrica*

Registration of medication: evaluation of consistency in bariatric surgery

¹ Nilcéa de Souza, ² Maria Isabel Fischer, ³ Isabela Heineck

¹ *Discente de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS - Porto Alegre (RS), Brasil.*

² *Mestre em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS - Porto Alegre (RS), Brasil.*

³ *Doutor em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS - Porto Alegre (RS), Brasil.*

**O estudo foi realizado no Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil em parceria com a Faculdade de Farmácia - UFRGS.*

Autor correspondente: **Nilcéa de Souza**

Avenida Coronel Theodomiro Porto da Fonseca, 643. Nova Sapucaia. Sapucaia do Sul, RS.

CEP 93226430 E-mail: nilceasouza@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Este estudo procurou verificar a consistência das informações sobre o uso de medicamentos para analgesia e antibioticoprofilaxia através da análise dos registros de utilização de medicamentos durante a cirurgia bariátrica. **Métodos:** neste estudo transversal, os dados foram coletados a partir da nota de sala cirúrgica, do formulário preenchido pelo anestesista, dos registros/lançamentos da farmácia e do relatório cirúrgico. Foram analisados os documentos resultantes de 16 cirurgias. A concordância entre os registros de uso dos medicamentos foi medida pelo coeficiente Kappa. **Resultados:** os antimicrobianos cefazolina (k=0,73) e cefoxitina (k=0,72) obtiveram concordância substancial. Para os analgésicos obteve-se concordância moderada para dipirona (k=0,58) e cetoprofeno (k=0,41), enquanto que morfina (k=0,37), fentanil (k=0,37) e remifentanil (k=0,38) apresentaram concordância razoável. **Conclusão:** é necessário analisar um número maior de cirurgias para inferir sobre a qualidade dos registros, entretanto algumas medidas podem ser adotadas para melhorar a qualidade dos mesmos.

Descritores: sistemas de medicação no hospital, salas cirúrgicas, cirurgia bariátrica, documentação, registros médicos.

ABSTRACT

Objective: This study sought to verify the consistency of information about the use of drugs for analgesia and antibiotic prophylaxis by analyzing the records of medication use during bariatric surgery. **Methods:** in this cross-sectional study data were collected from the notes of the operating room, the form completed by the anesthetist, records / releases of pharmacy and surgical report. We analyzed the resulting documents of 16 surgeries. The agreement between the records medication use was measured by the kappa coefficient. **Results:** the antibiotic cefazolin ($k = 0.73$) and cefoxitin ($k = 0.72$) obtained substantial agreement. For analgesic moderate agreement was observed for dipyron ($k = 0.58$) and ketoprofen ($k = 0.41$), whereas morphine ($k = 0.37$), fentanyl ($k = 0.37$), remifentanil ($k = 0.38$) showed reasonable agreement. **Conclusion:** is necessary to analyze a larger number of surgeries to infer the quality of the records, however some measures can be taken to improve their quality.

Keywords: medication systems, hospital, operating rooms, bariatric surgery, documentation, medical records.

INTRODUÇÃO

Os registros hospitalares constituem fonte de informação necessária para o desenvolvimento de indicadores assistenciais que servirão de ferramentas para a avaliação e a garantia da qualidade dos serviços.⁽¹⁾ Logo o prontuário do paciente é de extrema importância, pois é o documento em que devem estar registrados todos os processos de atendimento.⁽²⁾

O prontuário tem as seguintes funções: servir de fonte de informação clínica, administrativa e meio de comunicação compartilhado entre todos os profissionais; ser o registro legal das ações médicas; apoiar a pesquisa (estudos clínicos, epidemiológicos, avaliação da qualidade); promover o ensino e gerenciamento dos serviços, fornecendo dados para cobranças e reembolso, autorização dos seguros, suporte para aspectos organizacionais e gerenciamento do custo.⁽²⁾ Para satisfazer estas funções, o prontuário precisa ser legível, organizado, documentado, sem rasuras, e arquivado por vários anos.⁽³⁾

O advento da tecnologia da informação possibilitou o desenvolvimento do registro eletrônico, ou prontuário eletrônico, em substituição ao de papel. O prontuário eletrônico permite a monitorização dos pacientes, a análise e o controle de custos e facilidade de acesso a informação. Enquanto que no prontuário em papel as informações nem sempre estão acessíveis, podem estar incompletas ou apresentar problemas com legibilidade.⁽³⁾

Dificuldades em se obter um prontuário ideal são comuns. A ausência do registro de informações médicas, importantes para o cuidado do paciente, foi verificada em auditorias de prontuários no Canadá.⁽⁴⁾ No Brasil, a qualidade dos registros de enfermagem foi analisada em um hospital universitário paulista, através de auditoria, obtendo-se como resultado que mais da metade dos prontuários apresentaram qualidade regular, ou seja, contemplaram de cinquenta a sessenta e nove por cento dos seguintes critérios de avaliação: legibilidade, clareza e completude.⁽⁵⁾ Em avaliação realizada em hospitais universitários brasileiros, no ano de 2004, os autores constataram que a maioria apresentava prontuário em papel, além de reduzida qualidade dos mesmos.⁽⁶⁾

O registro da utilização de medicamentos nos prontuários fornece informações sobre o quadro clínico dos pacientes, constitui documento legal dos cuidados da instituição, além de ser utilizado para fins de faturamento, portanto, deve ser claro e legível. ⁽⁷⁾ Durante o procedimento cirúrgico, a descrição detalhada da dose e momento da utilização dos medicamentos reforça a conduta da administração de acordo com critérios descritos na literatura. Ainda em relação à utilização de medicamentos, o correto registro do uso de medicamentos com detalhamento de horários de administração e do momento da observação de intercorrências permite o estudo de reações adversas. ⁽⁸⁾

Atualmente a cirurgia bariátrica, ou tratamento cirúrgico da obesidade, tem ganhado relevância quando consideramos a epidemia de obesidade evidenciada mundialmente e, especificamente no Brasil, pelo fato de estar sendo oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Pode ser classificada em três categorias: restritiva, disabsortiva ou mista, que é a combinação de ambas. ⁽⁹⁾

É importante considerar que se constatou ausência de estudos avaliando a consistência nos registros em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Neste contexto, este estudo procurou verificar a consistência das informações sobre o uso de medicamentos para analgesia e antibioticoprofilaxia através da análise dos registros de utilização de medicamentos durante a cirurgia bariátrica.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, realizado no período de 28 de agosto a 26 de novembro de 2012, que observou o registro do uso de medicamentos em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

Local de estudo e tipo de procedimento avaliado

A pesquisa foi realizada no bloco cirúrgico do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC), situado em Porto Alegre- RS. O GHC está vinculado ao Ministério da Saúde e constitui a maior rede de hospitais públicos do sul do Brasil, atendendo exclusivamente pacientes do

SUS. O HNSC oferece 801 leitos e, no ano de 2011, realizou 18404 cirurgias. ⁽¹⁰⁾ Destas, 57 foram cirurgias bariátricas (4,8 cirurgias/ mês). A equipe cirúrgica é composta por dois cirurgiões, três residentes, quatro anestesistas e onze auxiliares/ técnicos em enfermagem. Entretanto, durante um procedimento, participam da cirurgia um cirurgião, um residente, um anestesista e dois auxiliares/ técnicos em enfermagem. A técnica cirúrgica adotada no HNSC é a gastroplastia com ou sem derivação de acordo com a recomendação da Portaria 390, de 06 de julho de 2005, do Ministério da Saúde. ⁽¹¹⁾

Coleta e análise de dados

Para a coleta de dados foi desenvolvida uma ficha (apêndice 1), a qual era preenchida com nome do paciente, número do prontuário, data do procedimento, anestesista, cirurgião responsável e medicamentos utilizados, com suas respectivas doses.

As fontes de informação analisadas foram todos os documentos resultantes da cirurgia:

Nota de sala cirúrgica (NS): é um documento em papel, em que o auxiliar/ técnico em enfermagem registra todos os materiais e medicamentos utilizados durante o procedimento cirúrgico. Nesta nota constam campos para preenchimento de nome e registro do paciente, data da cirurgia, procedimento realizado, cirurgião, anestesista, profissionais da enfermagem e da farmácia, tipo de anestesia, início e término de procedimento, além de campos previamente preenchidos com materiais e medicamentos usualmente utilizados.

Formulário preenchido pelos anestesistas (FA): documento em papel, em que os anestesistas descrevem a evolução do paciente durante a cirurgia e todos os medicamentos administrados.

Relatório cirúrgico (RC): relatório digitado pelo cirurgião ou residente, em que é descrito o ato cirúrgico, diagnóstico principal, procedimento realizado e antibiótico profilático. Este documento é disponibilizado no prontuário eletrônico do paciente.

Lançamentos terminal farmácia do bloco (RF): o Terminal é um software, no qual se registram todas as entradas e saídas de materiais/ medicamentos. Quando o paciente entra no bloco cirúrgico para realizar um procedimento, o circulante da sala cirúrgica dirige-se a farmácia com a etiqueta de identificação do paciente e solicita os materiais necessários para o procedimento. O auxiliar de farmácia registra no Terminal todos os materiais/ medicamentos que foram dispensados. No final da cirurgia, o circulante da mesma sala devolve os materiais/ medicamentos que não foram utilizados. O auxiliar de farmácia registra novamente, no Terminal, todos os itens estornados. Os dados dos produtos consumidos ficam armazenados para posterior consulta.

Logo após o procedimento cirúrgico, a pesquisadora dirigia-se à sala de recuperação, e analisava o formulário preenchido pelos anestesistas, que se encontrava junto ao prontuário do paciente, quanto aos antibióticos, analgésicos e um Antiinflamatório não - esteróide (cetoprofeno). O mesmo procedimento foi realizado com a nota de sala cirúrgica, que se encontrava na farmácia. O relatório cirúrgico foi consultado, via prontuário eletrônico e os lançamentos da farmácia, para o paciente específico, foram obtidos via terminal na farmácia do bloco cirúrgico.

Os dados foram organizados em planilha do programa Excel, versão 2007. A concordância entre os registros do uso de medicamentos na NS, no FA, no RF e no RC foi determinada pelo coeficiente Kappa (k). Kappa expressa a proporção da concordância observada que não é devida ao acaso, em relação à concordância máxima que ocorreria além do acaso. Landis e Koch (1977) sugerem a seguinte classificação: concordância pobre - coeficiente kappa de - 1,0 a - 0,1; superficial - de 0,0 a 0,19; razoável - de 0,20 a 0,39; moderada - de 0,40 a 0,59; substancial - de 0,60 a 0,79 e quase perfeita - de 0,80 a 1,0. ⁽¹²⁾ O kappa foi calculado no software STATA, versão 9.2.

Este trabalho faz parte do projeto de pesquisa “Avaliação do uso de trombolíticos, antibióticos e analgésicos em pacientes submetidos à Cirurgia Bariátrica em Hospital de Porto Alegre, Brasil” previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (projeto nº 11-016).

RESULTADOS

Foram analisados os dados referentes a 16 cirurgias. Todos os pacientes eram do sexo feminino.

O registro do uso dos medicamentos nas cirurgias ocorreu na seguinte proporção: cetoprofeno (69%), remifentanil (62%), morfina (88%), fentanila (94%), petidina (31%), dipirona (69%), cefazolina (75%) e cefoxitina (44%). Houve registros de utilização “negativos” (estornos superiores à quantidade dispensada) nos lançamentos da farmácia do Bloco Cirúrgico para: cetoprofeno (6,25%), morfina (12,5%), fentanil (6,25%), petidina (12,5%), dipirona (12,5%) e cefazolina (12,5%). No formulário preenchido pelos anestesistas, houve 12 registros ilegíveis. Critério de legibilidade: impossibilidade de leitura.

Na Tabela 1 estão os coeficientes Kappa, de cada medicamento, obtidos entre os diferentes documentos.

Tabela 1 - Concordância no registro de uso dos medicamentos entre NS, FA, RF e RC em cirurgia bariátrica.

Medicamento	Kappa (p)						Geral
	NSxFA	NSxRF	NSxRC	FAxRF	FAxRC	RFxRC	
Cefazolina	0,75 (0,0010)	0,50 (0,0105)	0,75 (0,0010)	0,71 (0,0014)	1,0 (0,0000)	0,71 (0,0014)	0,73 (0,0000)
Cefoxitina	1,00 (0,0000)	0,43 (0,0368)	1,00 (0,0000)	0,43 (0,0368)	1,0 (0,0000)	0,43 (0,0368)	0,72 (0,0000)
Morfina	0,56 (0,0066)	0,45 (0,0322)		0,14 (0,2755)			0,37 (0,0055)
Fentanil	0,38 (0,0255)	0,43 (0,0432)		0,38 (0,0255)			0,37 (0,0053)
Remifentanil	0,20 (0,0912)	0,87 (0,0002)		0,16 (0,1208)			0,32 (0,0127)
Dipirona	0,64 (0,0031)	0,50 (0,0194)		0,62 (0,0059)			0,58 (0,0000)
Cetoprofeno	0,52 (0,0087)	0,26 (0,1402)		0,48 (0,0244)			0,41 (0,0024)

NS: nota de sala cirúrgica, FA: formulário preenchido pelos anestesistas, RF: registros/lançamentos da farmácia, RC: relatório cirúrgico.

Foi calculado coeficiente kappa geral ajustado para a petidina ($k= 0,38$) no software WINPEPI, versão 11.24, que permite o cálculo a partir de registro de um único documento, no caso, os lançamentos da farmácia do Bloco Cirúrgico.

Não foi possível realizar análise da concordância da dose dos medicamentos utilizados, pois o número de vezes em que todos os documentos registraram a dose

utilizada foi insuficiente para a análise estatística. A Tabela 2 descreve a ocorrência do registro de dose por medicamento e documento.

Tabela 2 – Quantidade de registros com descrição da dose administrada na NS, FA, RF e RC.

Medicamento	Registros de Dose (%)				
	NS	FA	RF	RC	Todos*
Cefazolina	8 (100)	10 (100)	10 (83)	4 (40)	3
Cefoxitina	6 (100)	6 (100)	4 (100)	4 (67)	2
Morfina	13 (100)	11 (100)	10 (83)		9
Fentanil	14 (100)	10 (100)	14 (100)		10
Remifentanil	9 (100)	2 (100)	10 (100)		2
Petidina	0	0	3 (60)		0
Dipirona	10 (100)	6 (86)	8		5
Cetoprofeno	9 (100)	5 (100)	6 (86)		4

* descrição da dose ocorreu na NS, FA, RF e RC concomitantemente. NS: nota de sala, FA: formulário preenchido pelos anestesistas, RF: registros da farmácia, RC: relatório cirúrgico.

DISCUSSÃO

No HNSC, a informação sobre o uso de medicamentos nas cirurgias realizadas é registrada manualmente. Apenas dados do antibiótico profilático, descritos no relatório cirúrgico, ficam disponíveis para consulta no prontuário eletrônico do paciente.

Registros manuscritos frequentemente dificultam a completa conciliação entre os medicamentos que foram dispensados e os medicamentos que retornam da sala de cirurgia, além de aumentarem o risco de imprecisão e omissão.⁽⁷⁾ Registros imprecisos da utilização de medicamentos afetam negativamente a gestão de estoques da farmácia⁽¹³⁾ e comprometem o cuidado do paciente após ter sido administrado um anestésico, por exemplo.⁽⁷⁾

Na comparação entre NS, FA e RF os analgésicos morfina (k=0,37), fentanil (k=0,37) e remifentanil (k=0,32) apresentaram concordância razoável, enquanto que dipirona (k=0,58) e cetoprofeno (k= 0,41) apresentaram concordância moderada. Os

antimicrobianos cefazolina (0,73) e cefoxitina (0,72) obtiveram concordância substancial entre NS, FA, RF e RC.

No HNSC, os circulantes são responsáveis pelo registro de utilização de medicamentos na nota de sala, enquanto os anestesistas preparam e administram o medicamento, fazem os registros pertinentes no formulário do anestesista e monitoram os pacientes. O acúmulo de tarefas e o estresse do procedimento cirúrgico podem facilitar a inconsistência dos registros. Em estudo realizado em hospital universitário japonês, foram analisados, por farmacêuticos, erros de escrita referentes aos medicamentos utilizados por anestesistas em 9907 procedimentos. Foram encontrados 4868 erros, dos quais 3777 eram devido à falha na descrição dos medicamentos utilizados em cirurgia. ⁽¹⁴⁾ Estes achados concordam com nossos resultados que demonstram que as piores concordâncias ocorreram entre folha de anestesia e registros na farmácia ($k_{\text{médio}}=0,42$) e entre nota de sala e registros na farmácia ($k_{\text{médio}}=0,49$).

A presença de registros “negativos”, no terminal da farmácia, ou seja, estorno superior às quantidades dispensadas, pode ser devida a medicamentos remanescentes de cirurgias anteriores ou erro na digitação dos produtos. Ao analisar os dados, verificamos que os lançamentos negativos ocorreram para dois pacientes e que dois auxiliares de farmácia foram responsáveis pelos registros.

A presença de informações ilegíveis na folha de anestesia pode ter contribuído para a baixa concordância do remifentanil entre NS e FA ($k=0,20$) e entre RF e FA ($k=0,16$). Ao analisar os dados, verificou-se que remifentanil foi registrado na NS e no RF, mas não era registrado nos FA que continham informações ilegíveis. Em análise de 3701 prescrições medicamentosas dispensadas em uma Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre (RS), 18% (666) apresentaram erros e/ou inadequações, destes 93,8% (625) eram devido à falta de legibilidade. ⁽¹⁵⁾

Documentação precisa, da utilização medicamentos, é um dos requisitos necessários à obtenção de certificado de acreditação hospitalar. A *Joint Commission* exige que os hospitais tenham em prática um processo de como os medicamentos são devolvidos ao controle da farmácia. Este processo deve incluir procedimentos

que evitem desvios e que contabilize todos os medicamentos não utilizados, vencidos ou devolvidos. ⁽⁷⁾

Devido à necessidade de melhorar a segurança dos pacientes, quanto à administração dos medicamentos, bem como os registros de utilização dos mesmos, as instituições hospitalares americanas têm implantado o *BCMA – Bar- Code Medication Administration*, um sistema de checagem da prescrição do medicamento no momento da administração. O BCMA verifica a identidade do paciente e armazena dados como o nome do medicamento, a dose, a via de administração, a identidade do profissional que administrou e o tempo de início da administração igual àquele em que foi feita a leitura do código de barras do medicamento.⁽¹⁶⁾ Em pesquisa nacional realizada naquele país, a implementação do BCMA, dos hospitais variou de 34,5 %, em 2010, para 50,2% em 2011. ⁽¹⁷⁾

Dentre as limitações do estudo temos: o pequeno número de cirurgias (n=16) e a não utilização de medicamentos em alguns procedimentos, o que aumentou a tendência de concordância, pois não havia registro de uso para que houvesse discordância entre os diferentes documentos.

CONCLUSÃO

A concordância dos registros de uso dos medicamentos entre as diferentes fontes de informação variou de razoável a substancial, necessitando de um número maior de cirurgias para inferir sobre a consistência dos registros. Entretanto, algumas medidas poderiam ser adotadas para melhorar os registros: padronização do formulário preenchido pelos anestesiistas, com medicamentos previamente descritos, e melhorias no terminal utilizado pela farmácia para que o sistema estorne apenas os medicamentos que foram dispensados para o paciente em questão.

REFERÊNCIAS

1. Schout D, Novaes HMD. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007; 12(4): 935-944.
2. Marin HF, Massad E, Neto RSA. Prontuário Eletrônico do Paciente: Definições e Conceitos. In: Massad E, Marin HF, Neto RSA, organizadores. *O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico*. São Paulo: Organização Pan-americana da Saúde/OPAS; 2003. p. 1-20.
3. Côrtes PL, Cortês EGP. Hospital information systems: a study of electronic patient records. *JISTEM* [periódico na internet]. 2011[acesso em 2012 Dec 7]; 8(1): [aproximadamente 24p] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1807-7752011000100008&script=sci_arttext
4. Cox JL, Zitner D, Courtney KD, et al. Undocumented patient information: an impediment to quality of care. *Am J Med*. 2003;114:211–216.
5. Setz VG, D’Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio de auditoria. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(3): 313-7.
6. Silva FG, Neto JT. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino no Brasil. *Rev. bras. educ. méd*. 2007; 31 (2): 113 – 126.
7. Nolen AL, Rodes WD 2nd. Bar-code medication administration system for anesthetics: Effects on documentation and billing. *Am J Health-Syst Pharm*. 2008 Apr; 65: 655-9.
8. Fuchs FD, Wannmacher L, Ferreira MB, editores. *Farmacologia Clínica: fundamentos da terapêutica racional*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
9. Baker MT. The History and Evolution of Bariatric Surgical Procedure]. *Surg Clin N Am*. 2011; 91: 1181–1201.

10. Grupo Hospitalar Conceição. Unidade Hospital Conceição. [internet]. Porto Alegre; [acesso em 2012 Oct 29]. Disponível em: <http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=2&idSubMenu=1>.
11. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 390, de 6 de julho de 2005. Define unidade de assistência em alta complexidade ao paciente portador de obesidade grave. Diário Oficial da União 8 jul 2005; Seção 1.
12. Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR et al. Epidemiologia. 2a Ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.
13. Jense LS, Merry AF, Webster CS, et al. Evidence - based strategies for preventing drug administration error during anesthesia. *Anaesthesia (Lond.)*. 2004; 59 (5):493-504.
14. Sakurai S, Wakasaki R, Washiyama A, et al. Management of drugs used by anesthesiologists in the operating room [abstract]. *Jpn. j. anesthesiol.* 2011 Dec; 60(12): 1416-8.
15. Guzatto P, Bueno D. Análise de prescrições medicamentosas dispensadas na farmácia de uma unidade básica de saúde de Porto Alegre – RS. *Rev HCPA* 2007; 27(3): 20-6
16. Levy MA, Giuse DA, Eck C, et al. Integrated information systems for electronic chemotherapy medication administration. *J Oncol Pract* 2011 Jul; 7(4): 226-230.
17. Pedersen CA, Schneider PJ, Scheckelhoff DJ. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: dispensing and administration – 2011. *Am J Health Syst Pharm* 2012 May 1;69(9):768-85

APÊNDICE 1 – FICHA PARA COLETA DE DADOS

PACIENTE				
REGISTRO				
DATA				
CIRURGIÃO				
ANESTESISTA				
MEDICAMENTOS PARA ANTIBIOTICOPROFILAXIA				
	NOTA DE SALA	FOLHA ANESTESIA	REGISTRO NA FARMÁCIA	RELATÓRIO CIRÚRGICO
CEFAZOLINA				
DOSE (g)				
CEFOXITINA				
DOSE (g)				
OUTROS				
DOSE				
MEDICAMENTOS PARA ANALGESIA				
	NOTA DE SALA	FOLHA ANESTESIA	REGISTRO NA FARMÁCIA	
MORFINA				
DOSE (0,2 mg)				
DOSE (2 mg)				
DOSE (10 mg)				
PETIDINA				
DOSE (100 mg)				
FENTANIL 50 µg/mL SEM CONSERVANTE				
DOSE (mL)				
FENTANIL 50 µg/mL				
DOSE (mL)				
			Houve estorno?	
REMIFENTANIL				
DOSE (2 mg)				
ALFENTANIL				
DOSE (2,72 mg)				
DIPIRONA				
DOSE (1g)				
CETOPROFENO				

DOSE (100mg)				
INFORMAÇÕES ILEGÍVEIS				
QTDE				

Informações básicas

Acta Paulista de Enfermagem destina-se a publicação de trabalhos científicos originais nas áreas de Ciências da Saúde.

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

Missão

Divulgar o conhecimento científico gerado no rigor da metodologia da pesquisa e da ética.

Objetivo

Publicar resultados de pesquisas originais para o avanço das práticas: clínica, cirúrgica, gerencial, ensino, pesquisa e informática em saúde.

Escopo e política

A Acta Paulista de Enfermagem recebe artigos originais com resultados inéditos que contribuam para o conhecimento e apresentem aplicabilidade prática para a enfermagem, com grau de recomendação A, B ou C conforme Oxford Center for Evidence-based Medicine. O artigo submetido à análise da Acta Paulista de Enfermagem não pode ter sido publicado ou encaminhado simultaneamente a outro periódico. A veracidade das informações e das citações bibliográficas é de responsabilidade exclusiva dos autores. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado.

A Carta de Apresentação deve ser anexada no processo de submissão online. Nesta carta o autor deve explicar ao Editor porque o seu artigo deve ser publicado na Acta Paul Enferm e qual a contribuição ao conhecimento dos resultados apresentados no artigo.

Os artigos podem ser redigidos em português ou inglês. Nos casos dos artigos redigidos em inglês será solicitada uma cópia em português da versão final. Os artigos submetidos são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo a opinião dos Editores da revista.

O artigo submetido à análise da Acta Paulista de Enfermagem não pode ter sido publicado ou encaminhado simultaneamente a outro periódico. A veracidade das informações e das citações bibliográficas é de responsabilidade exclusiva dos autores. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado.

Salientamos que plágio acadêmico em qualquer nível é crime, fere a legislação brasileira no artigo 184 do Código Penal e no artigo 7º parágrafo terceiro da lei 9.610-98 que regulamenta o direito autoral, constituindo-se assim matéria cível e penal.

A Carta de Apresentação deve ser anexada no processo de submissão online. Nesta carta o autor deve explicar ao Editor porque o seu artigo deve ser publicado na Acta Paul Enferm e qual a contribuição ao conhecimento dos resultados apresentados no artigo.

Pesquisas envolvendo seres humanos desenvolvidas no Brasil: conforme o capítulo IX.7 da Res. CNS 196/96 a Acta Paul Enferm exige a documentação comprobatória de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa e/ou CONEP, quando for o caso. O CAAE deverá estar explicitado na documentação ou devidamente informado pelo autor.

Publicação de ensaios clínicos: artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico, conforme a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- a) [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- b) [ClinicalTrials.gov](#)
- c) [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- d) [Netherlands Trial Register \(NTR\)](#)
- e) [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- f) [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

Fontes de financiamento: os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo. Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

Conflito de interesses: os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

Colaboradores: são aceitos, no máximo, cinco co-autores e devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [International Committee of](#)

[Medical Journal Editors](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

Os manuscritos deverão vir acompanhados de: **a)** carta de apresentação **b)** autorização para publicação e transferência dos direitos autorais à revista, assinada por todos autores e endereçada ao Editor Científico, conforme modelo no site <http://www.unifesp.br/acta/> **c)** declaração de isenção de conflitos de interesses; **d)** Carta de aprovação do CEP e CONEP, se for o caso, com o número do CAAE

Forma e preparo de manuscritos

Organize o manuscrito em Word.doc, fonte Arial 12, espaço entre linhas de 1,5 e margens Sup. e Inf. 3 cm, Esq. e Dir. 2,5 cm;

Composição do manuscrito: página de título, agradecimentos, texto, resumo, referências, tabelas, legendas de figuras e figuras. Geralmente, adendos ou apêndices não são utilizados.

Página de Título deve conter:

- ✓ O título do manuscrito com, no máximo, 12 palavras e apresentado em português e inglês. Não usar caixa alta no título;
- ✓ Os nomes completos e sem abreviações dos Autores, numerados em algarismos arábicos, com a titulação universitária máxima de cada autor e as Instituições às quais pertencem;
- ✓ Indicação do nome do Autor responsável, seu endereço para correspondência, telefone para contato e e-mail; Evite o uso de endereço residencial, pois o mesmo ficará disponível na Internet;
- ✓ É obrigatório informar, logo após, a titulação dos autores, o local e a instituição onde o estudo foi realizado.
- ✓ **Resumo** em português e inglês com, no máximo, 150 palavras e estruturado da seguinte forma:
- ✓ **Objetivo** (estabelecendo a questão principal e/ou hipóteses a serem testadas);
- ✓ **Métodos** (descrevendo o desenho do estudo, população e medidas que foram realizadas);

- ✓ **Resultados:** descrever o resultado principal em uma frase concisa. Deve ser o mais descritivo possível. Níveis de significância estatística e intervalo de confiança somente quando apropriado;
- ✓ **Conclusão:** baseada exclusivamente nos resultados apontados no resumo.
- ✓ Cinco **descritores** em Ciências da Saúde que representem o trabalho, conforme o DECS (lista de descritores utilizada na Base de Dados LILACS da Bireme) disponível no endereço <http://decs.bvs.br/> e o Nursing Thesaurus do Internacional Nursing Index poderão ser consultados, como lista suplementar, quando necessário ou MeSHkeywords <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>

Texto

O corpo do texto do manuscrito deverá conter parágrafos distintos com **Introdução, Métodos, Resultados, Conclusão e Referências.**

- ✓ A **introdução** deve apresentar a fundamentação teórica sobre o objeto de estudo. A finalidade da introdução é enunciar com as devidas justificativas e explicações, a originalidade e validade, finalidade e aplicabilidade da contribuição ao conhecimento pretendida. Não mais do que quatro citações devem ser utilizados para apoiar uma única idéia. Evite a citação de comunicações pessoais ou materiais inéditos. O objetivo deve ser colocado no último parágrafo da introdução. Lembre-se para cada objetivo deverá haver uma conclusão.
- ✓ **Métodos** - descreve como a pesquisa foi realizada, a lógica do raciocínio do autor na ordenação dos procedimentos e técnicas utilizadas para a obtenção dos resultados. O método estatístico e o critério matemático de significância dos dados também devem estar declarados. Estructure o capítulo de Métodos da seguinte forma: tipo de desenho de pesquisa, local, população, cálculo do tamanho da amostra, instrumento de medida (com informações sobre validade e precisão), coleta de dados e número do CAAE (referente a análise ética no Sistema CEP/CONEP).
- ✓ **Resultados** – descrição do foi obtido na pesquisa, sendo exclusivo do pesquisador, sem citações ou comentários ou interpretações pessoais (subjetivas).
 - As Tabelas, Gráficos e Figuras, no máximo de três, obrigatoriamente, devem estar inseridos no corpo do texto do artigo; as imagens (Figuras) devem estar com resolução de 600dpi. Use esses recursos quando eles expressarem mais do que pode ser feito por palavras na mesma quantidade de espaço.
- ✓ **Discussão** – apresenta a apreciação crítica do autor, os novos e importantes aspectos do estudo e a explicação sobre o significado dos resultados obtidos e as suas limitações,

relacionando-as com outros estudos. A linguagem obedece a estilo crítico e o verbo aparece no passado.

- ✓ **Conclusão** – escrita em frase clara, simples e direta demonstrando o cumprimento do objetivo proposto. No caso de mais de um objetivo, deve haver uma conclusão para cada um. Nenhum outro comentário deve ser incluído.
- ✓ **Referências:**
 - No texto, as citações devem ser numeradas, consecutivamente, em algarismos arábicos, entre parênteses, sobrescritos e sem menção do nome dos autores;
 - As Referências devem vir numeradas, de acordo com a citação no texto, e aquelas que se referem a artigos publicados em periódicos latino-americanos e que possuem versão em inglês, devem ser citadas na versão em inglês. Confira cuidadosamente as referências, é essencial que os leitores consigam encontrar o material referenciado. Por favor, não inclua mais de 30 referências.

Assinaturas

No rumo da sustentabilidade e acessibilidade, a Acta Paulista de Enfermagem (APE) é publicada exclusivamente na versão digital, na perspectiva de alcançar maior audiência, visibilidade, velocidade na divulgação e acesso universal com gratuidade. Acesse o site: <http://www.epe.unifesp.br/acta/>.

Envio de Manuscritos

Envio dos manuscritos:

Os artigos deverão, obrigatoriamente, ser submetidos por via eletrônica, de acordo com as instruções publicadas no site <http://mc04.manuscriptcentral.com/ape-scielo>

Acta Paulista de Enfermagem

Endereço: Rua Diogo de Faria, 1087 - 6º Andar - CJ 601

Vila Clementino - CEP 04037-003 - São Paulo SP

Tel.: 55 11 5082.3287

Email: ape@unifesp.br