



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE-ESCOLA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE PERINATAL



DIELLY NATANNARA CHAGAS FERNANDES

**QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM
DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL**

RIO DE JANEIRO

2018

DIELLY NATANNARA CHAGAS FERNANDES

QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM DE UMA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Artigo de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em Enfermagem na Saúde Perinatal

Orientadora: Prof^a. Me. Danielle Lemos Querido

Rio de Janeiro

2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE-ESCOLA



DIELLY NATANNARA CHAGAS FERNANDES

QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Artigo apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em Enfermagem na Saúde Perinatal.

Aprovado em 26 de fevereiro de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Danielle Lemos Querido

Viviane Saraiva de Almeida

Helder Camilo Leite



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE-ESCOLA



Artigo: Qualidade dos registros de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva neonatal

Autores: Dielly Natannara Chagas Fernandes, Danielle Lemos Querido, Viviane Saraiva de Almeida, Helder Camilo Leite, Ana Paula Vieira dos Santos Esteves, Joffre Amim Junior

O presente artigo trata-se da avaliação da qualidade dos registros de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva neonatal, obtida a partir de um estudo descritivo, documental, retrospectivo com abordagem quantitativa que avaliou 360 registros de enfermagem em prontuários de recém-nascidos. O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro com o número de parecer 2.143.225. Foi submetido para apreciação e possível publicação na Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (Rev Rene).

Qualidade dos registros de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva neonatal

Dielly Natannara Chagas Fernandes¹, Danielle Lemos Querido¹, Viviane Saraiva de Almeida¹, Helder Camilo Leite¹, Ana Paula Vieira dos Santos Esteves¹, Joffre Amim Junior¹

Objetivo: avaliar a qualidade dos registros de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Métodos:** estudo descritivo, documental, retrospectivo com abordagem quantitativa que avaliou 360 registros de enfermagem em prontuários de recém-nascidos através da aplicação de um formulário. **Resultados:** com relação às anotações dos enfermeiros: 98,3% estavam com carimbo ao final do registro, 100,0% eram legíveis, 12,4% possuíam divergência de informações, 11,6% possuíam erro de ortografia, 100,0% apresentavam abreviaturas, 92,6% espaços em branco, 42,1% rasuras. Quanto às anotações dos técnicos de enfermagem: 84,5% possuíam carimbo ao final do registro, 87,9% eram legíveis, 23,0% possuíam divergência de informações, 63,6% continham erro de ortografia, 99,2% apresentavam abreviaturas, 73,6% espaços em branco, 77,4% rasuras. **Conclusão:** a qualidade dos registros ainda não se encontrava no nível desejável como é recomendado pela literatura. Acredita-se que a padronização de abreviaturas e a construção de protocolos institucionais podem reduzir consideravelmente as inconformidades nos registros na unidade.

Descritores: Enfermagem Neonatal; Registros de Enfermagem; Recém-nascido; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Descriptors: Neonatal Nursing; Nursing Records; Infant, Newborn; Intensive Care Units, Neonatal.

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Introdução

A comunicação é essencial para o atendimento das necessidades da pessoa assistida pela equipe de saúde. O adequado registro em prontuário garante a continuidade do cuidado, reduz o aparecimento de eventos adversos e favorece o planejamento das ações terapêuticas⁽¹⁾.

O registro de enfermagem é parte integrante deste sistema de informação em saúde, facilitando a condução do cuidado entre os profissionais de enfermagem e os membros da equipe multiprofissional, viabiliza o respaldo ético e legal da assistência, funciona como instrumento de auditoria e desenvolvimento do ensino e pesquisa na área da enfermagem⁽²⁾.

O prontuário, nessa perspectiva, atua como o principal condutor dessas informações⁽³⁾. A origem da palavra prontuário deriva do latim “*promptuariu*” que quer dizer lugar onde se guarda aquilo que deve estar à mão, o que pode ser útil a qualquer momento, definido como o acervo documental padronizado, organizado e conciso realizado por todos os profissionais⁽⁴⁾.

O Conselho Federal de Enfermagem em seu artigo 1º da resolução nº 429/2012 afirma que é de responsabilidade e dever de todos os membros da equipe de enfermagem registrar no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da classe informações referentes ao processo de cuidar⁽⁵⁾.

Destaca-se que 50,0% das informações registradas no prontuário estão relacionadas ao cuidado de enfermagem, considerando-as como ferramenta essencial para avaliação da qualidade da assistência⁽⁴⁾.

Os registros precisam ser realizados de maneira fidedigna e adequada, levando em consideração sua completude⁽⁶⁾. Em contrapartida, uma comunicação pobre, incompleta e ineficaz em um ambiente clínico e complexo pode facilitar a ocorrência de erros⁽¹⁾.

Todos os registros realizados no ambiente hospitalar são importantes, entretanto é inegável a complexidade de uma Unidade de Terapia Intensiva, onde existe uma profundidade e um grande volume de informações. O registro dos dados fica ao critério de cada profissional que muitas vezes realizam anotações extensas, com diversas informações desnecessárias e repetidas, enquanto outras são curtas, excluindo dados essenciais para o cuidado⁽⁷⁾.

A comunicação na Unidade de Terapia Intensiva fornece muitas vezes o suporte para a tomada de decisão⁽⁸⁾. No cenário neonatal, um prematuro extremo é manipulado por inúmeros profissionais durante sua internação, o que torna o seu cuidado mais suscetível a erros, resultantes das diversas intervenções para diagnóstico e tratamento⁽⁹⁾, tornando-se necessário uma atenção redobrada quanto às anotações nos prontuários.

Portanto, é imprescindível examinar os registros realizados pela equipe de enfermagem para que se identifique possíveis inconformidades, possibilitando direcionar uma capacitação da equipe para execução de registros mais completos e de melhor qualidade.

Desta forma, o objetivo geral do estudo foi avaliar a qualidade dos registros de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, documental, retrospectivo com abordagem quantitativa que avaliou 360 registros de enfermagem dos prontuários de recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

A amostra foi obtida por conveniência e foram incluídos no estudo dados obtidos de prontuários dos recém-nascidos internados na unidade, há pelo menos sete dias, a fim de obter um volume de registros significantes anexados. Foram excluídos os prontuários que não se encontravam disponíveis no setor.

O período de coleta de dados foi de agosto a dezembro de 2017. Para essa finalidade foi utilizado um formulário, construído especificamente para o estudo que buscou avaliar as seguintes características dos registros: identificação do profissional com carimbo ao final do registro; se na ausência do carimbo, possuía identificação legível com categoria profissional ao final do registro; letra; divergência de informações/avaliações; erros de ortografia encontrados; abreviações ou siglas utilizadas empiricamente; identificação de espaços em branco; presença de rasura ou uso de corretivo; preenchimento do número do prontuário; preenchimento do nome do paciente; registro da data; registro de hora.

O cálculo amostral deu-se a partir do número de recém-nascidos internados na instituição no período de julho a dezembro de 2016 através da fórmula $n = N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) / Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)$, no qual n se refere à amostra calculada, N se refere à população, Z é a variável normal padronizada associada ao nível de confiança, p a verdadeira probabilidade do evento e refere-se ao erro amostral. Durante esse período foram realizados um total de 5523 registros pela equipe de enfermagem, sendo necessário uma amostra de 360 registros ($n = 5523 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5) / (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5) + 0,05^2 \cdot (5523 - 1)$; $n = 5304,28 / 14,755$; $n = 360$).

Para análise estatística (análise descritiva, teste exato de Fisher e teste Qui-quadrado de Pearson) foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* para Windows

versão 17.0 e, em todas as análises foi considerado nível de significância de 5,0%. Para assegurar a confiabilidade na transcrição dos dados, foi realizada a revisão em dupla checagem por pessoas distintas.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

Dos 360 registros de enfermagem avaliados, 121 (33,6%) foram realizados pelos enfermeiros e 239 (66,4%) por técnicos e auxiliares de enfermagem. Destes, 119 (33,1%) foram realizados no turno diurno, 120 (33,3%) no turno noturno e 121 (33,6%) em um impresso único preenchido durante as 24 horas de trabalho, conforme Tabela 1.

Em relação à identificação do profissional com o carimbo ao final do registro, 321 (89,2%) registros apresentavam carimbo e 39 (10,8%) foram deixados pelos profissionais de enfermagem sem carimbo. A avaliação do percentual de registros sem carimbo, apontou que em 35 (9,7%) registros além de não possuírem carimbo também não havia identificação legível ou categoria profissional.

Quanto à avaliação da letra dos profissionais, 331 (91,9%) registros apresentavam letra legível e 29 (8,1%) exigiam esforço para compreender ou estavam ilegíveis. No que tange a variável divergência de informações, onde procurou-se identificar se o profissional registrou informações conflitantes, 290 (80,6%) registros não continham divergências e 70 (19,4%) apresentaram pelo menos uma divergência.

Em 166 (46,1%) registros foi identificado pelo menos um erro de ortografia, onde os registros dos técnicos e auxiliares de enfermagem, 152 (63,6%), continham em maior número esse tipo de erro quando comparados aos dos enfermeiros.

Quanto ao uso de abreviações ou siglas empíricas, observou-se que pelo menos uma abreviatura foi verificada em 358 (99,4%) registros. Todos os registros dos enfermeiros, 121 (100,0%), possuíam o uso de abreviaturas, bem como a maior parte dos registros dos técnicos e auxiliares de enfermagem, 237 (99,2%). Em relação aos espaços em brancos, 112 (92,6%) registros dos enfermeiros e 176 (73,6%) dos técnicos e auxiliares continham esta inconformidade no desenvolvimento dos seus registros.

Tabela 1 - Características dos 360 registros de enfermagem segundo a completude dos dados

Itens avaliados	Enfermeiro	Técnicos e Auxiliares	p
	n (%)	n (%)	
Registros realizados	121 (33,6)	239 (66,4)	-
Turnos			
Diurno	-	119 (33,1)	-
Noturno	-	120 (33,3)	-
Nas 24h do plantão	121 (33,6)	-	-
Identificação do profissional com carimbo ao final do registro			
Sim	119 (98,3)	202 (84,5)	0,000*
Não	2 (1,7)	37 (15,5)	
Na ausência do carimbo, possui identificação legível com categoria profissional ao final do registro			
Sim	-	4 (10,8)	0,803**
Não	2 (100,0)	33 (89,2)	
Letra			
Legível	121 (100,0)	210 (87,9)	0,000*
Exige esforço para compreender ou Ilegível	-	29 (12,1)	
Divergência de informações			
Sim	15 (12,4)	55 (23,0)	0,010*
Não	106 (87,6)	184 (77,0)	
Erros de ortografia			
Sim	14 (11,6)	152 (63,6)	
Não	107 (88,4)	87 (36,4)	0,000*

* Teste Qui-quadrado de Pearson;** Teste Exato de Fisher

O uso de corretivo ou rasura estava presente na maior parte dos registros, 236 (65,6%). Os técnicos e auxiliares cometeram mais rasuras, 185 (77,4%), em comparação aos 51 (42,1%) registros realizados pelos enfermeiros, conforme Tabela 2.

Tabela 2 - Características dos 360 registros de enfermagem segundo a completude dos dados

Itens avaliados	Enfermeiro	Técnicos e	p
	n (%)	Auxiliares n (%)	
Abreviações/siglas utilizadas empiricamente			
Sim	121 (100,0)	237 (99,2)	0,440**
Não	-	2 (0,8)	
Identificação de espaços em branco			
Sim	112 (92,6)	176 (73,6)	0,000*
Não	9 (7,4)	63 (26,4)	
Presença de rasura ou uso de corretivo			
Sim	51 (42,1)	185 (77,4)	0,000*
Não	70 (57,9)	54 (22,6)	
Preenchimento do número do prontuário			
Sim	90 (74,4)	141 (59,0)	0,003*
Não	31 (25,6)	98 (41,0)	
Preenchimento do nome do paciente			
Completo	48 (39,7)	42 (17,6)	0,000*
Incorreto***	73 (60,3)	197 (82,4)	
Registro da data			
Sim	121 (100,0)	214 (89,5)	0,000*
Não	-	25 (10,5)	
Registro de hora			
Sim	8 (6,6)	215 (90,0)	0,000*
Não	113 (93,4)	24 (10,0)	

* Teste Qui-quadrado de Pearson; ** Teste Exato de Fisher; *** Incompleto, não preenchido ou abreviado

No cabeçalho foi verificado a completude dos dados, nos seguintes parâmetros: número do prontuário, nome materno completo, data e hora que foi efetuado o registro. Neste seguimento, 231 (64,2%) registros continham o número do prontuário e 129 (35,8%) estavam com este item em branco. Quanto à presença do preenchimento do número do prontuário, os

registros dos enfermeiros encontravam-se em maior número, 90 (74,4%), em comparação aos 141 (59,0%) registros dos técnicos e auxiliares.

No que se refere ao nome materno completo, encontrou-se uma frequência de 90 (25,0%) registros com identificação do paciente completa e 270 (75,0%) incorreta (registro incompleto, não preenchido ou abreviado). Quando associado à categoria, mostrou que 73 (60,3%) registros dos enfermeiros e 197 (82,4%) registros dos técnicos e auxiliares estavam com o nome materno incorreto.

Em 335 (93,1%) registros a data foi devidamente preenchida. Quanto ao registro da hora, 223 (61,9%) continham o horário antes de qualquer informação (dados clínicos, procedimentos e/ou intercorrências), sendo evidenciado que deste total apenas 8 (6,6%) registros realizados pelos enfermeiros continham este dado, em contrapartida, 215 (90,0%) realizados pelos técnicos e auxiliares foram adequadamente preenchidos, portanto esta foi a categoria que mais especificou a hora.

Discussão

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal destina-se aos cuidados integrais do recém-nascido grave, em situações de prematuridade, condições estas que ameaçam à vida e que requerem monitorização constante por equipamentos tecnológicos e tratamentos intensivos⁽¹⁰⁾.

O processo de trabalho da enfermagem neste cenário, como parte integrante da equipe multiprofissional, visa o cuidado do neonato por 24 horas⁽¹¹⁾, com constantes avaliações rigorosas e graduais quanto à efetividade da assistência ao recém-nascido⁽¹²⁾.

O registro de enfermagem desempenha um papel substancial na coordenação entre a equipe de tratamento e o seguimento dos cuidados⁽¹³⁾. O registro, neste sentido, tem o intuito de evidenciar o cuidado concedido, tornando-o visível, entretanto a insuficiência de dados interfere diretamente na avaliação da qualidade da assistência prestada⁽¹¹⁾.

Nesta perspectiva, o estudo apontou que todos os registros de enfermagem apresentaram algumas inconformidades, levando em consideração as variáveis analisadas. O Conselho Federal de Enfermagem elaborou um Guia de Recomendações para nortear os profissionais da área para a prática dos registros no prontuário do paciente favorecendo, deste modo, para segurança e qualidade das informações⁽⁴⁾.

Os profissionais de enfermagem da unidade foram criteriosos quanto à identificação ao final do registro, pois a maioria encontrava-se adequada. Vale ressaltar que considerado como

completo todos os registros que apresentaram carimbo e assinatura ou nome do profissional mais o número do Conselho Regional de Enfermagem e categoria. Resultado próximo a este verificou que mais da metade dos registros havia identificação do profissional responsável⁽¹⁴⁾. Assinatura e identificação do profissional com o número do Conselho Regional de Enfermagem, trata-se de uma regra importante, contudo, o uso do carimbo é facultativo⁽⁴⁾.

Por vezes aponta-se percentuais significativos de registros sem identificação profissional adequada, faltando categoria profissional, número do Conselho Regional de Enfermagem, do carimbo e a assinatura do profissional, podendo sugerir desinformação, despreocupação e desinteresse dos profissionais de enfermagem⁽³⁾.

A grande maioria dos registros exibiram letra legível, sendo que na categoria técnica e auxiliar foram encontrados os maiores percentuais de caligrafia inapropriada para leitura quando comparada ao grupo de enfermeiros. A letra ilegível dificulta a interpretação dos dados pela equipe podendo provocar danos e comprometer a segurança do cliente⁽¹¹⁾.

A comunicação no prontuário deve ser completa, objetiva, clara e concisa⁽⁴⁾. Os resultados evidenciaram que a maioria dos registros analisados não continham dados divergentes, discordando de outra investigação que demonstrou que 59,0% das anotações de enfermagem sobre curativos não apresentavam clareza gerando dúvidas de interpretação⁽¹⁵⁾.

Divergências de informações bem como inconformidades nas anotações influenciam de forma negativa na segurança da assistência à saúde, uma vez que os dados correlacionam-se com o estado clínico do paciente. Dados levantados nas fichas de balanço hídrico preenchidas pela equipe de enfermagem, indicou uma série de inconformidades, dentre elas a falta de especificação na quantidade de fezes eliminadas bem como uma subnotificação em relação à presença de fezes. Além disso, apontou erros matemáticos na soma do balanço hídrico, falta de especificação do volume da taxa de ultrafiltração e presença de rasuras⁽¹⁶⁾.

O presente estudo encontrou uma quantidade grande de erros de ortografia, principalmente nos registros da categoria dos técnicos e auxiliares de enfermagem em comparação ao enfermeiro. Esse resultado assemelha-se a dados que apontaram que os enfermeiros cometem menos erros de ortografia, fato que pode estar associado ao maior grau de instrução desta categoria. Abordou ainda, que erros ortográficos podem desestimular a leitura dos registros pelos outros membros da equipe⁽¹¹⁾.

O uso de abreviações ou siglas utilizadas empiricamente foi a variável que se mostrou mais presente no estudo. Percentual semelhante foi evidenciado na avaliação da qualidade dos registros referentes aos curativos realizados em unidade de cuidados intensivo⁽¹⁵⁾.

Corroborando com outras informações, a unidade de terapia intensiva apresenta-se como o setor com maior uso de abreviatura (56,5%). O uso de abreviaturas não padronizadas pode provocar distorções na comunicação das equipes e gerar interpretações equivocadas, podendo colocar ainda em risco a segurança do paciente⁽²⁾. Este índice elevado no estudo pode ser justificado pela ausência de uma lista de abreviações padronizadas na instituição.

É importante, também, que as anotações não contenham rasuras, entrelinhas e espaços em branco⁽⁴⁾. Neste sentido, a presença de espaços em branco apresentou percentual alto em todas categorias. Diferentemente, outros resultados demonstraram ocorrências de espaço em branco em apenas 1,4% dos registros das enfermeiras e 17,7% dos técnicos e auxiliares⁽¹¹⁾.

Já em relação ao uso de corretivo ou rasura, foi maior na categoria técnica e auxiliar. Conceitualmente, neste contexto, rasuras são erros cometidos durante a escrita, que necessitam de correção adequada sem comprometer o valor legal do registro⁽¹⁷⁾, portanto, não são permitidos uso de corretor gráfico, adesivos ou borracha⁽³⁾. A rasura frequentemente é apontada como uma inconformidade relevante. Além disso, encontram-se ausência de registros e registros incompletos acerca do uso de antimicrobianos e outros dados importantes referentes ao cuidado com o paciente⁽¹⁸⁾.

Ainda em referência ao cabeçalho dos registros da unidade, foi identificado um déficit no preenchimento, sendo que menos da metade dos registros estavam sem número do prontuário e mais da metade continham algum erro de identificação do paciente. Ambas inconformidades foram predominantes na categoria técnica e auxiliar. A identificação correta, trata-se de uns dos itens importantes para uma prática assistencial segura conforme as definições preconizadas pela Organização Mundial de Saúde⁽¹⁹⁾.

Quanto à elaboração das anotações de enfermagem, é recomendado que devam ser encabeçadas de data e hora⁽⁴⁾. Nos resultados apresentados, a maioria dos registros continha data. Contudo, fato não se repetiu quanto ao registro da hora, sendo o enfermeiro o maior responsável pelo não uso, dificultando a compreensão do seguimento da sua prática assistencial. O registro de todas as informações em ordem cronológica é fundamental⁽⁴⁾, inclusive as datas e as horas devem ser colocadas na sequência que os atendimentos são prestados, viabilizando acompanhamento efetivo do quadro patológico do paciente⁽³⁾.

Conclusão

As variáveis analisadas fazem parte da rotina dos registros de enfermagem da unidade neonatal, sendo as inconformidades mais frequentes neste estudo: os erros ortográficos, o uso exacerbado de abreviações empíricas, a presença de espaços em branco, inúmeras rasuras, o uso de corretivo e a identificação incorreta do paciente. Nesta ótica podem indicar descuido e/ou desconhecimento dos profissionais em relação à obrigatoriedade e a importância do uso das regras de construção das anotações de acordo com legislação de enfermagem vigente.

A qualidade dos registros na unidade ainda não se encontrava no nível desejável como é recomendado pela literatura. Nessa perspectiva, acredita-se que a padronização de abreviaturas para unificação da linguagem adotada no setor e construção de protocolos institucionais que visem nortear a equipe na elaboração das anotações de enfermagem podem reduzir consideravelmente as inconformidades nos registros. Portanto, é fundamental investir em novas pesquisas, educação permanente e em discussões periódicas sobre o cuidado prestado e registrado.

Colaborações

Fernandes DNC contribuiu na concepção, análise, interpretação dos dados, redação do artigo; Querido DL contribuiu na análise, interpretação dos dados, redação do artigo, aprovação da versão final a ser publicada; Leite HC contribuiu na revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Almeida VS contribuiu na revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Esteves APVS contribuiu na revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Amim Junior J contribuiu na revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Referências

1. Silva TG, Santos RM, Crispim LMC, Almeida LMWS. Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. *Enferm Foco*. 2016; 7(1):24-7. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n1.679>
2. Carneiro SM, Dutra HS, Costa FM, Mendes SE, Sena CA. Use of abbreviations in the nursing records of a teaching hospital. *Rev Rene*. 2016; 17(2):208-16. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v17i2.3001>

3. Claudino H, Gouveia EML, Santos SR, Lopes MEL. Auditoria em registros de enfermagem. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2013 [citado 2017 dez. 17] 21(3):397-402. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagem/article/view/7550>
4. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 514 de 5 de maio de 2016: aprova Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. Brasília: COFEN; 2016.
5. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº 429 de 30 de maio de 2012: dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Brasília: COFEN; 2012.
6. Silveira LL, Almeida MA, Silva MB, Nomura ATG. Registros de enfermagem acerca das ações educativas para pacientes submetidos à artroplastia de quadril. *Rev Eletr Enf*. 2015; 17(4):1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.31636>.
7. Medeiros LL, Santos SR. Protótipo de um software para registro de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal. *Aquichan*. 2015; 15(1):31-43. doi: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2015.15.1.4>
8. Beccaria LM, Meneguesso B, Barbosa TP, Pereira RAM. Interferências na passagem de plantão de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev CuidArt Enferm* [Internet]. 2017 [citado 2018 jan. 17]; 11(1):86-92. Disponível em: <http://webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2017v1/12%20Artigo%20Interfer%C3%AAncias%20na%20passagem%20de%20plant%C3%A3o%20UTI.pdf>
9. Lanzillotti LS, Seta MH, Andrade CLT, Mendes JWV. Eventos adversos e outros incidentes na unidade de terapia intensiva neonatal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(3):937-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.16912013>
10. Rolim KMC, Santos MSN, Magalhães FJ, Frota MA, Fernandes HIVM, Santos ZMSA et al. O uso de tecnologia leve na promoção da relação enfermeira e pais na UTI Neonatal. *CIAIQ* [Internet]. 2017 [citado 2017 dez. 17]; 2:684-93. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1263/1223>
11. Diniz SOS, Silva PS, Figueiredo NMA, Tonini T. Qualidade dos registros de enfermagem: reflexões analíticas em suas formas e conteúdos. *Rev Enferm UFPE online*. 2015; 9(10): 9616-23. doi: 10.5205/reuol.7944-69460-1-SM.0910201526
12. Otaviano FP, Duarte, IP, Soares NS. Assistência da enfermagem ao neonato prematuro em unidades de terapia intensiva neonatal. *Rev Saúde Foco* [Internet]. 2015 [citado 2017 dez.

- 30]; 2(1): 60-79. Disponível em: <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/296/845>
13. Heidarizadeh K, Rassouli M, Manoochehri H, Tafreshi MZ, Ghorbanpour RK. Effect of electronic report writing on the quality of nursing report recording. 2017; 9(10):5439-45, doi: <http://dx.doi.org/10.19082/5439>
14. Gomes DC, Cubas MR, Pleis LE, Shmeil MAH, Peluci APVD. Terms used by nurses in the documentation of patient progress. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016; 37(1):e53927. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.53927>
15. Gardona RGB, Ferracioli MM, Salomé GM, Pereira MTJ. Avaliação da qualidade dos registros dos curativos em prontuários realizados pela enfermagem. *Rev Bras Cir Plást [Internet]*. 2013 [citado 2017 dez. 24]; 28(4):686-92. Disponível em: <http://www.rbc.org.br/details/1460/pt-BR/avaliacao-da-qualidade-dos-registros-dos-curativos-em-prontuarios-realizados-pela-enfermagem>
16. Netto SM, Victoria ZTP, Guerreiro LF, Gomes GC, Vaghetti HH. Análise dos registros referentes ao balanço hídrico em unidade de terapia intensiva. *Rev Enferm UFPE on line.* 2015; 9(1):448-56. doi: 10.5205/reuol.5221-43270-1-RV.0901supl201525
17. Barbosa SF, Tronchin DMR. Manual for monitoring the quality of nursing home care records. *Rev Bras Enferm.* 2015; 68(2):253-60. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680210i>
18. Silva AG, Garbaccio JL. Registro do uso de antimicrobianos em Instituições de Longa Permanência para Idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016; 19(2):325-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150032>
19. Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

MATERNIDADE-ESCOLA



Regras da Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste para preparação do manuscrito para submissão

Artigos de Pesquisa

Estudo destinado a divulgar resultados de pesquisa original e inédita. A estrutura deve seguir: Título, Resumo, Descritores, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões. Os artigos devem conter no máximo 12 páginas no total e até 20 referências.

Formatação

Os trabalhos deverão ser apresentados em formato Word for Windows, para impressão em papel A4, em espaço 1,5, margem de 2,5 cm cada um dos lados, letra 12, Times New Roman, parágrafos alinhados a 1cm.

Primeira página

Título do artigo: sintético e objetivo, apresentado somente no idioma de submissão, em negrito; com no máximo 14 palavras, em caixa baixa, inicial maiúscula para primeira palavra e/ou nomes próprios, centralizado, letra 12, *Times New Roman*. Evitar utilizar: localização geográfica da pesquisa, abreviações e identificação do tipo de estudo.

Autores: a indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a seis e devem apresentar-se na sequência do texto, em tamanho 12, iniciais maiúsculas, separados por vírgula, com números sobrescritos. Ex.: Ana Fátima Carvalho Fernandes¹, Thereza Maria Magalhães Moreira²

Resumo: deve ser estruturado, sem siglas, somente no idioma de submissão, contendo no máximo 150 palavras, objetivos, métodos (sem período e local do estudo), principais resultados e conclusões, fornecendo visão clara e concisa do conteúdo. Deve ser redigido em espaço 1,5cm, letra 12, Times New Roman, na mesma sequência do título.

Descritores: em português e inglês, separados por ponto e vírgula e com iniciais maiúsculas, exceto para preposições; devem acompanhar o resumo, respeitando-se o número de três a cinco. Utilizar os descritores referidos nos "Descritores em Ciências da Saúde" - DECS/LILACS/BIREME disponível no endereço <http://decs.bvs.br/> e/ou MESH/ "Medical Subject Heading" - Index Medicus. Nomenclatura dos descritores: Descritores e Descriptors, letra 12, em negrito.

Notas dos autores: indicação de instituição a que estão vinculados, cidade, estado e país. Seguidamente, informar nome e endereço completo com CEP do autor correspondente.

As afiliações dos autores, bem como seus endereços eletrônicos devem ser expressas em Metadados da Submissão.

Ex.: ¹Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Autor correspondente: Autor

Endereço completo: informar CEP e e-mail

Corpo do texto

Texto: Não utilizar siglas no texto, priorizar sua descrição, com exceção para aquelas reconhecidas internacionalmente. Deve ser obedecida a estrutura exigida para cada categoria de manuscrito.

Introdução - A finalidade da introdução é apresentar a fundamentação teórica sobre o objeto de estudo, ademais enunciar, com as devidas justificativas e explicações, a originalidade e validade, finalidade e aplicabilidade da contribuição ao conhecimento pretendida. Evite a citação de comunicações pessoais ou materiais inéditos. O objetivo deve ser colocado no último parágrafo da introdução e 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 das técnicas utilizadas para a obtenção dos resultados. O método estatístico e o critério matemático de significância dos dados também devem estar declarados. Estruture da seguinte forma, sem subitens: tipo de desenho de pesquisa, população (explicitando os critérios de seleção), cálculo do tamanho da amostra, instrumento de medida (com informações sobre validade e precisão), coleta (dos últimos cinco anos) e análise de dados. Nos casos de pesquisa envolvendo seres humanos termine com a seguinte frase: o estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados - descrição do que foi obtido na pesquisa, sendo exclusivo do pesquisador, sem citações ou comentários ou interpretações pessoais (subjetivas).

Discussão – Deve apresentar 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. A essência da discussão é a interpretação dos resultados obtidos e sua relação com o conhecimento existente, de forma a chegar-se a uma conclusão. Comece a discussão explicitando os limites dos resultados, lembrando que o limite é dado pelo método escolhido. No segundo parágrafo explicita a contribuição dos resultados deste estudo e sua aplicabilidade prática.

Nota: Os trabalhos devem apresentar os resultados separados da discussão.

Conclusão: Apresentar a 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 objetivo. Nenhum outro comentário deve ser incluído na conclusão. Nesta seção, não devem conter citações.

Agradecimentos: item opcional. Podem ser incluídas pessoas envolvidas que não se configuram como autores ou instituições. No caso de apoio financeiro de instituição, informar número de processo.

Colaborações: item obrigatório. Informar em relação 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.

Referências - as referências dos documentos impressos e/ou eletrônicos deverão seguir o Estilo Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, disponíveis no endereço eletrônico www.icmje.org. O alinhamento das referências deve justificado. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus e International Nursing Index*. Para os periódicos que não se encontram neste *site*, poderão ser utilizadas as abreviaturas do Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas (CCN), do IBICT, disponível em: <http://ccn.ibict.br/busca.jsf> e o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da BVS, disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br>. As referências são utilizadas para convencer o leitor acerca da validade dos fatos e argumentos apresentados. Quando adequadamente escolhidas, fornecem maior credibilidade ao trabalho. **Observação:** deve-se priorizar a citação de referências atualizadas, ou seja, publicadas nos últimos cinco anos, considerando o momento da submissão do manuscrito.

Devem ser citadas de periódicos científicos indexados em bases de dados nacionais e internacionais que foram consultadas na íntegra pelo autor e que tenham relação direta, relevante com o assunto abordado:

Não incluir na lista referências que não possam ser recuperadas no original pelo leitor, como teses e dissertações, trabalhos de conclusão de curso e outras fontes inacessíveis (apostilas, anais etc.) ou obras de reduzida expressão científica. A atualidade da referência, isto é, a citação de obras recentes, com menos de cinco anos, é essencial em artigos originais;

No texto, as citações devem ser numeradas, consecutivamente, em algarismos arábicos, entre parênteses, sobrescritos e sem menção do nome dos autores. Ex:⁽¹⁾. Quando se tratar de citação sequencial, separar os números por traço (ex: 1-6); quando intercalados, usar vírgula (ex: 2,6,10).

Devem ser apresentadas sem negrito, itálico ou grifo;

As referências a artigos publicados em periódicos latino-americanos e que possuem versão em inglês, deverão ser citadas com o título em inglês;

Não incluir mais de 20 referências e menos de 15.

Na lista ao final:

Autores: citar até seis autores, separados por vírgula, entrando pelo sobrenome, com apenas a inicial maiúscula, seguido das iniciais de prenomes e de outros sobrenomes, sem ponto ou qualquer outro elemento de ligação entre eles. Ex: Vasconcelos FF e não Vasconcelos, F. de F. Para referências com mais de seis autores, listar os seis primeiros acompanhados de et al., separando-os por vírgula.

Páginas: suprimir dezenas ou centenas repetidas. Ex: usar de 43-8 e não 43-48. Colocação da página na citação, número do autor seguido de dois pontos e número da página. Ex: (1:15)

Notas: Transcrever no idioma da obra, dados como: “Disponível em”, “citado ano mês dia” [citado 2014 jan. 20]; Inglês: “Available from” e “cited ano mês dia” [cited 2014 Jan 20] etc.

Elementos integrantes

Falas: em estudos qualitativos, as falas devem ser apresentadas em itálico, sem colchetes e aspas, com ponto final após identificação do depoente, tamanho 10, e na sequência do parágrafo. Não utilizar itálico na identificação do depoente.

Tabelas: limitadas a três, no conjunto. Devem ter títulos concisos (não apresentar local e ano do estudo), numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, não utilizar linhas internas verticais ou horizontais. As notas explicativas devem aparecer no rodapé das tabelas e não no título ou cabeçalho. Devem apresentar-se em preto e branco, sem sombreamento e dentro do próprio texto. Formatar com a ferramenta do Word “inserir tabela”, utilizar letra 12, fonte *Times New Roman*. Não ultrapassar uma página.

Figuras: são assim denominadas quadros, gráficos, desenhos e fotografias; devem ter sido desenhadas ou fotografadas por profissionais ou demonstrar excelente qualidade de impressão digital. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que forem citadas no texto. As ilustrações devem ser claras o suficiente para permitir sua reprodução. Não é permitido que o conteúdo dos gráficos seja o mesmo das tabelas. As legendas das figuras, os símbolos, os números e outros sinais necessitam ser identificados e descritos quanto ao seu significado. Caso os autores optem por utilizar ilustrações já publicadas, devem encaminhar permissão, por escrito, para sua reprodução. Devem apresentar-se em preto e branco. Os títulos devem ser apresentados abaixo das ilustrações.

Abreviações e símbolos: não devem ser utilizadas, optar por descrevê-las, à exceção das reconhecidas internacionalmente.

Notas de rodapé: não devem ser utilizadas.

Exemplos de referências

1. Artigo padrão

Melo GM, Cardoso MVLML. Pain in preterm newborns submitted to music and 25% glucose intervention. *Rev Rene*. 2017; 18(1):3-10. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000100002>

2. Sem indicação de autoria

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. *Arq Bras Cardiol.* 2000; 75(6):28-32.

3. Com mais de seis autores

Duckworth W, Abaira C, Moritz T, Reda D, Emanuele N, Reaven P, et al. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2009; 360(2):129-39.

4. Instituição como Autor

Diabetes Prevention Program Research Group. Achieving weight and activity goals among diabetes prevention program lifestyle participants. *Hypertension.* 2002; 40(5):679-86.

5. Volume com suplemento

Gérvias J. Atención primaria, de la teoría a la práctica. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(supl 1):24-6.

6. Editoriais

Kerr LRFS, Kendall C. Qualitative research in health [editorial]. *Rev Rene.* 2013; 14(6):1061-3.

Livros

7. Indivíduo como autor

Herdman TH. NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification, 2012-2014. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012.

8. Organizador, Editor, Coordenador como autor

Nietsche EA, Teixeira E, Medeiros HP, organizadores. Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a). Porto Alegre: Moriá; 2014.

9. Capítulos de livro

Pagliuca LMF, Rebouças CBA, Sampaio AFA. Tecnologias educativas para pessoas com deficiência visual. In: Nietsche EA, Teixeira E, Medeiros HP, organizadores. Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a). Porto Alegre: Moriá; 2014. p. 181-96.

10. Artigo em formato eletrônico

Moreira RP, Araujo TL, Cavalcante TF, Oliveira ARS, Holanda GF, Morais HCC et al. Cuidador de cliente com acidente vascular encefálico: associação com diagnósticos de enfermagem. *Rev Eletr Enf [periódico na Internet].* 2010 [citado 2015 jan. 13]; 12(3):425-30. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a02.htm>

11. Documentos Legais

Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

As regras de submissão encontram-se disponíveis em:

<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/about/editorialPolicies#custom-3>



Artigo: Qualidade dos Registros de Enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Categoria: Artigo de pesquisa

Preencher utilizando a legenda: S=Sim; N=Não; NA= Não se aplica

Títulos

(S) Título somente no idioma em que foi redigido o artigo, autores, resumo, com respectivos descritores e notas dos autores NÃO excedem a uma página, isto é, devem estar na primeira página.

(S) Título e resumo, com respectivos descritores, estão apresentados na primeira página.

(S) Título em caixa baixa, somente com as iniciais maiúsculas, exceto para nomes próprios, centralizado e em negrito; com no máximo 14 palavras, letra 12.

(S) Sem siglas e localização geográfica.

Nomes dos autores

(S) Os nomes estão, sequencialmente, alinhados à esquerda, em caixa baixa, com algarismos arábico, sobrescritos, após o nome de cada autor do artigo.

Notas dos autores

(S) Estão completas (devem apresentar instituição a que estão vinculados, cidade, Estado, País. Ex.: ¹Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

(S) Logo abaixo das afiliações, registro do autor correspondente, com endereço completo, com CEP e e-mail.

(S) Notas de afiliação dos autores precedidas do nº arábico sobrescrito.

Resumos

(S) **Deverá ser estruturado (Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão).** Formatado em tamanho 12 e espaçamento de 0 pt antes de depois, e espaço entrelinhas 1,5cm, seguindo o padrão do texto.

(S) Apresentar somente no idioma em que se encontra redigido o artigo.

(S) Sem sigla.

(S) Síntese dos objetivos.

(S) Método e técnica de pesquisa, aplicados.

(S) Número de participantes do estudo.

(S) Procedimento/instrumento de coleta de dados aplicados.

(S) Resultados principais estão elencados.

(S) Há conclusão do estudo.

(S) Está limitado a 150 palavras.

Descritores

(S) Descritores nos idiomas Português e Inglês, separados por ponto e vírgula e com iniciais maiúsculas, exceto para preposições, respeitando-se o número de três a cinco. Descritores referidos nos "Descritores em Ciências da Saúde" - DECS/LILACS/BIREME.

(S) Uso da grafia correta: Descritores e Descriptors, letra 12, em negrito.

Estrutura do texto

(S) Formatado em Times New Roman, fonte 12, espaço 1,5cm entre linhas e espaçamento de 0 pt antes de depois.

(S) Artigo de Pesquisa e demais categorias estruturados com as seguintes seções: **Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão.** Grafadas somente com as iniciais maiúsculas e em negrito.

(NA) Os subtítulos das seções estão grafados em negrito, somente com iniciais das palavras em maiúsculas.

(S) Parágrafo 1cm.

(S) Há numeração de páginas acima e à direita.

(S) Não mencionar sigla(s), optar por descrevê-las por extenso, com exceção das conhecidas internacionalmente.

(S) Não há utilização de expressões do tipo: estudos⁽⁹⁾

Introdução

(S) Objetivo do estudo incorporado à Introdução, no final.

(S) Objetivo conforme apresentado no resumo.

Métodos

(S)Utilização do termo **Métodos** e não **Metodologia**.

(S)Indicação do período e local do estudo.

(NA) Explicação de como foi atribuído o nome fictício ou letra e número para depoentes (Ex: D1, D2, D3...).

(NA)Apresentação das categorias do estudo.

(S)Inserção de trecho padrão sobre os aspectos éticos seguidos: O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados e Discussão

(S)Trabalhos de **abordagem quantitativa e qualitativa** devem apresentar **Resultados** separados da **Discussão**.

(NA) Trabalhos de **caráter qualitativo** com falas em itálico, sem colchetes e aspas, com ponto final após identificação do depoente, tamanho 10, e na sequência do parágrafo.

(NA)Não utilização de itálico na identificação do depoente.

Conclusão

(S)No item Conclusão não há citações.

Citações no texto

(NA)Números sequenciais de dois autores, o primeiro e o segundo separados por hífen. Ex: (4-5).

(NA)Números sequenciais de mais de dois autores, primeiro e último separados por hífen. Ex: 4,5,6 e 7 substituir por⁽⁴⁻⁷⁾.

(S)A citação dos números-índices dos autores, no texto, encontra-se com parênteses. Ex: ⁽⁴⁾

(S)A citação dos números-índices dos autores, no texto, encontra-se após a última palavra da referência, sem espaço entre eles.

(NA)Em citação direta (transcrição de frase de autor entre aspas), há indicação, sobrescrito, além do número do autor, o número da página da fonte. Ex: ^(10:115).

(S)Citações indiretas (que não sejam transcrições literais) não apresentam o nº da página da fonte.

(S)A enumeração sequencial encontra-se em ordem crescente.

(S)Os autores referenciados foram mencionados somente em números-índices, sem indicação de nomes. Ex: ... enfermagem^(9,11,15).

Lista de referências

(S)O estilo Vancouver encontra-se em conformidade com as Diretrizes para Autores.

(S)A forma de apresentar esta seção encontra-se grafada com **Referências**.

(S)As Referências estão numeradas sequencialmente, com um ponto após o número, espaço e seguindo os créditos, sem recuo.

(S)A referência do Ministério da Saúde está apresentada como Ministério da Saúde (BR).

(S)Não há informação em negrito.

(S)A Lista de Referências encontra-se completa; mínimo de 15 obras e máximo 20 (artigos de pesquisa).

(S)Há referências atuais de outros periódicos, no máximo 5 anos anteriores.

(S)A expressão "et al" foi utilizada adequadamente, após os seis primeiros nomes dos autores. Tal expressão deve ser usada para mais de seis autores.

Tabelas e figuras

(S)Letra em tamanho 12 e espaço 1,5 entre linhas.

(S)Figuras/tabelas limitadas a três no conjunto.

(S)Tabela ou figura não excede a uma página.

(S)Tabela (s) está (ão) formatada (s) na ferramenta do word, sem linhas interiores.

(S)Tabela(s) com n e % em única coluna.

(S) Tabelas(s) com % com uma casa decimal após a vírgula. Ex.: 13,7 e não 13,77

(S)As figuras e tabelas estão inseridas no corpo do texto.

(NA) Titulos das figuras estão abaixo destas.

(NA)Quadros, gráficos e fotos estão denominados de figura e apresentados em branco e preto.



Ana Fátima Carvalho Fernandes <rene>

seg 29/01/2018 18:40

Caixa de Entrada

Mostrar todos os 6 destinatários

Para: Dielly Natannara Chagas Ferna.....

Prezados autores,

Informamos que o artigo 3366:Qualidade dos registros de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva neonatal, sob autoria de Dielly Natannara Chagas Fernandes, Danielle Lemos Querido, Viviane Saraiva de Almeida, Helder Camilo Leite, Ana Paula Vieira dos Santos Esteves e Joffre Amim Junior, encontra-se adequado às normas de publicação da Rev Rene, devendo, nesta ocasião, ser pré-analisado pelo Editor Estatístico e pela Editora Chefe da Revista, antes do encaminhamento do trabalho para o Editor de Seção (Editor por área temática), e posterior envio aos consultores adhoc (avaliação por pares cega).

Acompanhem o status do artigo pelo sistema.

Atenciosamente,
Antonia Sampaio
Rev Rene

<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php>