

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

DISSERTAÇÃO:

**REGISTROS E ANOTAÇÕES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE: UM ESTUDO DE CASO**

PRISCILA SANCHEZ BOSCO

RIO DE JANEIRO

2014

PRISCILA SANCHEZ BOSCO

**REGISTROS E ANOTAÇÕES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE- UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada à banca examinadora do
Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem
da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
como requisito para obtenção do grau de mestre.
Linha de pesquisa: Enfermagem - O Cotidiano da
Prática de Cuidar e Ser Cuidado, de Gerenciar,
de Pesquisar e de Ensinar.

ORIENTADOR: PROF. PÓS DR. LUIZ CARLOS SANTIAGO

RIO DE JANEIRO

2014

Bosco, Priscila Sanchez.

B742 Registros e anotações da assistência de enfermagem em prontuários eletrônicos do paciente : um estudo de caso / Priscila Sanchez Bosco, 2014.

89 f. : 30 cm

Orientador: Luiz Carlos Santiago.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

1. Enfermagem. 2. Registro Eletrônico de Saúde. 3. Sistemas Computadorizados de Registros Médicos. I. Santiago, Luiz Carlos. II. Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e de Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.73

**REGISTROS E ANOTAÇÕES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE- UM ESTUDO DE CASO.**

PRISCILA SANCHEZ BOSCO

Aprovada pela Banca Examinadora em 28 de Março de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Carlos Santiago – Orientador
Presidente

Prof^ª. Dr^ª. Joyce Martins Arimatea Branco
1^ª Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Vivian Schutz
2^ª Examinadora

Prof. Dr Osnir Claudiano da Silva Junior
Suplente

Prof^ª Dr Roberto Carlos Lyra da Silva
Suplente

Rio de Janeiro

2014

Dedico esta dissertação especialmente aos meus pais, João e Dayse, meu irmão Luan e meu noivo Bruno que sempre me apoiaram e apoiam em todas minhas decisões. A indecisão que muitas vezes me assola encontra a resposta quando estou com vocês. Obrigada!

Com absoluta certeza a parte mais difícil da dissertação, escolher aqueles que merecem e devem ser citados nestas poucas linhas é tarefa árdua, pois nos exige a capacidade de não somente sintetizar tudo que foi vivido nestes últimos dois anos, mas tudo o que se passou antes que, com certeza, foi vital para a formação da profissional e pessoa que hoje sou.

Seria impossível não agradecer primeiramente a Deus que, apesar de minha ausência, maior do que eu gostaria que fosse, possibilitou que eu sempre enxergasse ‘a luz no final do túnel’ e acima de tudo por me possibilitar mais uma chance de fazer a escolha certa, no momento certo e evoluir não somente neste plano, mas no espiritual também.

Um obrigada mais do que especial aos meus pais, Dayse e João, que com seus erros e acertos fizeram de mim a pessoa que sou... Obrigada pelas noites em claro! Obrigada pelos conselhos! Obrigada pelos puxões de orelha! Obrigada por me permitirem viver situações que jamais vivenciaram! Obrigada pela confiança! Obrigada pelo amor! Obrigada... simplesmente, Obrigada! À minha mãe que, assim como tantas outras, se sente culpada por não ter tido mais tempo com os filhos por conta dessa vida corrida e louca que levamos, só posso dizer que vocês fizeram um baita de um bom trabalho! Ao meu pai, obrigada por ser tudo aquilo que você pôde ser pra gente... Nunca vou me esquecer dos seus olhos mareados quando viu no jornal que eu tinha passado no vestibular...

Ao meu irmão, Luan, que eu tanto amo, obrigada pelos momentos fraternos e pelas brigas que temos, já não tão presentes como na época em que éramos crianças... E perdão se eu não consegui ser sempre a irmã que você merecia que eu fosse...

Ao meu noivo, Bruno, por aturar minhas inconstâncias de humor, meu desespero e medo por achar que não conseguiria finalizar esta etapa da minha vida. Obrigada pelo apoio incondicional e por entender minha ausência que foi tão frequente neste último ano...

Ao meu orientador, Prof. Luiz Carlos que, desde muito cedo, na graduação, viu meu potencial e não mediu esforços para me incentivar a alcançar sempre mais e mais na minha profissão... Aos componentes da banca que, com suas considerações, me ajudaram a ver, rever e melhorar este trabalho...

Não poderia me esquecer de agradecer ao meu ‘filho’ de coração, meu cachorro Toy que se foi em Julho de 2013, em meus braços. Fui muito melhor por ter tido você na minha vida e tenho certeza que onde quer que esteja está pulando de alegria por ver sua ‘mamãe’ completar esse ciclo, tão almejado por ela. Saudade eterna! Eu te amo!

Aos meus amigos, de infância, do colégio, da faculdade, da Residência, do trabalho, do mestrado... Obrigada! Sem o apoio de vocês, as brincadeiras e o incentivo, esta etapa seria muito mais árdua... Em especial à Ericka, amiga e companheira de graduação, iniciação científica, residência, mestrado... Minha 'orientadora', obrigada pelas palavras de incentivo, sem você essa jornada, mesmo que árdua, não teria sido tão divertida.

Aos meus primos e tios que também são parte fundamental da minha vida e de quem sou...

MUITO OBRIGADA! ESSA VITÓRIA É NOSSA!

PASSAGEM DAS HORAS

“Trago dentro do meu coração,
Como num cofre que se não pode fechar de cheio,
Todos os lugares onde estive,
Todos os portos a que cheguei,
Todas as paisagens que vi através de janelas ou vigias,
Ou de tombadilhos, sonhando,
E tudo isso, que é tanto, é pouco para o que eu quero.”

FERNANDO PESSOA

BOSCO, P.S. Registros E Anotações Da Assistência De Enfermagem Em Prontuário Eletrônico Do Paciente- Um Estudo De Caso. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Santiago.

RESUMO

O presente estudo trata-se de uma dissertação de Mestrado que tem como Analisar o uso do Prontuário Eletrônico do Paciente como subsidio para a melhoria da qualidade do registro de enfermagem; Identificar se os enfermeiros utilizam o Prontuário Eletrônico do Paciente como subsidio para a melhoria da qualidade do registro de enfermagem; Apresentar como o Prontuário Eletrônico do Paciente é utilizado pelos enfermeiros, como subsidio a melhoria da qualidade do registro de enfermagem e Descrever a (s) implicação (ões) para a enfermagem, decorrente (s) do uso do Prontuário Eletrônico do Paciente, como subsidio a melhoria da qualidade do registro de enfermagem. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, estudo descritivo, do tipo estudo de caso tendo aceite dos CEPs das Instituição Proponente e Hospital Federal Especializado sob o CAAE 10693712.3.3001.5272 . Utilizamos um instrumento de coleta de dados chamado ‘Diário de Campo’ que consiste na análise das evoluções registradas pelos enfermeiros no prontuário eletrônico e no convencional. O total de evoluções analisadas foi de 51, sendo 37 realizadas em Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e 14 em prontuário convencional, todas realizadas quando os mesmos se encontravam na enfermaria, cenário de nosso estudo e nossa coleta de dados deu-se dos dias 11 de Outubro de 2013 a 09 de Dezembro de 2013. Após o tratamento realizamos a categorização dos resultados encontrados e comparamos os mesmos com as últimas publicações científicas com cerne na qualidade do registro de enfermagem dando origem a duas categorias Prontuário Eletrônico e prontuário convencional: avanços e retrocessos na visão do enfermeiro e Qualidade dos Registros de Enfermagem no Prontuário Eletrônico Do Paciente. Concluimos que além da necessidade de realizar a evolução de enfermagem, seja no PEP ou no prontuário convencional, é necessário que a evolução realizada siga critérios mínimos de qualidade do registro para que assim possamos nortear nossa prática profissional e estabelecer critérios fixos para avaliação do registro de enfermagem. Tais critérios ainda não estão completamente difundidos no Brasil e constitui-se em desafio para a prática profissional da enfermagem.

Palavras Chave: Enfermagem, Registros Eletrônicos de Saúde, Sistemas Computadorizados de Registros Médicos.

BOSCO, P.S. Records and notes of nursing care in Electronic Patient System -A Case Study. . 2014 Dissertation (Master's in Nursing) - Alfredo Pinto Nursing School, Federal University of the State of Rio de Janeiro. Prof.. Dr. Luiz Carlos Santiago.

ABSTRACT

The present study is a Master's dissertation which has the goals of analyze the use of the Electronic Patient Record as a subsidy to improve the quality of nursing record; Identify if nurses use the Electronic Patient Record as a subsidy to improve the quality of nursing record; Introduce how the Electronic Patient Record is used by nurses as a subsidy to improve the quality of nursing record and Describe implication (s) for nursing due the use of Electronic Patient Record as subsidy improving the quality of nursing record. This is a qualitative research, descriptive study, and a case study. The Institution and the Federal Hospital Research Ethics Comitee have accepted the Project under the CAAE 10693712.3.3001.5272. We used an instrument for data collection called 'Field Journal' which consists in the analysis of the nurses evolutions registered in electronic record or conventional paper. The total of evolutions analyzed was 51, wich 37 held in electronic health record and 14 conventional records, all performed when they were at the nursery where our study was set. Our data collection took place from the October 11th 2013 to December 9th, 2013. After the treatment we performed the categorization of results and compare them with the latest scientific publications of the quality of nurses records yielding two categories Conventional medical record and Electronic Medical Record: advances and setbacks in the view of nurses and Quality of Nursing Records in the Electronic patient Record. We conclude that besides the need for the development of nursing, whether in the Electronic Medical Record wether the conventional medical charts, it is necessary to follow the progress made minimum quality criteria for registration so that we can guide our professional practice and establish fixed criteria for evaluating the record nursing. These criteria are not fully used in Brazil and constitutes a challenge for the professional practice of nursing.

Keywords: Nursing, Electronic Health Record, Medical Records Systems, Computerized

BOSCO; P.S. Registros y notas de los cuidados de enfermería en el Registro Electronico del paciente: Un Estudio de Caso. 2014 Tesis (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería Alfredo Pinto, de la Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro. Consejero: Prof.. Dr. Luiz Carlos Santiago.

RESUMEN

El presente estudio trata de una tesis de maestría que tiene como analizar el uso del Registro Electrónico de Pacientes como un subsidio para mejorar la calidad del registro de enfermería; Identificar si las enfermeras utilizan el Registro Electrónico de Pacientes como un subsidio para mejorar la calidad del registro de enfermería; Introducido como el Registro Electrónico de Pacientes es utilizado por las enfermeras como un subsidio para mejorar la calidad del registro de enfermería y describir (s) implicación (s) para la enfermería debido (s) el uso del Registro Electrónico del Paciente como subsidio mejorar la calidad de registro de enfermería. Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva, el estudio de caso de los CE han aceptado el Contratista Principal y el Hospital Federal Especializada bajo CAAE 10693712.3.3001.5272. Un instrumento utilizado para la recolección de datos denominada 'Diario de Campo ', que consiste en el análisis de las evoluciones de enfermeras registradas en el registro electrónico o convencional. Las evoluciones totales analizados fue de 51 años, con 37 celebrada en registros electrónicos de salud (EHR) y 14 registros convencionales, todo realizado cuando estaban en el escenario enfermería de nuestro estudio y nuestra recolección de datos se llevó a cabo el día . 11 de octubre 2013 al 09 de diciembre 2013 Después del tratamiento realiza la categorización de los resultados y compararlos con las últimas publicaciones científicas con el corazón en la enfermería calidad de grabación produciendo dos categorías y la historia clínica convencional Electronic Medical record: Avances y retrocesos en la opinión de las enfermeras y calidad de los registros de enfermería en la Electronic Patient Record. Llegamos a la conclusión de que, además de la necesidad de que el desarrollo de la enfermería, ya sea en PEP o historias clínicas convencionales, es necesario seguir los progresos realizados criterios de calidad mínima para el registro de manera que podamos guiar nuestra práctica profesional y establecer criterios fijos para la evaluación del registro enfermería. Estos criterios no se utilizan plenamente en Brasil y constituye un reto para la práctica profesional de la enfermería.

Palabras clave: Enfermería, Registros Electrónicos de Salud, Sistemas de Registros Médicos Computarizados

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS -----	xiv
INTRODUÇÃO --- -----	15
A contextualização da temática e a demarcação do objeto de Estudo -----	15
Questões Norteadoras -----	19
Objetivos -----	19
Justificativa e Relevância -----	20
REVISÃO DE LITERATURA --- -----	21
Registros e Anotações de Enfermagem-----	21
Sistemas de Informação em Enfermagem -----	23
Novas Tecnologias da Comunicação/Informação -----	24
Informática e Saúde -----	26
Prontuário Eletrônico do Paciente -----	28
FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA -----	31
Delineando o estudo -----	31
Cenário utilizado, Sujeitos participantes da pesquisa e Prontuários Selecionados e Analisados -----	31
Aspectos Éticos -----	33
Instrumento para a coleta de dados -----	33
Análise e interpretação dos resultados-----	34
IV- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS-----	37
1ª Categoria: PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE (PEP) e PRONTUÁRIO CONVENCIONAL: AVANÇOS E RETROCESSOS NA VISÃO DO ENFERMEIRO. -----	37

2ª Categoria: QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE -----	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	55
Apêndices -----	63
Apêndice 01- Termo de consentimento livre e esclarecido – Enfermeiro -----	64
Apêndice 02- Termo de consentimento livre e esclarecido – paciente -----	66
Apêndice 03- Instrumento de coleta de dados – Evolução de Enfermagem -----	68
Apêndice 04- Modelo de entrevista semi-estruturada-----	69
Apêndice 05- Diário de campo – Evoluções -----	70
Apêndice 06- Inventário -----	81
Anexos -----	88
Anexo 01 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa UNIRIO -----	89
Anexo 02 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa INC -----	91

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- NISs- Nursing Information Systems
- SIE- Sistemas de Informação em Enfermagem
- COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
- OMS- Organização Mundial da Saúde
- PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente
- NTCIs - Novas Tecnologias da Comunicação e da Informação
- SBIS- Sociedade Brasileira de Informática em Saúde
- UFRJ- Universidade Federal do Rio de Janeiro
- USP – Universidade de São Paulo
- SEI - Secretaria Especial de Informática
- UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas
- PROAHSA - Pós-Graduação em Administração Hospitalar
- FGV - Fundação Getúlio Vargas
- UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- CIS/EPM - Centro de Informática em Saúde da Escola Paulista de Medicina
- PRODESP - Companhia de Processamento de Dados de São Paulo
- InCor – Instituto do Coração
- NMDS - Nursing Minimum Data Set
- AC - Análise de Conteúdo
- CETIC - Centro de Estudos sobre as Tecnologias da Informação e da Comunicação
- NIC - Núcleo de Informação e Coordenação
- SAE - Sistematização da Assistência em Enfermagem

I. INTRODUÇÃO

- **A contextualização da temática e a delimitação do Objeto de Estudo**

Os Sistemas Eletrônicos de Informação surgiram como ferramentas utilizadas para facilitar o processamento e uso da informação gerada por setores diversos e têm como objetivo a realização dos processos de comunicação humana, agindo assim, como facilitador dos mesmos (SARACEVIC, 1996).

No âmbito da saúde, os Sistemas de Informação emergem como processos de transformação de dados em informações que são decisórias para aperfeiçoar os resultados obtidos, representam grande impacto na gestão bem como na qualidade da assistência prestada e satisfação dos pacientes, pois, contribui para ampliar a conectividade em toda rede de atenção e apoiar as decisões tomadas pelos profissionais de saúde (KURCGANT, 2011, pg.64-65).

Em 1982, nos Estados Unidos, enfermeiros pertencentes ao Grupo Nacional de Estudos de Sistemas de Informação em Enfermagem propõem o conceito *Sistemas de Informação em Enfermagem* (NISs- Nursing Information Systems) que, segundo Goosse (2000), trata-se de um sistema utilizado para apoiar e documentar os cuidados de enfermagem ao binômio paciente/família além de possibilitar a recuperação de dados dos pacientes assistidos, armazenar dados para toda a vida do mesmo e distinguir entre dados valiosos em longo prazo e dados que perdem o seu valor depois da alta clínica (KURCGANT, 2011).

Évora (1995) atribui ao Sistema de Informação em Enfermagem a função de: “Planejar, fornecer, avaliar e documentar o cuidado prestado ao paciente, como também, para coletar os dados necessários a apoiar a assistência prestada, a equipe e o controle do custo hospitalar.”.

Segundo a Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN),

Ao enfermeiro cabe registrar a execução do processo de enfermagem, envolvendo um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana; os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas obtidas; as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face

aos diagnósticos de enfermagem identificados; os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas (COFEN, 2009).

Na última década, muitos problemas relacionados à assistência em saúde foram expostos pela mídia nacional e internacional, fato este que corroborou para o maior enfoque no tema ‘qualidade em saúde’ bem como nas discussões acerca das ferramentas existentes para o aprimoramento desta qualidade.

Por ser a classe de profissionais da saúde que está em contato direto com o paciente por maior tempo, faz-se necessário o registro de todas as intervenções realizadas pela equipe de enfermagem nos pacientes assistidos em seus respectivos prontuários. Deste modo, os registros de enfermagem completos consistem em um dos mais importantes indicadores de qualidade da assistência (MATSUDA, 2006).

O registro da assistência de Enfermagem, realizados pela equipe de enfermagem no prontuário do paciente devem refletir as condições biopsicossocioespirituais, onde são relatadas todas as ocorrências que tenham relação com o paciente, possibilitando a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem, bem com a garantia da continuidade dos mesmos (D`INNOCENZO, 2010).

As evoluções e anotações de enfermagem são registros utilizados não somente como fonte de conhecimento do processo pelo qual o paciente passa dentro da instituição de saúde, mas também, como instrumento legal, de educação e, como meio de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente (SCHULZ; SILVA, 2011).

A evolução de enfermagem é o registro feito pelo enfermeiro e deve conter informações sobre o estado geral do paciente, problemas novos encontrados, um resumo dos cuidados/resultados implementados e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes (COREN, 2009).

As anotações de enfermagem são registros ordenados, efetuados pela equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliar de enfermagem) objetivando fornecer informações a respeito da assistência prestada ao paciente em foco (D`INNOCENZO, 2006).

No entanto, estudos diversos apontam que, apesar da importância da realização dos registros de enfermagem, grande parte dos mesmos é de conteúdo simples, repetitivo, incompleto e fragmentado. Ainda assinalam que os erros gerenciais e impossibilidade do retorno financeiro das atividades realizadas justificam-se pela incompletude das evoluções e anotações de enfermagem já que as mesmas devem conter todas as condutas e procedimentos realizados (CAMELO et al., 2005, apud LUZ; DYNEWICZ, 2007).

Os problemas mais comuns constatados no cotidiano hospitalar estão relacionados à carência de sistematização em termos de apresentação ou estética da redação, de estrutura e de conteúdo, observando-se que a maior parte das informações limita-se ao registro de dados apresentados pelo paciente. Quanto à estrutura das anotações de enfermagem - que compreende a identificação do profissional que realizou o registro, o momento e a sequência lógica dos fatos - os mesmos autores também assinalam deficiências. O mesmo ocorre no que diz respeito ao conteúdo, sendo comum a falta de objetividade, de clareza, erros de grafia e uso de siglas e abreviações (MATSUDA et al., 2006 apud PAPESCHI, M. S. S.; TOLEDO NETO, J. L.; KATAKURA, E. A. L. B. et al, 2014).

Acreditamos que a informática é fator importantíssimo para subsidiar ações que visem a melhoria da qualidade dos registros, sendo a Enfermagem vetor essencial no alcance da mesma. No que tange ao registro das ações de enfermagem, o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) é ferramenta essencial, pois além de compilar as informações valiosas referentes à prestação do cuidado, diferentemente do prontuário convencional, tem potencial de transformar a documentação clínica em ferramenta multidisciplinar integrada com a perspectiva de melhorar os resultados clínicos obtidos e, conseqüentemente, a qualidade da assistência prestada (HANNAH, 2009).

Dentre os benefícios proporcionados pelos sistemas de informação em enfermagem à qualidade da assistência, podemos destacar: a identificação de grupos de risco; a possibilidade de acesso a literaturas e intercâmbio de informações relacionadas a determinado tema e; na geração de relatórios, gráficos, realização de cálculos e estatística (HANNAH, 2009).

Estas vertentes tornam possível a realização de estudos específicos e comparação de dados de maneira dinâmica, facilitando assim o acesso à evolução do paciente em questão bem como o planejamento de um registro de enfermagem de maior qualidade.

A presente discussão é de extrema importância na realidade em que atualmente vivemos em que os usuários dos serviços de saúde estão cientes de seus direitos e tornam-se mais exigentes ao avaliarem o cuidado que lhes é prestado. Além do fato acima mencionado, o profissional de saúde, em especial o enfermeiro que tem contato mais direto e frequente com o cliente e familiares, deve proporcionar, sem ressalvas, uma assistência de qualidade exímia, sem considerar as intempéries na gestão de seu local de trabalho na hora de sua prática assistencial (APM/CREMESP, 2010).

Salientamos que a construção deste estudo deu-se também à experiência profissional vivida pela autora tanto em ambientes completamente informatizados, em fase de implementação do PEP e em uso de prontuários convencionais possibilitando maior visão acerca das diferenças dos registros de enfermagem realizados nos diferentes cenários e a qualidade da informação e registro de enfermagem realizados.

Pelo exposto acima, configuramos como objeto de estudo **a qualidade dos registros de enfermagem realizados por enfermeiros nos Prontuários Eletrônicos do Paciente de uma enfermaria de clientes com agravos cardíacos.**

- **QUESTÕES NORTEADORAS**

- 1- O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) tem sido utilizado pelos enfermeiros como subsidio à melhoria do registro de enfermagem?
- 2- Como ocorre a utilização do PEP pelos enfermeiros, como subsidio para a melhoria da qualidade do registro de enfermagem?
- 3- Qual (is) a (s) eventual (is) implicação (ões) para a enfermagem, decorrente (s) do uso do PEP, como subsidio para a melhoria da qualidade do registro de enfermagem ?

- **OBJETIVOS**

GERAL: Analisar o uso do Prontuário Eletrônico do Paciente como subsidio para a melhoria da qualidade do registro de enfermagem.

ESPECÍFICOS:

- 1- Identificar se os enfermeiros utilizam o Prontuário Eletrônico do Paciente como subsidio para a melhoria da qualidade do registro de enfermagem.
- 2- Apresentar como o Prontuário Eletrônico do Paciente é utilizado pelos enfermeiros, como subsidio a melhoria da qualidade do registro de enfermagem
- 3- Descrever a (s) implicação (ões) para a enfermagem, decorrente (s) do uso do Prontuário Eletrônico do Paciente, como subsidio a melhoria da qualidade do registro de enfermagem.

JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

O presente estudo é relevante, pois através do uso dos Sistemas de Informação em Enfermagem, mais especificamente o registro no Prontuário Eletrônico do Paciente realizado pelo enfermeiro, há maior facilidade de acesso a informações, planejamento e aprimoramento da qualidade, facilitando o acesso a informações que levarão à melhor qualidade da assistência, meios para que a Gestão do Cuidado de enfermagem aconteça de forma a abranger os possíveis itens falhos e intensificar aqueles que são considerados corretos.

Salientamos que a construção deste estudo deu-se também à experiência profissional vivida pela autora tanto em ambientes completamente informatizados, em fase de implementação do PEP e em uso de prontuários convencionais possibilitando maior visão acerca das diferenças entre os diferentes estágios e a qualidade da informação e registro de enfermagem realizados.

Acreditamos contribuir com este estudo para novas pesquisas em enfermagem com foco no registro dos enfermeiros realizados no Prontuário Eletrônico do Paciente e seus benefícios na qualidade da assistência de enfermagem prestada. Também acreditamos que o presente estudo servirá como fonte de ensino para profissionais e futuros profissionais, possibilitando assim a difusão do tema acima exposto.

II. REVISAO DE LITERATURA

• Registros e anotações de Enfermagem

Os enfermeiros, ao longo de sua trajetória, se destacam por cuidar de seus pacientes de forma organizada, com base na disciplina e conhecimento científico. O cuidado norteia a prática clínica antes até do surgimento das teorias de enfermagem. A formação do enfermeiro como prática profissional tem início em 1860 com Florence Nightingale quando da proposição da fragmentação de tarefas relacionadas ao cuidado bem como o caráter disciplinar por ela dito como ser a “essência do treinamento” (SOUZA et al, 2006).

A construção dos princípios científicos da enfermagem data de 1950 quando há busca em outros saberes focados no modelo biomédico quanto a concretizar a dimensão intelectual do seu trabalho. A partir da década de 1960, a enfermagem inicia a construção de teorias para embasar sua prática profissional, tendo o registro de enfermagem como um dos fatores essenciais à comprovação de sua prática e eficácia (SOUZA et al, 2006).

O registro de enfermagem é o emprego em língua escrita de toda e qualquer informação relevante ao gerenciamento do cuidado da saúde do paciente. Através do registro iremos buscar orientação para as ações de enfermagem, bem como organização adequada do cuidado ao paciente (LIMA, 2009).

Segundo Potter e Perry (2006), apresenta como finalidades auxiliar: o planejamento do cuidado, no processo de comunicação e educação; base para os processos de pesquisa e de auditoria bem como formação de documento legal. O bom registro de enfermagem deve ser claro, conciso, objetivo, atual, organizado, legível e deve relatar todos os aspectos do paciente (conter tanto descrições do paciente quanto cuidados a ele prestados).

Uma importante função dos registros deve ser estabelecer a comunicação multidisciplinar com os outros membros da equipe de saúde. Um relato correto permite que o cuidado seja prestado de forma eficiente (NETTINA e cols, 2007).

A enfermagem tem como responsabilidades quanto ao registro de enfermagem no prontuário do paciente: registrar rotinas administrativas (alta, admissão, transferência), anotações do censo hospitalar, anotações no relatório de enfermagem,

registro de medicações e cuidados prestados, manter os registros em ordem cronológica e de fácil acesso bem como organizado (COREN-SP, 2009).

O código de ética dos profissionais de enfermagem, na Resolução COFEN 311/2007, estabelece que é de responsabilidade da enfermagem, conforme o Art. 25, registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar; também é direito deste profissional, de acordo com o Art. 68, registrar informações relativas ao processo de cuidar do indivíduo, tanto no prontuário como em outros documentos próprios da enfermagem. Nos Art. 71 e 72, que tratam das responsabilidades e deveres, estabelece que é dever da enfermagem incentivar o registro e fazê-lo de forma clara, objetiva e completa

Quanto aos aspectos legais inerentes ao registro de enfermagem, destacamos que o mesmo só possui valor legal quando datado, com identificação de horário, assinatura e número de registro profissional. Os PEPs têm valor legal igual aos prontuários convencionais desde que criptografados e protegidos (COREN-SP, 2009)

O Conselho Federal de Enfermagem, em 2012, publica a resolução 429/2012 que resolve, em seu artigo 1º ser de “responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente...seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico as informações inerentes ao processo de cuidar...”.

Na enfermagem, os registros/anotações/ evoluções são conceituados como a forma escrita de informações pertinentes ao cliente, aos cuidados e aos seus resultados. Assim, é possível afirmar que os registros de enfermagem constituem importante fator para a tomada de decisão e alcance da qualidade do cuidado. Na enfermagem, a escassez de documentos indica má prática profissional. Sendo assim, é preciso que se façam anotações completas freqüentes, de maneira a atender às exigências técnicas e ético-legais estabelecidas pela profissão (MARTIN, F.; 1994).

A necessidade dos registros já era verificada desde os tempos de Florence Nightingale, quando esta afirmava que a documentação onde eram expostas informações sobre o paciente era essencial para a continuidade do cuidado. Também destacou que estes escritos deveriam ser precisos e corretos (CARRIJO, 2007).

A Enfermagem produz, diariamente, muitas informações inerentes aos cuidados dos pacientes. É possível estimar que ela seja responsável por mais de 50% das informações contidas nos mesmos. Porém, só a quantidade não basta, é necessário que

haja também qualidade para uma adequada assistência (SANTOS; PAULA; LIMA, 2003; ZIMMERMAN, M.H.; PEREIRA, J.L.C; MATIA, G.; et al. 2013).

Além de permitir a efetividade do processo de comunicação, os registros de enfermagem possibilitam que a assistência de enfermagem seja avaliada. Para isto, faz-se necessário que os registros sejam valorizados e realizados com qualidade, ou seja, com fidedignidade das informações, coerência, de acordo com as reais condições do paciente e com o relato dos cuidados prestados de fato. (VASCONCELOS, M.M.; GRIBEL, E.B.; MORAIS, I.H.S., 2008; CARRIJO, A.R.; OGUISSO, T., 2006)

- **Sistemas de Informação em Enfermagem**

Atualmente, a informação é um dos maiores recursos de que dispõe um profissional para prover o desenvolvimento e crescimento evolutivo. Aquele que maior acesso tiver à informação será aquele que mais bem sucedido será, do ponto de vista tecnológico e científico (MARIN, H.F., 1995)

Ainda constitui-se, segundo Kuregant (2011), em “fator essencial para o conhecimento da realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica de modo a viabilizar a gestão dos vários níveis que constituem o Sistema Único de Saúde”.

Pode-se dizer que o hospital que não possui sistema informatizado é aquele que provê uma assistência precária, bem como a obtenção de dados defasados acerca da gestão, tanto administrativa quanto da assistência deste paciente.

Para o enfermeiro, as informações geradas no ambiente hospitalar tornam-se matéria diária do seu trabalho, haja vista sua permanência por longos períodos na instituição, sua responsabilidade em gerenciar cada unidade bem como seus recursos humanos e materiais, além de ser visto como o profissional que melhor estabelece relações, tanto formais quanto informais em diversos setores.

Nos Estados Unidos, em 1982, surge o conceito Sistemas de Informação em Enfermagem, definido como um sistema utilizado para armazenar dados e planejar a assistência e cuidado prestados ao paciente (EVORA, 1995).

A utilização do sistema de informação computadorizado de maneira correta, orientada para documentar e processar a informação no cuidado direto ao paciente torna-se essencial ao processo de enfermagem, pois aperfeiçoa a tomada de decisões sobre o cuidado de enfermagem que a ele será prestado, resultando em maior qualidade ao paciente e documentação de suas condições clínicas comum aos profissionais de saúde envolvidos em sua assistência.

Desta forma, percebe-se a necessidade dos enfermeiros em esforçarem-se para assimilarem a participação cada vez mais frequente da informática como instrumento de informação e reflexão acerca de sua atuação perante este cenário que possibilita a ampliação em suas formas de “interagir, compartilhar, cuidar e gerenciar em tempos e espaços anteriormente não imaginados” (KURCGANT, 2011).

As competências dos enfermeiros necessárias para sua participação, de forma efetiva, nos sistemas de informação informatizados devem abranger as políticas institucionais e o compromisso do profissional para seu desenvolvimento tecnológico, integrando a tecnologia às suas necessidades como profissional e à dimensão humana da enfermagem (KURCGANT, 2011).

A conscientização dos profissionais de enfermagem frente a utilização da tecnologia de informação redundará na reorientação do produto final, no sentido de beneficiar o paciente, reduzir os custos e racionalizar o trabalho. Esse tem sido o grande desafio da informática em enfermagem (ÉVORA, 2007).

Os profissionais de saúde, em sua essência, necessitam dominar o conhecimento gerado ou ter acesso a estas informações quando necessário para estabelecer níveis diferentes de atuação junto ao paciente, diminuindo assim as chances de erros no processo de tomada de decisões.

Decisões erroneamente tomadas, devido ao tempo prolongado dispendido na recuperação de alguma informação, podem resultar na piora do paciente, bem como na implementação de intervenções distintas daquelas consideradas corretas à evolução de seu tratamento e assistência.

- **Novas Tecnologias da Comunicação/Informação**

As novas tecnologias da comunicação e da informação (NTCIs) transformam o conceito de conhecimento. O adquirir de competências torna-se um processo contínuo e múltiplo, em suas fontes, em suas vias de acesso, em suas formas. Um autêntico universo de informações alimenta o fluxo incessante de construções possíveis de novos saberes, de reorganização de velhas certezas, que se transformam em novas perguntas, que buscam e estruturam ainda outras informações, que se conectam a idéias semelhantes em novos campos de conhecimento, reestruturando os paradigmas e impondo uma relação diferente entre os objetos de estudo e aqueles que pretendem apreender sua estrutura e propriedades. (LÉVY, 1999; OLIVEIRA, G.P, 2002)

Desde o início da década de 1970, a inovação tecnológica tem sido conduzida pelo mercado, provocando uma difusão mais rápida dessa inovação. Na realidade, a inovação descentralizada estimulada por uma cultura de criatividade tecnológica e por modelos tecnológicos de sucesso é que possibilitaram as novas tecnologias a prosperarem.

Baseado nisso, Lojkin (2002) afirmou que: uma das características da revolução tecnológica é a crescente convergência de tecnologias específicas para um sistema altamente integrado, no qual, trajetórias tecnológicas antigas ficam literalmente impossíveis de se distinguir em separado. Assim, microeletrônica, as telecomunicações, a optoeletrônica e os computadores são todos integrados nos sistemas de informação.

A dimensão da revolução da tecnologia da informação destina-se a promover uma interação entre tecnologia e sociedade. Ambas se completam no que diz respeito à sociedade da informação.

Atualmente, aceita-se que já esteja disponível a tecnologia para a realização da transição entre biblioteca convencional e biblioteca eletrônica. No entanto, existem muitos fatores teóricos e práticos que inibem tal transição. Muitos trabalhos inovadores estão sendo realizados em projetos individuais, bem como em bibliotecas universitárias no mundo, mas poucas têm como meta a transformação dos seus recursos para o formato eletrônico.

Na Inglaterra, existiu um projeto de Biblioteca Eletrônica na Universidade Politécnica de Leicester, iniciado em 1991, que teve como objetivo desenvolver uma biblioteca em um meio totalmente eletrônico, dentro do prazo de cinco anos. Dentro deste período, esperou-se que a informação requerida por docentes e estudantes seja entregue primariamente no formato eletrônico, ou por sistemas eletrônicos de comunicação. São esperados desta infra-estrutura eletrônica diversos benefícios tais como educacionais, pedagógicos, econômicos, informacionais. Este último é descrito como o único possível de fazer frente ao desafio da explosão da informação, mediante armazenamento, transmissão e recuperação eletrônica (FIGUEIREDO, N., 1995).

O saber sólido e imóvel não existe mais, já que os saberes devem ser permanentemente reconstruídos. Há um constante fluxo de novas informações, acesso e interação para a manutenção contínua da aprendizagem. Surge a necessidade de

comunicar e partilhar saberes, proporcionando a mobilidade do aprendizado contínuo (OLIVEIRA apud KENSKI,2001).

Cabe destacar a relevância das Novas Tecnologias da Informação/Comunicação (NTICs) enquanto ferramenta utilizada para a otimização do trabalho, independente da área de atuação, confirmando o processo de desenvolvimento e instalação das mesmas no cotidiano dos enfermeiros. Este novo instrumento, aliado aos tradicionais instrumentos de enfermagem, possibilitará aos enfermeiros atender à maioria das necessidades apresentadas pelos seus clientes de maneira ágil e segura (SANTIAGO, 2009).

- **Informática em Saúde**

A Informática em Saúde é definida como um campo de rápido desenvolvimento científico que lida com armazenamento, recuperação e uso da informação, dados e conhecimento biomédicos para a resolução de problemas e tomada de decisão (SBIS, acesso em 18 de Junho de 2011).

O primeiro registro da utilização da computação na área médica data de 1959 quando Ledley e Lusted sugeriram o desenvolvimento de sistemas que auxiliassem nas decisões médicas a serem tomadas (SIGULEM, 1997)

Nos Estados Unidos, o primeiro projeto de informatização hospitalar – Hospital Computer Project – foi realizado em 1962, a partir de um contrato firmado entre o Massachusetts General Hospital e uma empresa de Cambridge, denominada Bold Beranek and Newman, tendo sido financiado pelo National Institutes of Health e pela American Hospital Association (SIGULEM, 1997).

Em função desse projeto, diversos aplicativos começaram a ser desenvolvidos no Massachusetts General Hospital por Octo Barnett (um dos profissionais com maior contribuição na área de informática em saúde). Destacam-se programas de admissão e alta, relatórios de laboratórios e resumos de prescrições.

Na Europa, mais especificamente Alemanha, França, Inglaterra e Suécia foram os países precursores de estudos acerca da importância da informática na área de saúde tanto para pesquisa quanto para o currículo do profissional médico (SIGULEM, 1997).

No Brasil, o desenvolvimento da informática em saúde teve início em meados dos anos 1970 nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, respectivamente pelos Hospital da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto do Coração e Hospitais das Clínicas da USP em São Paulo e Ribeirão Preto (SABBATINI, 1998).

A informática no complexo hospitalar da USP teve início precisamente em 1975, com a PRODESP (Companhia de Processamento de Dados de São Paulo), que instalou computadores de grande porte e centenas de terminais em vários hospitais do sistema), e que por muitos anos foi o maior sistema da América Latina. A informatização desses hospitais prosseguiu através de sistemas próprios, atualmente sob a liderança do Dr. Lincoln de Assis Moura Jr., um engenheiro biomédico ligado ao InCor.

O médico e professor Silvio Borges, da Escola Paulista de Medicina, criou o Serviço de Informática que mais tarde se transformou no Centro de Processamento de Dados desta instituição, tendo sido idealizados diversos protocolos de coleta de informações.

Diversos protocolos de coleta sistematizada de informações foram idealizados e são referidos, até hoje, por sua engenhosidade e adequação e por revelarem uma visão de futuro extremamente precisa (SIGULEM, 1997).

O desenvolvimento da Informática em Saúde brasileira passou por um grande ímpeto a partir de 1983, com a criação de novos grupos especificamente dedicados à esta área de pesquisa e ensino. No Rio Grande do Sul, a Dra. Mariza Klück Stumpf fundou o primeiro curso de informática voltado para alunos e pós-graduandos de medicina, em 1982. O Dr. Renato Sabbatini fundou o Núcleo de Informática Biomédica da UNICAMP, em Campinas, em 1983, e o Dr. Roberto Jaime Rodrigues foi pioneiro no estabelecimento de um laboratório de ensino no Hospital das Clínicas da USP, em colaboração com o programa de Pós-Graduação em Administração Hospitalar (PROAHSA) da Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, de São Paulo (FGV). Em 1984 e 1988, respectivamente, foram iniciados os grupos de pesquisa e docência da Faculdade de Medicina da USP (Disciplina de Informática Médica, com os Profs. Gyorgyi Böhm, Eduardo Massad e Miguel Nicolelis) e da Escola Paulista de Medicina (Centro de Informática em Saúde, com os Profs. Daniel Sigulem, Meide Anção e outros). No Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, destacou-se

também a Dra. Beatriz Leão, a partir de 1982, a qual posteriormente tornou-se docente da UFRGS e do CIS/EPM.

O divisor de águas da Informática em Saúde nacional ocorreu em 1986. O primeiro reconhecimento do grau de desenvolvimento nacional na área deu-se em um seminário realizado em Informática em Saúde em Brasília, por iniciativa do Ministério da Saúde (SABATTINNI, 1998).

Em fevereiro de 1988, a Secretaria Especial de Informática (SEI) do Ministério da Ciência e Tecnologia apresentou a Proposta de Plano Setorial de Informática em Saúde visando à orientação do uso da informática para a solução dos problemas relativos a promoção, prevenção e recuperação da saúde da população e nos aspectos de produção de equipamentos, programas e serviços necessários a essa aplicação (BRASIL, 1988).

A década de 1990 foi considerada de grande avanço à Informática em Saúde, o foco principal era a implementação de programas que pudessem ser utilizados à beira leito. O ensino-aprendizado de Informática iniciou sua inclusão nos currículos das Universidades (MARIN; MARQUES, 2005).

Os primeiros cinco anos do novo século traz inúmeras publicações acerca do tema não somente no Brasil como na Europa, Ásia e demais países da América do Sul. Atualmente a publicação sobre as experiências acerca do uso da Informática em Saúde está equilibrada entre Estados Unidos da América, França, Canadá, Japão, Dinamarca, Coreia do Sul, Suécia, África do Sul, Holanda, Tailândia, Brasil e Nigéria (MARIN; MARQUES, 2005).

Todos sofrem com as dificuldades relacionadas à informação (sua ausência, seu armazenamento, sua recuperação e seu entendimento): o profissional, o administrador, o paciente. Para que tal situação seja sanada, é importante que os profissionais de saúde estejam em constante renovação acerca de como utilizar a informática em prol de uma melhor assistência ao paciente.

- **PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE**

O prontuário do paciente é um conjunto de informações pertinentes ao paciente e ao seu tratamento, portanto, é do paciente. Assim, por definição e função, o prontuário tem uma relação direta com o paciente.

O prontuário tradicional (papel) tem dentre suas principais vantagens a facilidade de transporte, não exige treinamento de pessoal e nunca está “fora do ar”. Porém, tem como desvantagens a ilegibilidade, preenchimento incompleto, dificuldade de acesso, fragilidade do papel, dificuldade de busca e necessidade de transcrição para pesquisa, somente pode estar em um lugar e multiplicidade de pasta (CARVALHO, R., 2012)

Já o PEP tem como vantagens o texto legível, possivelmente consistente e completo, permite armazenamento de imagens, verificação automática de dados, apoio automático à decisões, melhor acesso e velocidade de informações, economia de tempo para recupera informações, no entanto, exige manutenção constante e treinamento intensivo do pessoal que o utilizará (CARVALHO,R., 2012).

O Prontuário Eletrônico do Paciente é um meio físico, um repositório onde todas as informações de saúde, clínicas e administrativas, ao longo da vida de um indivíduo estão armazenadas, e muitos benefícios podem ser obtidos deste formato de armazenamento. Dentre eles, podem ser destacados: acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais; acesso a conhecimento científico atualizado com conseqüente melhoria do processo de tomada de decisão; melhoria de efetividade do cuidado, o que por certo contribuiria para obtenção de melhores resultados dos tratamentos realizados e atendimento aos pacientes; possível redução de custos, com otimização dos recursos (MASSAD; MARIN, 2003).

Tais autores afirmam ainda que o princípio básico de construção do PEP baseia-se na integração da informação clínica e administrativa de pacientes individuais. Assim, a informação é registrada em um determinado formato para fins de armazenamento e tal registro passa a ser fisicamente distribuído entre os hospitais, agências de seguro-saúde, clínicas, laboratórios e demais setores envolvidos, sendo compartilhado entre os profissionais de saúde, de acordo com os direitos de acesso de cada um. Além de integração, um dos requisitos básicos do PEP é a interoperabilidade, que é a habilidade de dois ou mais sistemas computacionais trocarem informações, de modo que a informação trocada possa ser utilizada (MASSAD, MARIN, 2003).

Tal prerrogativa ainda trata-se de objetivo a ser alcançado, uma vez que os sistemas informatizados das unidades de saúde, nos diversos níveis de atenção, não são integrados, a nível do município do Rio de Janeiro, o que inviabiliza a criação de um PEP único de livre acesso aos profissionais de saúde que atenderão este paciente. A realidade hoje evidenciada mostra que os softwares utilizados para registro das ações de enfermagem são distintos, muitos dos quais não permitem sequer o armazenamento das informações coletadas e registradas por mais de 24 horas.

III.FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA

- **Delineando o estudo**

A presente investigação tem como método o qualitativo, tratando-se de um estudo descritivo, do tipo estudo de caso.

O método qualitativo, de acordo com Figueiredo (2011), surge diante da necessidade de se investigar e compreender fenômenos relacionados à percepção, intuição e subjetividade. Está direcionada para a compreensão dos seres humanos e da natureza, suas transações e arredores (POLIT&HUNGLER, 2011).

A pesquisa de característica descritiva busca descrever as características de determinada população/fenômeno. Pretende expôr com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade (FIGUEIREDO, 2011).

Sobre Estudo de Caso, Polit & Hungler (2011) diz que permite ao pesquisador analisar e compreender questões importantes, fenômenos que não foram rigorosamente estudados. Fornece o alcance da profundidade acerca do tema estudado mesmo com número limitado de indivíduos ((POLIT&HUNGLER, 2011).

- **Cenário utilizado, Sujeitos participantes da pesquisa e Prontuários Selecionados e Analisados**

O presente estudo foi desenvolvido em um Hospital Federal Especializado, referência no tratamento de patologias cardíológicas bem como hospital de ensino situado na zona Sul do município do Rio de Janeiro, após apresentação da proposta de trabalho e encaminhamento as devidas instâncias da instituição, para apreciação pelo Comitê de Ética da mesma, conforme Resolução nº 466/2012. O setor analisado foi a enfermaria coronariopatias onde há pacientes internados tanto em pré ou pós operatório imediato/mediato quanto pré ou pós realização de exames ou procedimentos invasivos, tais como cateterismo cardíaco ou angioplastia (CNES, 2013; BRASIL, 2012).

A Instituição fundada em 1973 possui 173 leitos divididos entre os setores de Cardiologia (Clínico e Cirúrgico), Transplante, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Adulto, Isolamento e Pediátrica; Pediatria Clínica e Cirúrgica. No âmbito ambulatorial fornece os serviços de diálise, hemoterapia, quimioterapia e radioterapia, dentre outros.

No ano 2000, tornou-se um Centro de Referência do Ministério da Saúde para a realização de treinamento, pesquisa e formulação de políticas de saúde (CNES, 2013)

A presente Instituição foi escolhida pois a autora atuou como acadêmica bem como realizou seu estágio em docência na mesma, podendo visualizar as transformações ocorridas quando da fase de implementação do PEP bem como de sua implementação finalizada, em uso corrente pelos profissionais do referido setor.

Nossa coleta de dados ocorreu no período de 11 de outubro a 09 de dezembro do ano de 2013 e teve como sujeitos tanto 08 enfermeiros plantonistas quanto diaristas da enfermaria de coronariopatias citada que estivessem presentes nos dias das entrevistas. Entrevistamos somente os enfermeiros plantonistas e diaristas que cumprissem os **critérios de inclusão** a seguir: **escalados para trabalhar na enfermaria e que realizassem cuidados diretos ao paciente e realizassem evolução de enfermagem**. Os plantonistas têm regime de 12 horas de trabalho para 60 horas de descanso, totalizando tres enfermeiros plantonistas do turno da manhã e três enfermeiros plantonistas do turno da noite, somados a 2 enfermeiras diaristas assistenciais. Havia 1 enfermeira diarista que atuava somente com a parte gerencial, portanto, não realizava evolução dos pacientes, o que inviabilizou sua participação em nosso estudo, haja vista os critérios de inclusão acima citados. Uma das enfermeiras entrevistadas não fazia parte da escala do setor, estava realocada, pois a enfermeira do dia estava de licença médica. Utilizamos um roteiro de entrevista semi-estruturada impressa, preenchida pelos profissionais e entregue ao pesquisador no mesmo dia. Codificamos estes sujeitos a partir da letra **E**, ou seja, o primeiro entrevistado foi identificado como **E1** e assim sucessivamente até **E8**.

Concomitante, realizamos a análise dos **prontuários eletrônico e convencional** de 40 pacientes selecionados através dos **critérios de inclusão** estipulados (**internados há pelo menos 24 horas, em pós operatório imediato de cirurgia cardíaca ou que já tivesse passado por algum procedimento invasivo**). Desses 40 pacientes, 25 se enquadraram nos critérios de inclusão do estudo. Não definimos o número de evoluções que seriam analisadas, pois utilizamos a regra de Bardin (2010), quanto à exaustividade e repetição dos assuntos centrais visualizados. O total de evoluções analisadas foi de 51, sendo 37 realizadas em Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e 14 em prontuário

convencional, todas realizadas quando os mesmos se encontravam na enfermaria, cenário de nosso estudo.

Aspectos Éticos

A investigação atendeu as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (2012), no tocante à ética em pesquisas envolvendo seres humanos, foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição Proponente bem como do Hospital Federal Especializado acima referido tendo sua aprovação final em 03 de Outubro de 2013 sob o CAAE 10693712.3.3001.5272 Utilizamos um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1) com foco no enfermeiro que respondeu nossa entrevista semi-estruturada, com vistas a atender as exigências da Resolução 466/2012. Quanto ao paciente, utilizamos um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2) haja vista nossa coleta de dados em seu prontuário eletrônico ou convencional.

Instrumentos para a Coleta dos Dados

Utilizamos como instrumento o Diário de Campo (Apêndice nº 3) para coletar as informações sobre o registro, onde relatamos dados importantes relativos às evoluções dos enfermeiros nos prontuários dos 25 pacientes analisados. Este instrumento de diário de campo foi construído com base no ‘Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem’ (*Nursing Minimum Data Set – NMDS*), proposto por Werley e Lang que é definido como “um conjunto mínimo de itens (ou elementos) de informações, categorias e definições uniformes, relativas à dimensão específica da profissão de enfermagem e que atende as necessidades de informação de múltiplos usuários no sistema de saúde” (SILVEIRA; MARIN, 2006).

Os dezesseis elementos do Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem são divididos em três categorias: itens demográficos do cliente ou pacientes (identificação); itens do cuidado de enfermagem (dados do diagnóstico de enfermagem, os dados de intervenção de enfermagem, os dados de resultados de enfermagem, e os dados de intensidade do cuidado de enfermagem); e itens do serviço (itens que ligam o profissional do cuidado e o local do serviço de saúde) (SILVEIRA; MARIN, 2006).

Para a construção de nosso instrumento utilizamos as categorias e elementos de análise a seguir: Itens Demográficos (elementos de identificação do paciente), Itens do Cuidado de Enfermagem (Anamnese e Exame Físico, Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções de Enfermagem e Resultados de Enfermagem Obtidos/Esperados) e Itens do Serviço (Unidade ou Serviço, Elementos de Registro Único do Paciente/Cliente, Elementos do Profissional Enfermeiro, Elementos de Data Admissão/Alta do Paciente/Cliente)

No que concerne aos enfermeiros utilizamos um roteiro de entrevista semi-estruturada (Apêndice 4) por sentirmos a necessidade de compreender melhor o fato estudado. Conforme Polit & Hungler (2011), a entrevista semi-estruturada, de modo geral, é aquela utilizada quando o pesquisador possui tópicos ou questões amplas a serem abordadas. Os entrevistados são encorajados a falarem livremente sobre os tópicos do roteiro.

- **Análise e Interpretação dos Resultados**

A análise dos resultados se deu inicialmente com a apreciação de todas as evoluções de enfermagem realizadas nos prontuários eletrônico e convencional, de acordo com instrumento de análise (Apêndice 3), construído a partir do ‘Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem’ (*Nursing Minimum Data Set – NMDS*), proposto por Werley e Lang, acima referido.

Em um segundo momento, a partir da interpretação dos dados coletados, foram construídas categorias a partir da análise documental convencional e eletrônica que, conforme Polit e Hungler (2011), é aquela realizada por meio de documentos sob formas de texto, imagens, sons. Também são considerados os documentos oficiais, atas, leis, documentos jurídicos, provenientes de cartórios, inventários, desde que cientificamente autênticos.

A análise dos dados coletados nos prontuários foi feita mediante Análise de Conteúdo (AC), mais especificamente por Análise Documental das evoluções de enfermagem realizadas nos prontuários eletrônico e convencional, uma variante da AC segundo Bardin (2010).

Sobre a Análise de Conteúdo, Bardin (2010) assim a define: “... um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas (...) .” (BARDIN, 2010, p.33).

A Análise Documental, segundo Bardin (2010), é um conjunto de operações que visa representar o conteúdo de um documento sob forma diferente da original, facilitando sua consulta e referência. Seu objetivo é dar forma e representação a essa informação de modo distinto, através de procedimentos de transformação. Tem como propósito armazenar informações sob uma forma variável e facilitar seu acesso ao observador, de maneira que este obtenha o máximo de informação e pertinência.

A Análise Documental faz-se, principalmente, por classificação-indexação, possibilitando uma representação condensada da informação, para consulta e armazenamento, diferenciando da análise de conteúdo que é a manipulação de mensagens para evidenciar os indicadores que permitam induzir outra realidade que não a da mensagem.

Após a realização da Análise Documental realizamos a Análise do Discurso dos enfermeiros para assim, efetuar a categorização do material levantado. Entenda-se categorização, segundo Bardin (2010): a classificação de elementos por diferenciação e reagrupamentos dos mesmos em categorias, segundo a analogia a que pertencem.

Operacionalmente a análise temática desdobra-se em três etapas, conforme Bardin (2010) que serão descritas a seguir: pré-análise; exploração do material; tratamento dos dados obtidos e interpretação.

- a) Pré-análise: corresponde a fase de organização através da sistematização das idéias iniciais, onde o pesquisador faz uma análise exaustiva dos discursos coletados;
- b) Exploração do material: técnica que consiste essencialmente numa operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto;

- c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados brutos são submetidos a operações estatísticas simples ou complexas que permitem colocar em relevo as informações obtidas.

Após a coleta de dados, realizamos a análise do discurso, conforme Bardin (2010), utilizando as palavras/idéias centrais dos textos fornecidos, juntamente com as evoluções analisadas, para a construção das categorias a seguir: **Prontuário Eletrônico e prontuário convencional: avanços e retrocessos na visão do enfermeiro e Qualidade dos Registros de Enfermagem no Prontuário Eletrônico Do Paciente.**

IV- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

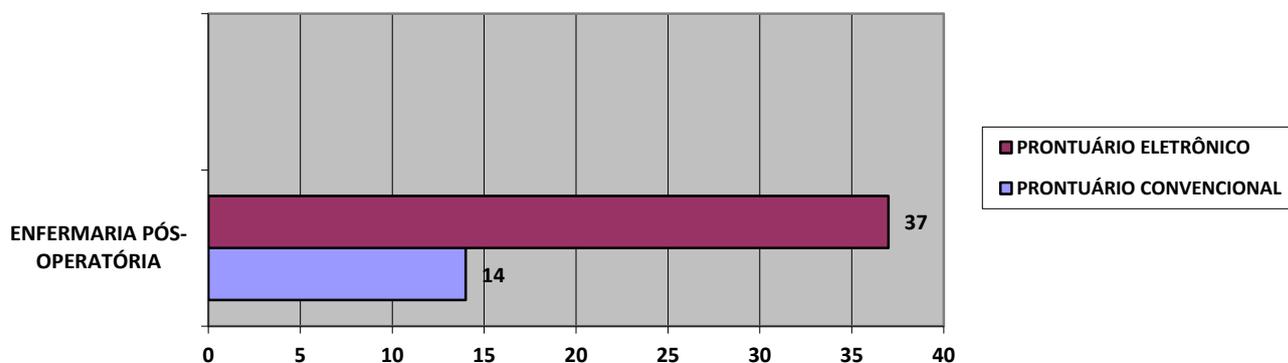
1ª CATEGORIA: PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE (PEP) e PRONTUÁRIO CONVENCIONAL: AVANÇOS E RETROCESSOS NA VISÃO DO ENFERMEIRO.

A informatização da assistência em saúde é assunto cada vez mais em voga tanto no ambiente hospitalar quanto na atenção básica e, segundo Galvão e Sawada (1996), traz diversos benefícios para a melhoria da qualidade da assistência prestada. Estes autores afirmam que a informatização ocorrerá por completo a médio e longo prazo, atingindo todos os níveis de atenção em saúde.

Cavalcante et al (2011) ratifica tais fatos quando, em seu estudo que tem como questionamento norteador como estão se desenvolvendo as experiências de informatização em enfermagem no Brasil, conclui que houve um avanço na utilização de recursos computacionais em enfermagem nos últimos 20 anos.

Os sujeitos de nossa pesquisa entendem e compreendem, em sua maioria, a importância da utilização do PEP em sua rotina haja vista a quantidade de evoluções realizadas no PEP comparadas com as evoluções realizadas no prontuário convencional, conforme mostra o quadro 1.

Quadro 1: Distribuição das evoluções de enfermagem realizadas nos prontuários dos pacientes analisados.

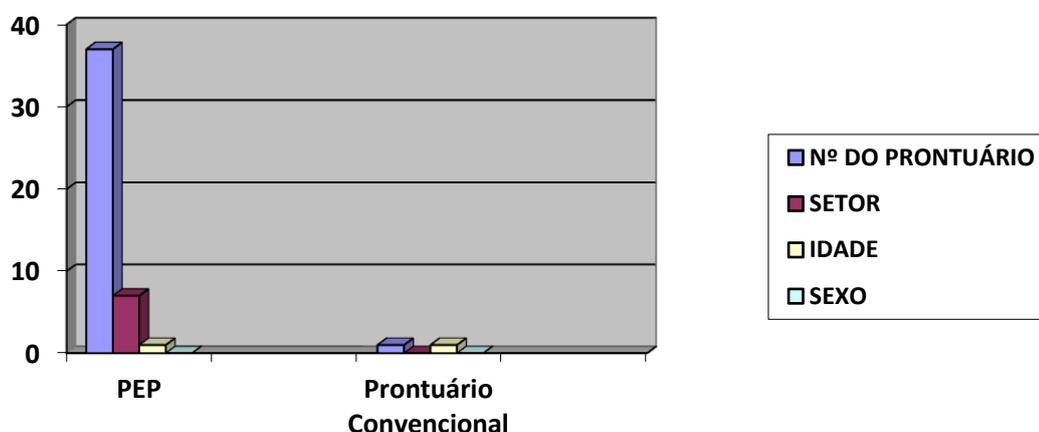


O uso da tecnologia da informação em saúde transforma a documentação clínica em uma ferramenta multidisciplinar integrada, fortalecendo a assistência à saúde

prestada. Erros em seu registro estão entre as maiores causas de problemas relacionados à segurança do paciente (HANNAH, 2009).

De acordo com a análise das 51 evoluções de enfermagem coletadas nos 25 prontuários, percebemos, conforme gráfico abaixo, que o número de evoluções realizadas no PEP é maior que a realizada no prontuário convencional bem como permite que itens de avaliação da qualidade das mesmas, tais como legibilidade, data, horário e número do prontuário estejam contidos nestes prontuários (quadro 2).

Quadro 2: Divisão dos dados relatados nos PEP e prontuário convencional quanto a número do prontuário, setor, idade e sexo.



Questionamos os profissionais entrevistados, e constatamos que, apesar dos inúmeros benefícios comprovados referentes ao uso da informatização em saúde, seis dos oitos entrevistados se mostraram contrários à utilização do PEP. Para estes enfermeiros o PEP é muito importante para o aprimoramento da qualidade da assistência, porém, consideram que o *software* utilizado não atende as demandas destes profissionais, conforme ilustramos:

“...(O prontuário eletrônico) é compartimentado, não nos dá acesso as partes dos outros profissionais.” (E2)

“...O sistema (prontuário eletrônico) utilizado aqui é rebuscado e confuso...” (E3)

“Utilizo ambos pois sei que alguns profissionais não acessam o prontuário eletrônico...” (E4)

“(Sobre a evolução em prontuário convencional) É a única forma em que percebo que minha evolução pode fazer a diferença.” (E6)

O cenário escolhido utiliza o *software* MV2000i, desenvolvido pela empresa MV Sistemas, que tem por objetivo garantir uma visão integrada dos processos e um controle eficiente de recursos, custos e resultados. A ferramenta permite administrar as informações geradas em vários setores do hospital e procedimentos ligados à enfermagem e ganham em agilidade e têm os seus custos reduzidos (ACSC, 2007).

O início do processo de informatização do Hospital Federal a que nos referimos data de 2006 com a publicação da portaria 969 de 31 de agosto daquele ano quando a Direção nomeia servidores para constituírem o Comitê de Informática da instituição com o objetivo de, entre outros, analisar e aprovar o planejamento de treinamento, implantação e acompanhamento realizado pela MV; dirimir pontos de divergência no processo de implantação e discutir questões de ordem de integração de atividades suportadas pelos Sistemas (MS, 2006).

O *software* acima mencionado é elaborado pela empresa MV Sistemas que iniciou sua inserção na área da saúde em 1987, na cidade de Porto Alegre-Rio Grande do Sul-Brasil e é considerado o produto mais importante da companhia. Inicialmente o serviço ofertado tanto aos hospitais particulares quanto públicos daquele estado era relacionado ao faturamento de contas hospitalares. Iniciou o desenvolvimento de programas relacionados à gestão hospitalar em 1993 após representantes da empresa perceberem a carência neste ramo. No ano de 2007 a MV Sistemas informa em seu site oficial que conta com aproximadamente 380 colaboradores e 80000 usuários do Sistema MV 2000i (ROCHA, 2008).

Apesar de constar no site da empresa que o *software* MV2000i integra todos os setores e processos realizados no ambiente hospitalar, inclusive alegando que facilita o uso do PEP bem como da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), não encontramos esta realidade na enfermagem cenário de nosso estudo, conforme evidenciamos nas falas dos sujeitos quando 6 de 8 entrevistados alegam que o sistema é

“rebuscado e confuso”, “compartimentado”, “não nos dá acesso as partes dos outros profissionais” e “é de difícil visualização”.

Tais depoimentos vão em consonância com dados coletados no ano de 2013, quando diversas instituições de saúde nacionais que utilizam o sistema operacional acima citado, ratificam que os softwares implementados estão obsoletos, dificultando a integração entre os diversos segmentos do software (SOUZA, 2013)

Percebemos, na análise dos discursos dos sujeitos, além da dificuldade em acessar o sistema MV 2000i, há também vivências anteriores que não têm relação com o *software* utilizado e sim com o conhecimento sobre informática obtido pelo entrevistado, conforme evidenciado na fala do enfermeiro 05 que afirma não ter conhecimento para tal tecnologia e que o programa utilizado é “compartimentado”, não dando acesso as evoluções dos outros profissionais. Por outro lado, afirma que o prontuário eletrônico é considerado ‘um avanço, um progresso’.

Estudos realizados por Chrizostimo et al (2007) apontam que o despreparo relacionado aos recursos voltados para tecnologia da informação como método de organização da assistência são evidentes na formação profissional. A autora aponta que a informatização de registros de enfermagem ainda não atingiu os patamares esperados, mas que, através de políticas institucionais que fortaleçam o processo de trabalho do enfermeiro assistencial e docente, fortaleceremos tal ação. Desta forma, instituições, profissionais e docentes devem reconhecer e lutar para validar uma prática que já foi comprovada, em relação ao estímulo à qualidade da assistência individualizada.

Estudo de Santos (2010) aponta que o enfermeiro tem inúmeras tarefas burocráticas não relacionadas à prática assistencial sendo necessário o preenchimento de papéis, cumprimento de rotinas, afastando o enfermeiro do paciente, pela necessidade de cumprir essas tarefas o que torna o tempo dedicado aos cuidados diretos ao paciente menor. Ressalta também que o prontuário convencional, devido aos inúmeros avanços na prática assistencial, pode ser ineficaz uma vez que os registros podem ser realizados de forma inconsistente e ilegível, o que dificulta a sistematização da informação gerada. Para Hannah (2009), é necessário que haja maior integração entre os registros dos profissionais de saúde e facilidade no acesso aos mesmos para que a equipe interdisciplinar possa planejar o cuidado individualizado a cada paciente assistido.

O prontuário eletrônico surge para facilitar não somente o acesso à evolução dos demais profissionais de saúde, mas também as evoluções prévias realizadas pelos enfermeiros da equipe possibilitando a edição de anotações antigas e ser capaz de escrever novas anotações mais rápido e com maior eficiência, diminuindo o tempo que despenderá com a parte burocrática da assistência (HIER, 2002).

O Centro de Estudos sobre as Tecnologias da Informação e da Comunicação realizou pelo Núcleo de Informação e Coordenação, criado para realizar o diagnóstico do uso da internet no Brasil, realizou pesquisa na região Sudeste e evidenciou que aproximadamente 87% dos enfermeiros (1940 enfermeiros entrevistados), utilizam o prontuário eletrônico com fins a obter dados cadastrais dos pacientes, datas de admissão, transferência e alta e diagnósticos ou problemas de saúde, entre outros. Destes, 67% utilizam o PEP diariamente, 10% uma vez por semana e 6% não utilizam mesmo com a disponibilidade dos dados (NIC, 2013).

O que ficou evidenciado na fala dos sujeitos foi a falta de habilidade com o sistema utilizado, mesmo já tendo passado por treinamento quando da inclusão do mesmo na Instituição. Tal fato é apoiado por dados da pesquisa acima citada quando refere que 65% dos enfermeiros utilizam os sistemas eletrônicos para imprimir relatórios com informações dos pacientes e 45% acreditam que esta é tarefa fácil de se fazer enquanto 48% consideram difícil ou sequer a utilizam ou a tem disponível.

Hannah (2009) acredita que o desenvolvimento das tecnologias utilizadas no âmbito hospitalar se dará juntamente com o aumento do nível educacional dos enfermeiros, já que os cursos de mestrado e doutorado aumentam em larga escala.

No prontuário do paciente é que estão contidas as informações escritas que refletem o atendimento e tratamento prestado durante a internação. A evolução, reações e preocupações do paciente devem ser registradas, utilizando-se termos que expliquem os fatos de maneira clara. A equipe de enfermagem deve prever o tempo para fazer os registros no prontuário de cada paciente, pois fazem parte das responsabilidades legais da enfermagem (SETZ, 2009).

Através dos dados coletados nas 51 evoluções dos pacientes percebemos que os registros realizados no PEP mostram-se mais completos quanto ao registro de procedimentos, mas, tanto nos prontuários convencionais quanto nos PEP, as evoluções

continham poucos dados, atendo-se somente ao estado geral do paciente atendido e não foi encontrado nenhum Diagnóstico de Enfermagem relatado em nenhuma das 51 analisadas (Quadro 1).

Tabela 1: Número de diagnóstico médico, exame físico, cuidados prestados e diagnóstico de enfermagem encontrados nos 25 prontuários analisados.

	PEP	PRONTUÁRIOS CONVENCIONAIS
Diagnóstico Médico	05	01
Exame Físico	7	0
Cuidados Prestados	22	03
Diagnóstico de Enfermagem	0	0

Tais dados corroboram com as falas dos enfermeiros entrevistados quando estes alegam que o tempo despendido nas atividades burocráticas bem como a falta de recursos humanos e a complexidade do *software* utilizado dificultam o registro de todas as ações implementadas durante o plantão, como exemplificado nas falas dos enfermeiros a seguir:

“...mas ‘existem’ vários passos para acesso (ao PEP), várias janelas (salvar, imprimir, confirmar...)...” (E1)

“penso ser muito difícil elaborar uma evolução realmente útil aos demais profissionais e a própria enfermagem se há apenas 1 enfermeiro para evoluir 29 pacientes e ainda realizar todas as tarefas que o profissional enfermeiro deve cumprir.” (E3)

“...se este prontuário eletrônico permitisse, de forma fácil e simples, ter acesso aos registros anteriores realizados, com certeza seria muito mais fácil...” (E6)

Evidenciamos no discurso dos enfermeiros características semelhantes à citada acima, quando os enfermeiros referem não utilizar o PEP, mas alegam conhecer que seu uso é importante para a qualidade da assistência. Percebemos durante a coleta

de dados que o *software* utilizado é fragmentado e de difícil manuseio no que se refere ao registro das atividades desenvolvidas pela Enfermagem.

Tal fato comprova os discursos dos sujeitos e ratifica a necessidade de desenvolvimento de programas voltados para a Enfermagem já que, ao manusearmos o *software* MV2000i, encontramos as mesmas dificuldades de acesso relatadas pelos enfermeiros entrevistados.

Santiago (2009) aponta em seu estudo a necessidade cada vez mais evidente do uso da informática em nossa realidade laboral bem como a importância da enfermagem se atualizar quanto ao uso dos Sistemas Eletrônicos de Informação, aqui mais especificamente o PEP.

Acreditamos que os enfermeiros precisam iniciar seu contato com a informática em saúde da graduação, fazendo-se necessária a inclusão de mais opções tecnológicas atreladas ao ensino. As instituições de saúde também devem investir em treinamentos para seus profissionais a fim de não somente facilitar o acesso ao Sistema Eletrônico mas também como meio de subsidiar a qualidade da assistência de enfermagem prestada já que o uso do PEP facilita o acesso a informações do paciente anteriormente coletadas, favorecendo o desenvolvimento de um plano assistencial mais qualificado.

Salientamos que o fato de não possuir número adequado de funcionários, conforme relato de um dos enfermeiros bem como dificuldade em acessar o PEP, não justifica a ausência de evolução de enfermagem, já que esta instituição possui os dois prontuários do paciente (PEP e convencional).

Cabe salientar que o registro de enfermagem incompleto ou não realizado pode inferir como crime penal conforme o artigo 299 do Código Penal Brasileiro: ““é crime omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia ser escrita...alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante””.

Faz-se necessária a conscientização dos enfermeiros acerca da necessidade dos registros de enfermagem, não somente para respaldo profissional, mas como garantia de que o cuidado por ele exercido terá continuidade e servirá para embasar

ações futuras de profissionais diversos, podendo interferir positiva ou negativamente no prognóstico deste paciente.

2ª CATEGORIA: QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE.

As informações geradas no atendimento ao paciente são requisitos essenciais para o aprimoramento da qualidade da assistência e gestão eficazes na atenção à saúde. O registro clínico no prontuário do paciente é o principal meio de comunicação entre os profissionais da equipe de saúde e ferramenta importante para avaliação da qualidade da assistência prestada (D'INNOCENZO, 2010).

O registro de enfermagem é fase importante da Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), pois, é a fase em que os enfermeiros selecionam os dados importantes e fundamentais que devem ser evoluídos a fim de garantir que não somente a equipe de enfermagem, mas, todos os profissionais possam ter acesso a informações e dados importantes para proporcionar uma assistência segura e de maior qualidade.

As evoluções realizadas devem abranger dois grupos de informação: o primeiro inclui dados sobre a saúde geral do paciente, capacidade funcional, desempenho físico, fisiológico e psicossocial. Devem ser registrados também as intervenções desempenhadas e os resultados obtidos com as mesmas. A segunda etapa dos registros deve incluir a parte gerencial do cuidado de enfermagem, tais como movimentação do paciente extra ou intra-instituição, utilização de equipamentos e outros insumos e comunicados importantes à equipe multidisciplinar (GONÇALVES, 2001).

Hannah et al (2009), enumeram alguns critérios essenciais ao registro de enfermagem no prontuário eletrônico tais como construção de uma história junto com o paciente, adicionando todas as intervenções pelas quais o mesmo passou e; fornecer informação baseada em evidência no ponto de cuidado, com fins a subsidiar a ação não somente dos enfermeiros que manterão a continuidade da assistência mas também cooperar com os demais membros da equipe multidisciplinar.

Conforme explicitado no Quadro 1 analisamos 51 evoluções de enfermagem realizadas na enfermaria utilizada como cenário. Dessas 51, 37 foram feitas no prontuário eletrônico do paciente. O que encontramos de mais alarmante foi a

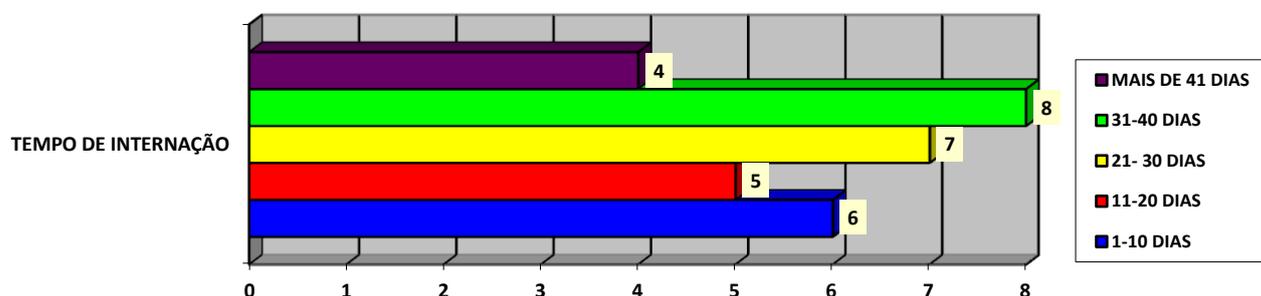
quantidade de pacientes que não tinham nenhuma evolução de enfermagem em seus prontuários, eletrônico ou convencional.

Cabe ressaltar que a falta de registro de enfermagem no prontuário do paciente, seja este convencional ou eletrônico implica em conseqüências legais ao profissional que o deixa de fazer, conforme a Resolução COFEN 311/2007 endossada pela Resolução COFEN 358/2009 que fala que o Processo de Enfermagem deve ser formalmente registrado.

Uma das falas dos sujeitos que nos chama atenção é a do E4 que alega não ser possível realizar a evolução de todos os pacientes internados devido ao quantitativo reduzido de enfermeiros e a quantidade de procedimento assistenciais e gerenciais a serem cumpridos por estes profissionais. Entendemos que estes fatores possam influenciar na rotina de trabalho, porém, não podem ser utilizados como justificativas à não realização dos registros dos cuidados implementados bem como características do paciente assistido.

Quando comparamos os dados coletados nos prontuários eletrônico e convencional do paciente percebemos que a média de evoluções de enfermagem no primeiro é consideravelmente maior já que as evoluções do enfermeiro neste setor somam trinta e sete no prontuário eletrônico e quatorze realizadas no prontuário convencional.

Evidenciamos, no entanto, que o quantitativo de 51 evoluções de enfermagem encontradas nos PEP e prontuário convencional é pequena comparada com a média de dias de internação dos pacientes que tiveram seus prontuários analisados: metade dos pacientes tem tempo de internação maior ou igual a 31 dias conforme explicitado no quadro abaixo:

Quadro 3: Distribuição dos pacientes por tempo de internação.

Encontramos prontuários em que não havia evolução de enfermagem em nenhum dia de internação, mas nestes mesmos prontuários encontramos evoluções dos demais profissionais de saúde do dia em que os pacientes internaram até o dia da coleta de dados. Elaboramos a tabela 2 para melhor explicitar os prontuários analisados e a quantidade de evoluções de enfermagem encontradas nos PEP e prontuário convencional.

Tabela 2: Dias de internação e número de evoluções de enfermagem encontradas.

PACIENTE	DIAS DE INTERNAÇÃO	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO ENFERMARIA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO CONVENCIONAL ENFERMARIA
01	12 DIAS	0	0
02	12 DIAS	0	0
03	18 DIAS	2	1
04	33 DIAS	0	0
05	26 DIAS	3	0

06	32 DIAS	2	0
07	24 DIAS	0	0
08	23 DIAS	0	0
09	26 DIAS	2	1
10	34 DIAS	2	0
11	40 DIAS	8	1
12	17 DIAS	0	0
13	03 DIAS	0	0
14	2 DIAS	0	0
15	19 DIAS	1	0
16	10 DIAS	1	0
17	27 DIAS	6	1
18	8 DIAS	0	0
19	41 DIAS	5	2
20	2 DIAS	0	0
21	18 DIAS	0	1
22	3 DIAS	0	0
23	62 DIAS	4	3
24	26 DIAS	0	2
25	15 DIAS	0	1

Dados do Centro de Estudos sobre as Tecnologias da Informação e da Comunicação – Comitê Gestor de Internet no Brasil (realiza diagnóstico do uso da internet em estabelecimentos diversos tais como unidades de saúde de todos os níveis de atenção) apontam que no período de fevereiro a junho de 2013, em 1530 estabelecimentos de saúde analisados que declararam ter utilizado a internet no último ano, na região sudeste, 50% dos estabelecimentos utilizam o PEP e o prontuário convencional, em folha de papel, assim como o cenário de nossa pesquisa (CETIC, 2013).

A mesma pesquisa acima mencionada relata quais os dados do paciente que mais são encontrados nos sistemas eletrônicos utilizados por instituições de saúde, públicas e particulares, da região Sudeste: dados cadastrais do paciente (88%), resultado de exames laboratoriais (69%), admissão/transferência/alta (59%), diagnóstico/problemas/condições de saúde do paciente (56%), Principais motivos que levaram paciente ao atendimento (50%), Histórico/anotações clínicas (46%), Medicamento prescritos (44%), Alergias (42%), Laudo de exame radiológico (39%), Anotações de enfermagem (31%), Sinais Vitais (26%), Imagens de exames (30%), Vacina tomadas (22%) (CETIC, 2013).

Como podemos perceber, o reduzido percentual de anotações de enfermagem encontrado pela pesquisa realizada pelo CETIC (2013) refletem a realidade do cenário por nós escolhido, pois, encontramos apenas 51 evoluções de enfermagem em 25 prontuários analisados.

Nesta mesma pesquisa, evidenciamos que quando se trata de recepção ou envio dos planos de cuidados realizados pela enfermagem bem como informações clínicas dos profissionais de saúde que já atenderam o paciente, o percentual cai bruscamente para 15% e 18% respectivamente em se tratando de estabelecimentos de saúde da região sudeste (CETIC, 2013).

Tal fato pode ser evidenciado na fala do enfermeiro 3 quando este afirma que o prontuário eletrônico facilitaria o aprimoramento da qualidade da assistência de

enfermagem, mas relata achar difícil fazer uma evolução útil aos membros da equipe de saúde pois os recursos humanos do local estão abaixo do previsto pela legislação vigente.

Quando analisamos os discursos dos enfermeiros entrevistados, percebemos que estes ratificam a taxa acima citada. Esta situação pode ser confirmada pela fala do Enfermeiro 07 quando diz que crê que o prontuário eletrônico não favorece a qualidade da Assistência, pois “é difícil de visualização”. Já a análise quantitativa das evoluções realizadas pelos enfermeiros deste setor está muito abaixo do mínimo exigido institucionalmente (1 evolução a cada turno, 2 evoluções por dia) o que nos remete à fala do Enfermeiro 01 a respeito da relação entre prontuário eletrônico e qualidade da assistência prestada, que diz:

“Penso que uma evolução bem feita não sofre influência se é eletrônica ou convencional (...) O fato de manusear o prontuário torna mais fácil o acompanhamento de evoluções de outros profissionais, resultado de exames.” (E1)

Contrapondo a fala do sujeito 01, Sousa (2012) afirma que os sistemas de informação no cotidiano da enfermagem auxiliam na organização e administração do volume cada vez maior de informações, fornecem em tempo real, todo e qualquer dado que o enfermeiro necessita para o desenvolvimento de suas ações e permite que os enfermeiros registrem eletronicamente os documentos técnicos e científicos necessários para se respaldarem ética e legalmente perante os pacientes e a sociedade.

De fato, segundo pesquisa do Núcleo de Informação e coordenação, 34 de 2696 enfermeiros entrevistados realizaram algum tipo de treinamento relacionado ao uso de tecnologias de informação e comunicação aplicadas à saúde no ano de 2013.

Para Dal Sasso et al (2013), o sistema informatizado pode ser considerado um espaço permanente de informações e conhecimento, pois permite aos enfermeiros estabelecer o diálogo entre os pares e a equipe multidisciplinar, aprimorar o raciocínio e o julgamento clínico e, ainda, promover tomadas de decisões clínicas seguras que refletem na melhoria da segurança da prática de Enfermagem.

Os resultados da implementação do prontuário eletrônico parecem ser promissores para a melhoria da qualidade do tratamento de saúde, redução de custos e avanço do conhecimento, segundo Rodrigues Filho et al (2001). Nos últimos anos começou a surgir nova geração de sistemas de informações hospitalares, priorizando a

integração de informações clínicas e administrativas como a chave do seu sucesso. O avanço da tecnologia da informação no setor saúde em geral, e hospitalar em particular, exige uma educação paralela dos profissionais de saúde e um estudo destinado a melhorar as práticas de registro, indispensáveis à melhoria da qualidade do tratamento médico.

Os relatos encontrados nos mostram que, apesar de toda problemática acima explicitada, os enfermeiros, em sua maioria crêem que o uso de sistemas eletrônicos de informação, neste caso o PEP, contribui para a qualidade da assistência de enfermagem, conforme falas a seguir:

“O Prontuário Eletrônico é de extrema valia para a qualidade da assistência, pois nos permite maior facilidade de acesso a informações que podem ser vitais para o planejamento de nossa assistência...” (E8)

“...A partir do momento que facilita o acesso as informações de tudo que já foi realizado no paciente, facilita a sistematização da assistência, o planejamento do cuidado a ser ofertado.” (E4)

As falas dos sujeitos vêm ratificar a qualidade dos registros encontrados no PEP quando comparados aos registros encontrados no prontuário convencional. Quando falamos em qualidade do registro, nos remetemos ao Conjunto de Dados Mínimos em Enfermagem, proposto por Werlwey e Lang.

Conforme consta em nossa metodologia, analisamos os registros conforme os parâmetros: Itens Demográficos (elementos de identificação do paciente), Itens do Cuidado de Enfermagem (Anamnese e Exame Físico, Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções de Enfermagem e Resultados de Enfermagem Obtidos/Esperados) e Itens do Serviço (Unidade ou Serviço, Elementos de Registro Único do Paciente/Cliente, Elementos do Profissional Enfermeiro, Elementos de Data Admissão/Alta do Paciente/Cliente).

A tabela 1 traz dados importantes no que concerne ao conteúdo dos registros nos PEP e prontuário convencional do paciente. Através dela evidenciamos que os cuidados prestados foram documentados em 22 das 37 evoluções de enfermagem realizadas no

PEP e apenas em 03 das 14 evoluções de enfermagem realizadas no prontuário convencional.

Ainda sobre a qualidade do registro, percebemos que nenhuma evolução de enfermagem, em nenhum prontuário (PEP ou convencional) continha diagnóstico de enfermagem, elemento fundamental do Processo de Enfermagem, instituído pela Resolução 358/2009 do COFEn e que deveria ser realizado em toda e qualquer instituição de saúde pública ou particular.

Concluimos, então, que além da necessidade de realizar a evolução de enfermagem, seja no PEP ou no prontuário convencional, é necessário que a evolução realizada siga critérios mínimos de qualidade do registro para que assim possamos nortear nossa prática profissional e estabelecer critérios fixos para avaliação do registro de enfermagem. Tais critérios ainda não estão completamente difundidos no Brasil e constitui-se em desafio para a prática profissional da enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Sistemas Eletrônicos de Informação tem se tornado substanciais à prática da assistência em saúde. Quando direcionamos nosso olhar para a prática da enfermagem, vemos como positiva a inserção de novas tecnologias subsidiando tanto o processo de tomada de decisões como facilitando o acesso a informações tais que possam embasar a prestação do cuidado qualificado.

O uso do Prontuário Eletrônico do Paciente, especificamente, permite à enfermagem ter acesso rápido a informações, que são o cerne de sua prática e, sem as quais sua assistência, caracterizada pela continuidade, pode tornar-se falha. Neste sentido, procuramos nos ater ao nosso objeto de estudo **a qualidade dos registros de enfermagem realizados por enfermeiros nos Prontuários Eletrônicos do Paciente de uma enfermaria de clientes com agravos cardíacos.**

Acreditamos que os objetivos por nós propostos: **1-Analisar** o uso do Prontuário Eletrônico do Paciente como subsidio para a melhoria da qualidade do registro de enfermagem; **2-Identificar** se os enfermeiros utilizam o Prontuário Eletrônico do Paciente como subsidio para a melhoria da qualidade do registro de enfermagem; **3-Apresentar** como o Prontuário Eletrônico do Paciente é utilizado pelos enfermeiros, como subsidio a melhoria da qualidade do registro de enfermagem; **4-Descrever** a (s) implicação (ões) para a enfermagem, decorrente (s) do uso do Prontuário Eletrônico do Paciente, como subsidio a melhoria da qualidade do registro de enfermagem; foram plena e satisfatoriamente alcançados.

Nossas questões norteadoras se mostraram aplicáveis ao nosso objeto e nossos objetivos: **1-O** Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) tem sido utilizado pelos enfermeiros como subsidio à melhoria da qualidade do registro de enfermagem?; **2-Como** ocorre a utilização do PEP pelos enfermeiros, como subsidio para a melhoria da qualidade do registro de enfermagem? **3-Qual** (is) a (s) eventual (is) implicação (ões) para a enfermagem, decorrente (s) do uso do PEP, como subsidio para a melhoria da qualidade do registro de enfermagem ?

Acreditamos que os dados coletados nos prontuário convencionais e nos PEPs, juntamente com os discursos dos sujeitos, foram de suma importância refletindo a realidade daquele cenário, nos possibilitando visualizar realidades distantes e próximas às literatura por nós revisitadas.

Percebemos em nossa prática profissional que a implementação dos Sistemas Eletrônicos de Informação nas unidades de saúde é uma realidade e acreditamos, em consonância com os autores revisitados em nosso trabalho, que futuramente todos os âmbitos da saúde serão informatizados.

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) possibilita, conforme explicitado em nossas categorias de análise, a facilidade de acesso a informações essenciais à assistência de enfermagem e ao plano de cuidados, bem como à Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Diante dos dados e discursos coletados, traçamos alguns pontos para reflexão e atuação com vistas a otimizar a adesão ao uso do Prontuário Eletrônico do Paciente, não somente por ser norma institucional mas por ser o meio de acesso rápido e preciso aos dados mais importantes da assistência ao paciente.

Destacamos que o *software* utilizado na instituição cenário de nosso estudo necessita de adaptações relacionadas ao acesso da enfermagem ao mesmo, já que o sistema compartimentado mostrou ser uma das principais razões pelas quais os enfermeiros não o utilizam.

A necessidade do profissional enfermeiro de sentir-se incluído e essencial à rotina do paciente também necessita de atenção, pois alguns discursos por nós coletados explicitam que vêem a evolução de enfermagem como algo ‘descartável’ no prontuário do paciente.

Ratificamos que as dificuldades de acesso ao PEP, recursos humanos escassos e problemas gerenciais não podem ser utilizados como justificativa para a não execução das evoluções de enfermagem no prontuário do paciente. Observamos um número extenso de pacientes sem evolução de enfermagem, mas com evoluções de profissionais da saúde o que nos leva a crer que o paciente esteve ali internado, mas, pelas razões explicitadas em nossas discussões, as evoluções de enfermagem não são realizadas.

Entendemos que a qualidade do registro de enfermagem também merece atenção especial já que, através da análise documental dos prontuários encontramos registros, porém os mesmos não mencionam avaliação alguma realizada pelo enfermeiro, algumas somente explicitam o cuidado realizado e poucas constam o exame físico do paciente.

Acreditamos que a educação permanente dos profissionais de enfermagem seja de suma importância, tanto no que tange ao uso do Prontuário Eletrônico do Paciente quanto as implicações éticas e legais relacionadas ao registro incompleto ou não registro das ações de enfermagem no prontuário do paciente.

Concluimos que a qualidade da assistência de enfermagem depende de diversos fatores como evidenciado em nosso estudo. Os sistemas eletrônicos de informação em enfermagem proporcionam ao enfermeiro meios que subsidiem a prestação de uma assistência livre de danos, por permitir não somente a visualização de registros anteriores realizados pela equipe de enfermagem ou demais profissionais de saúde, mas por permitir que o enfermeiro tenha acesso a literaturas atuais, softwares modernos que forneçam dados para a construção segura e individualizada de um plano de cuidados.

Não acreditamos que somente a informatização dos serviços de saúde será fator exclusivo para fornecer uma assistência segura e de qualidade, entendemos que se não houver recursos humanos suficiente, treinamento das equipes para uso dos sistemas, educação permanente em saúde, unidades com estrutura física e de materiais adequada, a informatização será apenas utilizada como paliativo e pouco contribuirá para a mudança do quadro atual.

Diante do exposto acima, acreditamos que este estudo será de grande valia não somente para enfermeiros mas também para os demais membros da equipe interdisciplinar que encontrarão subsídios para uma prática segura, bem como instrumento valioso aos gestores dos serviços de saúde por permitir visualizar os prós e contras da informatização da saúde e suas benfeitorias ao sistema de saúde, possibilitando a oferta de uma assistência qualificada e segura, aumentando a satisfação do cliente e diminuindo os eventos adversos que por tanto tempo o acometeram.

V. REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO CONGREGAÇÃO DE SANTA CATARINA.

<http://www.acsc.org.br/congrega/congregar21/pagina257.html> Acesso em 23/12/2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luiz Antero Reto Augusto Pinheiro, Lisboa: Setenta, 5.ed, 2010.

BONATO, V.L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2011;35(5):319-331.

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=3304552280132 Acesso em 10/01/2014.

_____ Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012.

_____ Ministério Da Saúde. Portaria 969 de 31 de Agosto de 2006.

CARRIJO, A.R.; OGUISSO, T. Trajetória das Anotações de Enfermagem: um levantamento em periódicos nacionais (1957-2005). **Rev Bras Enferm.** 2006;56(Spe):454-8.

CAVALCANTE, R.B.; FERREIRA, M.N.; SILVA, L.T.C.; SILVA, P.C. Experiências de informatização em enfermagem no Brasil: um estudo Bibliográfico. **J. Health Inform.** 2011 Julho-Setembro; 3(3):130-4

CHINAIA, C.; CUNHA, I.C.K.O. Processo de enfermagem: características da prescrição e evolução de enfermagem. **Rev Enferm UNISA** 2000; 1: 19-23.

CHRIZOSTIMO, M.M.; DINIZ, M.I.G.; ROSAS, A.M.M.T.F.; SANTOS, M.S.S. dos; VIANA, L.O. Informatização da sistematização da assistência de enfermagem. www.progredir.com.br. Acesso em 04/12/2013.

Compromisso com qualidade hospitalar (CQH). Manual Manual de indicadores de enfermagem NAGEH. 2.ed. São Paulo : APM/CREMESP, 2012

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358/ 2009 de 16 de Julho de 2009. Dispões sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e, dá outras providências. http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html Acesso em 19/01/2014.

_____ Resolução nº 429/2012 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. http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4292012_9263.html Acesso em 15/02/2014.

_____ Resolução nº311/2007. Dispõe sobre o Código de ética dos profissionais de enfermagem.

DAL SASSO, G.T.M. et al . Processo de enfermagem informatizado: metodologia para associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 47, n. 1, fev. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100031&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 20 jan. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100031>.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm** 2006 jan-fev; 59(1): 84-8.)

D'INNOCENZO, M. (coordenadora). **Indicadores, Auditorias e Certificações: Ferramentas de Qualidade para Gestão em Saúde**. São Paulo: Editora Martinari, 2.ed., pg.162-164, 2010.

ÉVORA, Y.D.M. **Enfermagem e informática: tendências atuais e perspectivas futuras**. Ribeirão Preto. 1995.

_____ A enfermagem na era da informática. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 01, p. 14 - 14, 2007.

FIGUEIREDO, N. As novas tecnologias: previsões e realidade. **Ciência da Informação** - Vol 24, número 1, 1995 - Artigos

FIGUEIREDO, N.M.A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. Rio de Janeiro: Editora Yendis, 3ª edição, p97, 2009.

FONSECA, A.S; YAMANAKA, N.M.A; BARISON, T; LUZ, S.F. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. **Mundo Saúde**. 2005;29(2):161-8

FRANCO JN, et al. Percepção dos enfermeiros sobre os resultados dos indicadores de qualidade na melhoria da prática assistencial **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 set-out; 63(5): 806-10.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O. O uso da informática na rede básica e hospitalar da cidade de Ribeirão Preto (S.P.). **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, nº especial, p. 51-60, abril 1996.

HANNAH, K.J.; BALL, M.J.; EDWARDS, M.J.A. **Introdução à informática em Enfermagem**. 3ªed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009.

HIER, D.B. Physician buy-in for an EMR. **Healthcare Informatics** 2002 19(10):37-40.

KURCGANT, P.; TRONCHIN, D.M.R; et al. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2.ed., p 65-69, 2011.

LOJKINE, J. **A revolução informacional**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

LUZ, A.; MARTINS, A. P.; DYNEWICZ, A. M. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria, *Rev. Eletr. Enferm.*, v. 9. n. 2. p. 44-61, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a05.htm>>. Acesso em 14 Abril 2014.

MARIN, H. F. *Informática em Enfermagem*. São Paulo: E.P.U., 1995.

MARIN, H. F.; MARQUES, E. Nursing informatics: learning from the past to build a new future. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 58, n. 2, Apr. 2005 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000200002&lng=en&nrm=iso>.

MARIN, H.F.; CUNHA, I.C.K.O. Perspectivas atuais da Informática em Enfermagem. **Rev. bras. enferm.** vol.59, n.3, pp. 354-357.2006

MARTIN, F. Documentation. **Nursing.** 1994; 24(6):63-4.

MASSAD, E.; MARIN, H.F.; AZEVEDO NETO, R.S. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico.**São Paulo: 2003.

MATSUDA, L.M.; SILVA, D.M.P.; ÉVORA, Y.D.M.; COIMBRA, J.A.H. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2006;8(3):415-21. Available from:http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm

MEIRELES, V.C.; MATSUDA, L.M.; COIMBRA, J.A.H.; MATHIAS, T.A.deF. Características dos Idosos em Área de Abrangência do Programa Saúde da Família na Região Noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde e Sociedade** v.16, n.1, p.69-80, jan-abr 2007

MERHY, E.E.; CECILIO, L.C.O. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas, Mimeo (no prelo da revista **Saúde em Debate**), 2003.

NETTINA, S.R. et al. **Prática de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 8ed.p. 146-152, 2007.

NOVELLO, et al. Qualidade e Segurança Assistencial Aplicada à Cardiologia. **Rev Bras Cardiol.** 2011;24(3):169-179 maio/junho

OLIVEIRA, G.P. Novas Tecnologias da Informação e da Comunicação e a construção do conhecimento em cursos universitários: Reflexões sobre acesso, conexões e virtualidade. **Revista Iberoamericana de Educación** (ISSN: 1681-5653)

PADILHA, E.F.; MATSUDA, L.M. Qualidade dos cuidados de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria operacional **Rev Bras Enferm**, Brasília 2011 jul-ago; 64(4): 684-91.)

PAPESCHI, M. S. S.; TOLEDO NETO, J. L.; KATAKURA, E. A. L. B. et al., A importância das anotações de enfermagem na auditoria hospitalar. *Rev. Odontologia (ATO)*, Bauru, SP., v. 14, n. 5, p. 308-324, mai., 2014.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E.R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Rev. Saúde Pública* 29 (4), 318-25, 1995. <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v29n4/10>. Acesso em 23/04/2011.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. São Paulo: Elsevier, 6.ed. p.342-360, 2006.

QUEIRÓZ, M. I. de P. O pesquisador, o problema da pesquisa, a escolha de técnicas: algumas reflexões. In: Lang, A.B.S.G., org. Reflexões sobre a pesquisa sociológica. São Paulo, **Centro de Estudos Rurais e Urbanos**, 1992. p.13-29. (Coleção Textos; 2ª série, 3).

ROCHA, E.R. “**Qualidade da Informação do Sistema Integrado de gestão hospitalar MV2000i da empresa MV Sistemas**”. [monografia]. Porto Alegre: UFRGS, 2008.

RODRIGUES FILHO, J.; XAVIER, J.C.B.; ADRIANO, A.L. A tecnologia da informação na área hospitalar: um caso de implementação de um sistema de registro de pacientes. *Rev. adm. contemp.*, Curitiba , v. 5, n. 1, abr. 2001 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552001000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 jan. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-65552001000100007>

ROSSI, F.R.; LIMA, M.A.D.daS. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39(4):460-8.

SABBATINI, R.M.E. História da Informática em Saúde no Brasil. *Informática Médica* 1998; 1(5) set-out.

SANTOS, S.R. dos. Informática em enfermagem: desenvolvimento de software livre com aplicação assistencial e gerencial. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(2):295-301.

SANTOS, S.R.; PAULA, A.F.A.; LIMA, J.P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. **Revista Latino-ame Enfermagem**. 2003; 11(1): 80-7.

SANTIAGO, L. “**A INFORMATIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM: a busca de informações acerca do uso do computador no cotidiano da prática profissional hospitalar**”. [tese pós-doutorado]. São Paulo: EEUSP, 2009.

SARACEVIC, T. Ciência da Informação: origem, evolução e relações. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 1, n.1, p. 41-62, jan./jun. 1996.

SCHULZ, R.S.; SILVA, M.F. Análise da evolução dos registros de enfermagem numa unidade cirúrgica após implantação do método SOAP. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. 2011: 10(Supl-1): 91-99.

SETZ, V.G.; D’INNOZENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul Enferm**. 2009;22(3):313-7

SIGULEM, D. **Um Novo Paradigma de Aprendizado na Prática Médica da UNIFESP/EPM**. Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para concurso de Livre- Docência do Centro de Informática em Saúde – CIS-EPM (atual Departamento de Informática em Saúde - DIS), 1997.

SILVEIRA, D.T., MARIN, H.F. Conjunto de Dados Mínimos em Enfermagem: identificação de categorias e itens para a prática de enfermagem em saúde ocupacional ambulatorial. **Rev Bras Enferm** 2006 mar-abr; 59(2): 142-7. Acesso em 12/02/2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE. www.sbis.org.br Acesso em 18 de junho de 2011.

SOUZA, A.C.C. et al. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. *Rev. bras. enferm.* vol.59 no.6 Brasília Nov./Dec. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600016 Acesso em 12/02/2014.

SOUZA, V. Hospitais relatam experiências com sistema de gestão integrado. <http://saudeweb.com.br/40037/hospitais-relatam-experiencias-com-sistema-de-gestao-integrado> Acesso em 23/12/2013.

VASCONCELOS, M.M.; GRIBEL, E.B.; MORAIS, I.H.S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(Supl 1):S173-82.

ZIMMERMANN, M.H.; PEREIRA, J.L.C.; MATIA, G.; et al. Anotação de enfermagem: repercussão da prática profissional e educação continuada. 5º Congresso Internacional de Educação, Pesquisa e Gestão, Paraná: 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE 01

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO –
(PPGENF)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Enfermeiro

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado: “SISTEMAS ELETRÔNICOS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: BASE DE DADOS COMPLEMENTARES AO APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA – UM ESTUDO DE CASO.”.

Esta pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Tem como investigador principal a Enfermeira Priscila Sanchez Bosco, sob orientação do Prof. Pós Doutor Luiz Carlos Santiago e co-orientação do Enfermeiro Mestre Renato Barreiro. Antes de concordar em participar deste estudo, é importante que você leia e entenda as informações a seguir. Leve o tempo que precisar e faça quantas perguntas quiser. Será explicada qualquer palavra ou informação que você não compreenda claramente.

- Objetivo do estudo: Analisar o uso de Sistemas Eletrônicos de Informação pelos enfermeiros, com vistas a subsidiar o aprimoramento da qualidade da assistência de enfermagem.
- Participação no estudo: Se dará através da permissão para observação de procedimentos invasivos bem como curativos realizados pelo enfermeiro, bem como para a anotações de informações contidas no prontuário do paciente para que possamos, após coletados os dados, compará-los com os indicadores de qualidade da assistência de enfermagem.
- Custos, não remuneração e compensação: Sua participação neste estudo não terá nenhum custo adicional para você, tão pouco, riscos a sua integridade física e algum tipo de remuneração.
- As informações do estudo serão confidenciais: Serão tomadas todas as medidas cabíveis, de acordo com as leis e/ou regulamentos aplicáveis para proteger a

confidencialidade de suas informações que possam identificá-lo não serão disponibilizadas ao público. O investigador principal assegura o sigilo dos seus dados de acordo com as normas brasileiras.

A forma de garantir este sigilo será identificá-lo através de um código numérico.

Quais são os possíveis benefícios de minha participação: Não há benefício direto, entretanto sua participação contribuirá para o desenvolvimento das pesquisas que envolvam os profissionais de enfermagem.

Sua participação neste estudo é estritamente voluntária: Sua participação neste estudo é totalmente voluntária; você não é obrigado a participar e nem sofrerá qualquer tipo de penalidade quanto a isso. Você pode mudar de idéia e recusar-se participar a qualquer momento, antes ou após início da coleta dos dados.

Caso o estudo seja interrompido em algum momento, não haverá prejuízo a você e será informado sobre o descarte de seus dados.

Li ou me foram lidas todas as informações contidas neste termo e minhas dúvidas foram resolvidas. Fui informado de que não terei nenhum tipo de despesa ou gratificação por participar deste estudo. Fui informado (a) ainda que não serei exposto (a) a riscos e que poderei sair do estudo a qualquer momento sem prejuízos a minha pessoa.

Recebi uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Estou ciente que a minha assinatura neste consentimento, como participante, não significa que estou renunciando aos meus direitos legais, de acordo com as leis vigentes no Brasil.

Pelo exposto concordo voluntariamente em participar deste estudo, que será conduzido pela enfermeira Priscila Sanchez Bosco (Contato telefônico: 98488485, E-mail: priscilabosco@yahoo.com.br).

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

____/____/_____
Data

Assinatura do pesquisador

____/____/_____
Data

APÊNDICE 02

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO –
(PPGENF)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Paciente / Familiar

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado: “SISTEMAS ELETRÔNICOS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: BASE DE DADOS COMPLEMENTARES AO APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA – UM ESTUDO DE CASO.”.

Esta pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Tem como investigador principal a Enfermeira Priscila Sanchez Bosco, sob orientação do Prof. Pós Doutor Luiz Carlos Santiago e co-orientação do Enfermeiro Mestre Renato Barreiro.

Antes de concordar em participar deste estudo, é importante que você leia e entenda as informações a seguir. Leve o tempo que precisar e faça quantas perguntas quiser. Será explicada qualquer palavra ou informação que você não compreenda claramente.

- Objetivo do estudo: Analisar o uso de Sistemas Eletrônicos de Informação pelos enfermeiros, com vistas a subsidiar o aprimoramento da qualidade da assistência de enfermagem.
- Participação no estudo: Se dará através da permissão para observação de procedimentos invasivos bem como curativos realizados pelo enfermeiro, bem como para a anotações de informações contidas no prontuário do paciente.
- Custos, não remuneração e compensação: Sua participação neste estudo não terá nenhum custo adicional para você, tão pouco, riscos a sua integridade física e algum tipo de remuneração.
- As informações do estudo serão confidenciais: Serão tomadas todas as medidas cabíveis, de acordo com as leis e/ou regulamentos aplicáveis para proteger a confidencialidade de suas informações que possam identificá-lo não serão disponibilizadas ao público. O investigador principal assegura o sigilo dos seus dados de acordo com as normas brasileiras.

A forma de garantir este sigilo será identificá-lo através de um código numérico.

Quais são os possíveis benefícios de minha participação: Não há benefício direto, entretanto sua participação contribuirá para o desenvolvimento das pesquisas que envolvam os profissionais de enfermagem.

Sua participação neste estudo é estritamente voluntária: Sua participação neste estudo é totalmente voluntária; você não é obrigado a participar e nem sofrerá qualquer tipo de penalidade quanto a isso. Você pode mudar de idéia e recusar-se participar a qualquer momento, antes ou após início da coleta dos dados.

Caso o estudo seja interrompido em algum momento, não haverá prejuízo a você e será informado sobre o descarte de seus dados.

Li ou me foram lidas todas as informações contidas neste termo e minhas dúvidas foram resolvidas. Fui informado de que não terei nenhum tipo de despesa ou gratificação por participar deste estudo. Fui informado (a) ainda que não serei exposto (a) a riscos e que poderei sair do estudo a qualquer momento sem prejuízos a minha pessoa.

Recebi uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Estou ciente que a minha assinatura neste consentimento, como participante, não significa que estou renunciando aos meus direitos legais, de acordo com as leis vigentes no Brasil.

Pelo exposto concordo voluntariamente em participar deste estudo, que será conduzido pela enfermeira Priscila Sanchez Bosco (Contato telefônico: 98488485; E-mail: priscilabosco@yahoo.com.br).

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

____/____/____

Data

Assinatura do pesquisador

____/____/____

Data

APÊNDICE 03**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM****Nº DO PRONTUÁRIO?****SETOR?****IDADE?****SEXO?****DIAGNÓSTICO MÉDICO?**

- **DATA? HORA ?**
- **DATA DA ADMISSÃO?**
- **DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR?**
- **LETRA LEGÍVEL?**
- **RASURAS? _____ QUANTAS? _____**
- **ABREVIATURA NÃO PADRONIZADA? _____ QUANTAS? _____**
- **EXAME FÍSICO? () S () N**
- **CUIDADOS PRESTADOS? () S () N**
- **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM? () S () N**
- **IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO?**

APÊNDICE 04**ENTREVISTA**

1. QUAL PRONTUÁRIO VOCÊ UTILIZA PARA REALIZAR A EVOLUÇÃO DO PACIENTE?

PRONTUÁRIO CONVENCIONAL

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

2. POR QUE?

3. COMO VOCÊ VÊ O USO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE?

4. PARA VOCÊ, O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE INFLUENCIA NO APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM?

APÊNDICE 05**DIÁRIO DE CAMPO – COLETA DE DADOS**

***SUJEITOS SEM EVOLUÇÃO NA ENFERMARIA: 01, 02, 04, 07, 08, 12, 13, 14, 18, 20 E 22**

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
SUJEITO 03

Nº DO PRONTUÁRIO? S, N, S

SETOR? N, N, N

IDADE? N, N, N

SEXO? N, N, N

DIAGNÓSTICO MÉDICO? N, N, N

- DATA? S, S, S HORA ? S, S, N
- DATA DA ADMISSÃO? N, N, N
- DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR? N, N, N
- LETRA LEGÍVEL? S, S, S
- RASURAS? N, N, N QUANTAS? 0
- ABREVIATURA NÃO PADRONIZADA? N, N, N QUANTAS? 0
- EXAME FÍSICO? N, N, N
- CUIDADOS PRESTADOS? S, N, N
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM? N, N, N
- IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO? S, S, S

SUJEITO 05

Nº DO PRONTUÁRIO? S, S, S

SETOR? N, N, N

IDADE?N, N, N

SEXO?N, N, N

DIAGNÓSTICO MÉDICO? N, N, N

- DATA? S, S, S HORA ? S, S, S
- DATA DA ADMISSÃO? N, N, N
- DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR? N, N, N
- LETRA LEGÍVEL? S, S, S
- RASURAS? N, N, N QUANTAS? 0
- ABREVIATURA NÃO PADRONIZADA? N, N, N QUANTAS? 0
- EXAME FÍSICO? N, N, N
- CUIDADOS PRESTADOS? S, S, N
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM? N, N, N
- IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO? S, S, S

SUJEITO 06

Nº DO PRONTUÁRIO? S, S

SETOR? N, N

IDADE?N, N

SEXO?N, N

DIAGNÓSTICO MÉDICO? N, N

- DATA? S, S HORA ? S, S
- DATA DA ADMISSÃO? N, N
- DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR? N, N
- LETRA LEGÍVEL? S, S
- RASURAS? N, N QUANTAS? 0
- ABREVIATURA NÃO PADRONIZADA? N, N QUANTAS? 0
- EXAME FÍSICO? N, S
- CUIDADOS PRESTADOS? S, N
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM? N, N
- IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO? S, S

SUJEITO 09

Nº DO PRONTUÁRIO? S, S, S

SETOR? N, N, N

IDADE?N, N, N

SEXO?N, N, N

DIAGNÓSTICO MÉDICO? N, N, N

- DATA? S, S, S HORA ? S, S, S
- DATA DA ADMISSÃO? N, N, N
- DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR? N, N, N
- LETRA LEGÍVEL? S, S, S
- RASURAS? N, N, N QUANTAS? 0

- ABREVIATURA NÃO PADRONIZADA? N, N, N QUANTAS? 0
- EXAME FÍSICO? N, N, N
- CUIDADOS PRESTADOS? S, S, N
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM? N, N, N
- IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO? S, S, S

SUJEITO 10

Nº DO PRONTUÁRIO? S, S

SETOR? N, N

IDADE? N, N

SEXO? N, N

DIAGNÓSTICO MÉDICO? N, N

- DATA? S, S HORA ? S, S
- DATA DA ADMISSÃO? N, N
- DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR? N, N
- LETRA LEGÍVEL? S, S
- RASURAS? N, N QUANTAS? 0
- ABREVIATURA NÃO PADRONIZADA? N, N QUANTAS? 0
- EXAME FÍSICO? N, S
- CUIDADOS PRESTADOS? S, N
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM? N, N
- IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO? S, S

SUJEITO 11

Nº DO PRONTUÁRIO? S, N

SETOR? N, N, N, N, N, N, S, S, N

IDADE? N, N, N, N, N, S, N, N, N

SEXO? N, N, N, N, N, N, N, N, N

DIAGNÓSTICO MÉDICO? N, N, N, S, S, N, N, N, S

- DATA? S, S, S, S, S, S, S, S, S, S HORA ? S, S, S, S, S, S, S, S, S, N
- DATA DA ADMISSÃO? N, N, N, N, N, N, N, N, N, N
- DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR? N, N, N, S, S, S, S, N, N
- LETRA LEGÍVEL? S, S, S, S, S, S, S, S, S
- RASURAS? N, N, N, N, N, N, N, N, N QUANTAS? 0
- ABREVIATURA NÃO PADRONIZADA? N, N, N, N, N, N, N, N, N, N
QUANTAS? 0
- EXAME FÍSICO? N, N, N, S, N, N, N, S, S
- CUIDADOS PRESTADOS? S, S, N, N, N, S, S, N, N
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM? N, N, N, N, N, N, N, N, N, N
- IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO? S, S, S, S, S, S, S, S, S

SUJEITO 15

Nº DO PRONTUÁRIO? S

SETOR? N

IDADE? N

SEXO? N

DIAGNÓSTICO MÉDICO? S

- DATA? S HORA ? S
- DATA DA ADMISSÃO? N
- DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR? S
- LETRA LEGÍVEL? S
- RASURAS? N QUANTAS? 0
- ABREVIATURA NÃO PADRONIZADA? N QUANTAS? 0
- EXAME FÍSICO? N
- CUIDADOS PRESTADOS? S
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM? N
- IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO? S

SUJEITO 16

Nº DO PRONTUÁRIO? S

SETOR? N

IDADE?N

SEXO?N

DIAGNÓSTICO MÉDICO? S

- DATA? S HORA ? S
- DATA DA ADMISSÃO? N
- DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR? S
- LETRA LEGÍVEL? S
- RASURAS? S QUANTAS? 1
- ABREVIATURA NÃO PADRONIZADA? N QUANTAS? 0

- EXAME FÍSICO? N
- CUIDADOS PRESTADOS? S
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM? N
- IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO? S

SUJEITO 17

Nº DO PRONTUÁRIO? S, S, S, S, S, S, N

SETOR? N, N, N, N, N, N, S,

IDADE? N, N, N, N, N, S, N

SEXO? N, N, N, N, N, N, N

DIAGNÓSTICO MÉDICO? N, N, N, S, N, N, N, S

- DATA? S, S, S, S, S, S, S HORA ? S, S, S, S, S, S, S
- DATA DA ADMISSÃO? N, N, N, N, N, N, N
- DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR? N, N, N, S, S, S, S
- LETRA LEGÍVEL? S, S, S, S, S, S, S
- RASURAS? N, N, N, N, N, N, S QUANTAS? 2
- ABREVIATURA NÃO PADRONIZADA? N, N, N, N, N, N, N QUANTAS? 0
- EXAME FÍSICO? N, N, N, S, N, S, N
- CUIDADOS PRESTADOS? S, S, N, N, N, S, S
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM? N, N, N, N, N, N, N
- IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO? S, S, S, S, S, S, S

SUJEITO 19

Nº DO PRONTUÁRIO? S, S, S, S, S, N, N

SETOR? N, N, N, N, N, N, N

IDADE?N, N, N, N,N, N, N

SEXO?N, N, N, N, N, N, N

DIAGNÓSTICO MÉDICO? N, N, N, N, N, N, N, N

- DATA? S, S, S, S, S, S, S HORA ? S, S, S, S, S, N, N
- DATA DA ADMISSÃO? N, N, N, N, N, N, N
- DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR? N, N, N, N, N, N, N
- LETRA LEGÍVEL? S, S, S, S, S, S, S
- RASURAS? N, N, N, N, N, N, N QUANTAS? 0
- ABREVIATURA NÃO PADRONIZADA? N, N, N, N, N, N, N QUANTAS? 0
- EXAME FÍSICO? N, N, N, N, N, N, N
- CUIDADOS PRESTADOS? S, S, N, N, N, S, N
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM? N, N, N, N, N, N, N
- IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO? S, S, S, S, S, S, S

SUJEITO 21

Nº DO PRONTUÁRIO? N

SETOR? N

IDADE?N

SEXO?N

DIAGNÓSTICO MÉDICO? N

- DATA? S HORA ? N
- DATA DA ADMISSÃO? N

- DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR? N
- LETRA LEGÍVEL? S
- RASURAS? N QUANTAS? 0
- ABREVIATURA NÃO PADRONIZADA? N QUANTAS? 0
- EXAME FÍSICO? N
- CUIDADOS PRESTADOS? S
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM? N
- IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO? S

SUJEITO 23

Nº DO PRONTUÁRIO? S, S, S, S, N, N, N

SETOR? S, S, S, S, N, N, N

IDADE? N, N, N, N, N, N, N

SEXO? N, N, N, N, N, N, N

DIAGNÓSTICO MÉDICO? N, N, N, N, N, N, N, N

- DATA? S, S, S, S, S, S, S, S HORA ? S, S, S, S, N, N, N
- DATA DA ADMISSÃO? N, N, N, N, N, N, N
- DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR? N, N, N, N, N, N, N
- LETRA LEGÍVEL? S, S, S, S, S, S, S
- RASURAS? N, N, N, N, N, N, N QUANTAS? 0
- ABREVIATURA NÃO PADRONIZADA? N, N, N, N, N, N, N QUANTAS? 0
- EXAME FÍSICO? N, N, N, N, N, N, N
- CUIDADOS PRESTADOS? S, S, N, N, N, N, N

- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM? N, N, N, N, N, N, N
- IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO? S, S, S, S, S, S, S

SUJEITO 24

Nº DO PRONTUÁRIO? N, N

SETOR? N, N

IDADE? N, N

SEXO? N, N

DIAGNÓSTICO MÉDICO? S, N

- DATA? S, S HORA ? S, N
- DATA DA ADMISSÃO? N, N
- DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR? N, N
- LETRA LEGÍVEL? S, S
- RASURAS? N, N QUANTAS? 0
- ABREVIATURA NÃO PADRONIZADA? N, N QUANTAS? 0
- EXAME FÍSICO? N, N
- CUIDADOS PRESTADOS? S, N
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM? N, N
- IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO? S, S

SUJEITO 25

Nº DO PRONTUÁRIO? S

SETOR? N

IDADE?N

SEXO?N

DIAGNÓSTICO MÉDICO? N

- DATA? S HORA ? S
- DATA DA ADMISSÃO? N
- DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR? N
- LETRA LEGÍVEL? N
- RASURAS? N QUANTAS? 0
- ABREVIATURA NÃO PADRONIZADA? N QUANTAS? 0
- EXAME FÍSICO? N
- CUIDADOS PRESTADOS? S
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM? N
- IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO? S

APÊNDICE 06

INVENTÁRIO

PRIMEIRA QUESTÃO: QUAL PRONTUÁRIO VOCÊ UTILIZA PARA REALIZAR A EVOLUÇÃO DO PACIENTE?

PRONTUÁRIO CONVENCIONAL	E3, E4, E5, E6, E7, E8
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE	E1, E2, E4, E8

SEGUNDA QUESTÃO: EXPLICITE AS RAZÕES PELAS QUAIS EVOLUI NO PRONTUÁRIO ESCOLHIDO POR VOCÊ.

SUJEITOS	ANALOGIA
E1 – TEMOS ORIENTAÇÃO DO SUPERVISOR DOS ANDARES, ENF. ***, DE REALIZARMOS A EVOLUÇÃO PELO SISTEMA ELETRÔNICO.	E1, E2
E2 – PORQUE É O PRONTUÁRIO INSTITUÍDO NO HOSPITAL.	E2, E1
E3 – PORQUE O SISTEMA (PRONTUÁRIO ELETRÔNICO) UTILIZADO AQUI É REBUSCADO E CONFUSO	E3, E5, E6
E4 – UTILIZO AMBOS POIS SEI QUE ALGUNS PROFISSIONAIS NÃO ACESSAM O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO PARA VER AS EVOLUÇÕES DE ENFERMAGEM.	E4, E8

<p>E5 - ALÉM DA MINHA DIFICULDADE NATURAL PARA USAR AS MÍDIAS, EU PERCEBO QUE A EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM APÓS IMPRESSA E ANEXADA AO PRONTUÁRIO NÃO É RESPEITADA PELA MAIORIA DOS MÉDICOS. GERALMENTE É ENCONTRADA NO FINAL DO PRONTUÁRIO OU AVULSA NO FUNDO DA GAVETA.</p>	<p>E5, E3, E6</p>
<p>E6 - É A ÚNICA FORMA EM QUE PERCEBO QUE MINHA EVOLUÇÃO PODE FAZER A DIFERENÇA.</p>	<p>E3, E5, E6</p>
<p>E7 - ESTOU MAIS ACOSTUMADA E CONSIGO VISUALIZAR AS INFORMAÇÕES SEM PROBLEMAS</p>	<p>E7</p>
<p>E8 - EVOLUO NOS 2 POIS ACREDITO QUE AMBOS SÃO IMPORTANTES, AINDA NA INSTITUIÇÃO EM QUE TRABALHO.</p>	<p>E8, E4</p>

TERCEIRA QUESTÃO: COMO VOCÊ VÊ O USO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE?

<p>SUJEITOS</p>	<p>ANALOGIA</p>
------------------------	------------------------

<p>E1 - É DE FÁCIL LEITURA, FACILITA O MANUSEIO DO PRONTUÁRIO.</p>	<p>E1</p>
<p>E2 - SE POR UM LADO ELE É CONSIDERADO UM AVANÇO, UM PROGRESSO, POR OUTRO ELE É COMPARTIMENTADO, NÃO NOS DÁ ACESSO AS PARTES DOS OUTROS PROFISSIONAIS.</p>	<p>E2, E3, E4, E5, E8</p>
<p>E3 - NO MEU SETOR SERIA MAIS ÚTIL SE FOSSE MAIS AMPLO E MAIS SIMPLES.</p>	<p>E3, E2, E4, E5, E8</p>
<p>E4 - ACHO ÓTIMO! SERIA MELHOR SE AS EVOLUÇÕES DE ENFERMAGEM FIZESSEM PARTE DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE E NÃO FOSSEM SOMENTE UM ANEXO AO QUAL POUCOS TEM ACESSO.</p>	<p>E4, E2, E3, E5, E7</p>
<p>E5 - SE BEM UTILIZADO POR TODOS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EU VEJO COMO POSITIVO, MAS AINDA NÃO É O NOSSO CASO.</p>	<p>E5, E2, E3, E4, E8</p>
<p>E6 - AQUI NÃO VEJO MUITO BEM, QUANDO FAÇO UMA EVOLUÇÃO, SE EU NÃO A IMPRIMIR NA HORA NUNCA MAIS A VEJO NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO. ACHO UMA PERDA DE TEMPO,</p>	<p>E6</p>

<p>COISA QUE PODE FAZER A DIFERENÇA NA PRESTAÇÃO DO CUIDADO AO MEU CLIENTE.</p>	
<p>E7 - VEJO DE FORMA POSITIVA, SEMPRE É BOM MELHORAR. ÀS VEZES PEGAMOS LETRAS DE MÉDICOS QUASE ILEGÍVEIS, A INFORMATIZAÇÃO FACILITOU NOSSO ACESSO AS INFORMAÇÕES MÉDICAS, JÁ QUE ELES IMPRIMEM AS EVOLUÇÕES DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO.</p>	<p>E7</p>
<p>E8 – SE TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EVOLUÍSSEM NELE, SERIA MUITO BOM. COM ISSO TERÍAMOS UMA UNIFICAÇÃO DO PRONTUÁRIO, NÃO SENDO NECESSÁRIA A IMPRESSÃO DAS EVOLUÇÕES E PRESCRIÇÕES. CONCORDO QUE ESTE SOFTWARE QUE USAMOS NECESSITA DE APRIMORAMENTOS, MAS FACILITA MUITO NOSSA VIDA.</p>	<p>E8, E2, E3, E4, E5</p>

QUARTA QUESTÃO: PARA VOCÊ, O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE INFLUENCIA NO APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM?

<p>SUJEITOS</p>	<p>ANALOGIA</p>
------------------------	------------------------

<p>E1 – PENSO QUE UMA EVOLUÇÃO BEM FEITA NÃO SOFRE INFLUÊNCIA SE É ELETRÔNICA OU CONVENCIONAL. TALVEZ SEJA MAIS RÁPIDO DIGITAL. MAS ‘EXISTEM’ VÁRIOS PASSOS PARA ACESSO, VÁRIAS JANELAS (SALVAR, IMPRIMIR, CONFIRMAR...). O FATO DE MANUSEAR O PRONTUÁRIO TORNA MAIS FÁCIL O ACOMPANHAMENTO DE EVOLUÇÕES DE OUTROS PROFISSIONAIS, RESULTADO DE EXAMES.</p>	<p>E1, E2, E7</p>
<p>E2 – SINCERAMENTE NÃO. O APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA SE DÁ NA MEDIDA EM QUE O ENFERMEIRO TEM UM CONTATO DIRETO COM O PACIENTE/CLIENTE.</p>	<p>E2, E1, E7</p>
<p>E3 – ACONTECERIA SIM SE FOSSE POSSÍVEL QUE OS ENFERMEIROS PUDESSEM REGISTRAR SUAS EVOLUÇÕES ELETRONICAMENTE MAS PENSO SER MUITO DIFÍCIL ELABORAR UMA EVOLUÇÃO REALMENTE ÚTIL AOS DEMAIS PROFISSIONAIS E A PRÓPRIA ENFERMAGEM SE HÁ APENAS 1 ENFERMEIRO PARA EVOLUIR 29</p>	<p>E3, E6</p>

<p>PACIENTES E AINDA REALIZAR TODAS AS TAREFAS QUE O PROFISSIONAL ENFERMEIRO DEVE CUMPRIR.</p>	
<p>E4- SIM, A PARTIR DO MOMENTO QUE FACILITA O ACESSO AS INFORMAÇÕES DE TUDO QUE JÁ FOI REALIZADO NO PACIENTE, FACILITA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA, O PLANEJAMENTO DO CUIDADO A SER OFERTADO.</p>	<p>E4, E5, E8</p>
<p>E5- SIM, A PARTIR DO MOMENTO QUE FACILITA A LEITURA DAS ANOTAÇÕES ANTERIORES.</p>	<p>E5, E4, E8</p>
<p>E6 – SE ESTE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO PERMITISSE, DE FORMA FÁCIL E SIMPLES, TER ACESSO AOS REGISTROS ANTERIORES REALIZADOS, COM CERTEZA SERIA MUITO MAIS FÁCIL EVOLUIR TODOS OS PACIENTES E VER COMO ELES PASSARAM NOS OUTROS PLANTÕES. ISSO REDUZIRIA NOSSO TEMPO NA BUROCRACIA, E OTIMIZARIA NOSSAS AÇÕES JUNTO AO PACIENTE.</p>	<p>E6, E3</p>
<p>E7 - ACREDITO QUE NÃO JÁ QUE É DE DIFÍCIL VISUALIZAÇÃO. TALVEZ SE FOSSE OUTRO TIPO FACILITARIA PORQUE IA SER</p>	<p>E7, E1, E2</p>

<p>MAIS FÁCIL TER ACESSO A INFORMAÇÃO DO QUE JÁ FOI FEITO COM O PACIENTE.</p>	
<p>E8 - COM CERTEZA! O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO É DE EXTREMA VALIA PARA A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA POIS NOS PERMITE MAIOR FACILIDADE DE ACESSO A INFORMAÇÕES QUE PODEM SER VITAIS PARA O PLANEJAMENTO DE NOSSA ASSISTÊNCIA, NOS FORNECENDO SUBSIDIOS PARA PROPORCIONAR UMA ASSISTÊNCIA COM A MELHOR QUALIDADE POSSÍVEL.</p>	<p>E8, E4, E5</p>

ANEXOS

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA – UNIRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SISTEMAS ELETRÔNICOS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: BASE DE DADOS QUE SUBSIDIAM O APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA E UM ESTUDO DE CASO.

Pesquisador: Priscila Sanchez Bosco

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 10693712.3.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 380.812

Data da Relatoria: 29/08/2013

Apresentação do Projeto:

Parecer referente a conferência de pendência do estudo em apreço oriundo do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem/UNIRIO, integrada ao NÚCLEO DE PESQUISA E EXPERIMENTAÇÃO EM ENFERMAGEM FUNDAMENTAL (NUPEEF), do DEF/EEAP/UNIRIO e na Linha de Pesquisa sobre "O cotidiano da Prática de Cuidar e Ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e de Ensinar" na temática sobre a informática na enfermagem, numa visão micro e macromolecular.

Objetivo da Pesquisa:

- Analisar o uso de Sistemas Eletrônicos de Informação pelos enfermeiros, com vistas à obtenção da qualidade da assistência de enfermagem;
- Identificar o uso de Sistemas Eletrônicos de Informação pelos enfermeiros, com vistas à obtenção da qualidade da assistência de enfermagem;
- Identificar o modo de utilização dos Sistemas Eletrônicos de Informação pelos enfermeiros, com vistas à obtenção da qualidade da assistência de enfermagem;
- Identificar a (s) implicação (ões) para a enfermagem, decorrente (s) do uso de Sistemas Eletrônicos de Informação, com vistas à obtenção da qualidade da assistência de enfermagem.

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

UF: RJ

Telefone: (21)2542-7796

CEP: 22.290-240

Município: RIO DE JANEIRO

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 380.812

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O presente estudo busca provar a relação entre a utilização dos sistemas eletrônicos de informação em enfermagem e a qualidade da assistência de enfermagem, bem como a segurança do paciente, proporcionando meios para subsidiar uma melhor assistência de enfermagem prestada aos usuários do sistema de saúde. Como se tratará de análise do prontuário eletrônico do paciente, os riscos mínimos foram apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo encontra-se na 5 versão

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atendimento do TCLE

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendência atendida

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

RIO DE JANEIRO, 02 de Setembro de 2013

Assinador por:
Sônia Regina de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

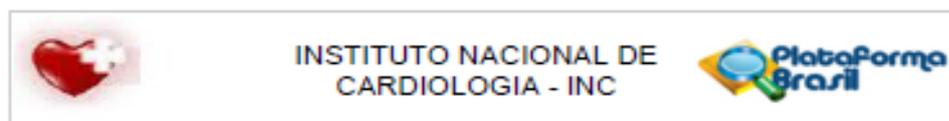
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA – INC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SISTEMAS ELETRÔNICOS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: BASE DE DADOS QUE SUBSIDIAM O APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA & UM ESTUDO DE CASO.

Pesquisador: Priscila Sanchez Bosco

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 10693712.3.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 414.721

Data da Relatoria: 17/09/2013

Apresentação do Projeto:

Estudo oriundo de mestrado em Enfermagem/UNIRIO na linha de Pesquisa "O cotidiano da Prática de Cuidar e Ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e de Ensinar" na temática sobre o uso da Informática na enfermagem, numa visão micro e macromolecular. Tem como método o qualitativo, estudo descritivo, tipo estudo de caso. Busca provar a relação positiva entre a utilização dos sistemas eletrônicos de informação em enfermagem e a qualidade da assistência de enfermagem. Será desenvolvido em uma instituição especializada federal, na zona sul do município do Rio de Janeiro no caso o Instituto Nacional de Cardiologia. A coleta de dados será baseada no preenchimento do Diário de Campo, com base técnica da Observação Participante e posterior categorização do material levantado.

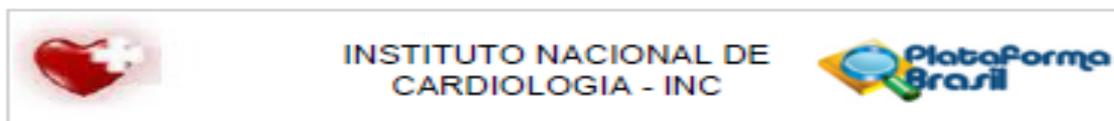
Objetivo da Pesquisa:

- Analisar e identificar o uso de Sistemas Eletrônicos de Informação pelos enfermeiros, visando a obtenção da qualidade da assistência prestada,

- Identificar as implicações para a enfermagem, decorrentes do uso dos Sistemas Eletrônicos de Informação, com vistas à obtenção de qualidade da assistência da enfermagem.

A amostra será de 40 prontuários para análise.

Endereço: Rua das Laranjeiras 374 - 5º andar
 Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-006
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3037-2307 Fax: (21)3037-2307 E-mail: cepinclaranj@unirio.br



Continuação do Parecer: 414.721

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos por conta de se tratar de análise de prontuário eletrônico, porém o sujeito da pesquisa (enfermeiro avaliado) pode não sentir-se seguro para participar da mesma.

O estudo busca provar a relação entre utilização de sistemas eletrônicos de Informação em enfermagem e a qualidade da assistência de enfermagem e a segurança do paciente, assim proporcionando meios de uma melhor assistência prestada aos usuários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo busca provar a relação positiva entre a utilização dos sistemas eletrônicos de Informação em enfermagem e a qualidade da assistência de enfermagem.

Os termos obrigatórios presentes. TCLE esclarecedor e bem desenvolvido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Crterios de Inclusão: Prontuários eletrônicos de pacientes Internados há pelo menos 24 h na Instituição em pré e pós operatório imediato e mediato, submetidos a procedimentos invasivos (punção venosa, sondagem nasoenteral, curativo de ferida pós operatório) e que tenham sido evoluídos desde a internação em prontuário eletrônico pelos enfermeiros da equipe.

Crterios de exclusão: Prontuários eletrônicos de pacientes Internados há menos de 24 h ou pacientes que não tenham sido evoluídos pelo enfermeiro em prontuário eletrônico.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os termos obrigatórios estão presentes.

Sem Impedimento ético

Situação do Parecer:

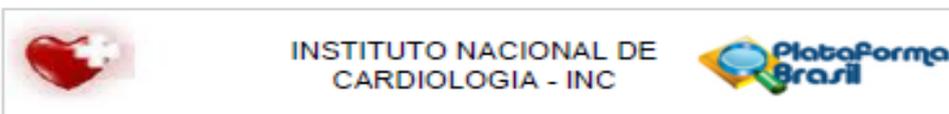
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua das Laranjeiras 374 - 5ª andar
 Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-006
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3037-2307 Fax: (21)3037-2307 E-mail: cepinclaranjeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 414.721

RIO DE JANEIRO, 03 de Outubro de 2013

Assinado por:
monica moura de vasconcelos
(Coordenador)

Endereço: Rua das Laranjeiras 374 - 5ª andar
Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-008
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3037-2307 Fax: (21)3037-2307 E-mail: cepinc@rjinc.com

