UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós- Graduação em Enfermagem – Mestrado

TATIANE FERNANDES FLORENCIO

Prontuário Eletrônico do Paciente: implicações para a Assistência de Enfermagem

RIO DE JANEIRO
2010

TATIANE FERNANDES FLORENCIO

Prontuário Eletrônico do Paciente: implicações para a Assistência de Enfermagem

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

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Santiago

RIO DE JANEIRO
2010

Florencio, Tatiane Fernandes.
S729 Prontuário eletrônico do paciente : implicações para a assistência de enfermagem / Tatiane Fernandes Florencio, 2010.
148f.

Orientador: Luiz Carlos Santiago.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

1. Serviços de enfermagem – Inovações tecnológicas. 3. Sistemas computadorizados de registros médicos. 4. Informática na enfermagem. I. Santiago, Luiz Carlos. II. Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro (2003). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.730285

Prontuário Eletrônico do Paciente: implicações para a Assistência de Enfermagem

Tatiane Fernandes Florencio

Aprovado pela Banca Examinadora em 20 de Dezembro de 2010.

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof. Dr. Luis Carlos Santiago – Orientador
Presidente

_____

Profª Drª Heloisa Helena Ciqueto Peres
1ª Examinadora

_____

Profª Dr Carlos Roberto Lyra da Silva
2ª Examinadora

_____

Prof. Dr. Marcos Antônio Gomes Brandão
Suplente

_____

Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva
Suplente

RIO DE JANEIRO
2010

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, que me concedeu o Dom da Vida e que em todos os momentos difíceis da minha trajetória sempre me carregou em seu colo para que eu pudesse atingir os meus objetivos e ser uma pessoa vitoriosa.

Dedico também a minha mãe, Maria de Lourdes Fernandes Florencio, uma mulher de origem simples que lutou e luta muito para ser Professora, a Senhora sempre será meu exemplo de mulher batalhadora, digna e vencedora, saiba que está vitória também é sua

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a Deus: pela oportunidade de ser Enfermeira e de amar o que faço como profissão, por me proporcionar novos aprendizados com meus colegas enfermeiros e meus clientes e por mais essa vitória.

Gostaria de agradecer a minha mãe, Maria de Lourdes Fernandes Florencio, por ter me ensinado que o estudo pode transformar a vida de um indivíduo e que sem ele somos um livro de páginas em branco. Sei que a Senhora sempre torcerá pelo meu sucesso, mesmo que para alcançá-lo seja necessário temporariamente o meu afastamento.

Ao meu irmão, André Fernandes Florencio, obrigada por sempre ter acreditado em meu potencial, seu companheirismo e torcida foram fundamentais para esta vitória, que também é sua.

Em especial quero agradecer ao meu esposo, Cristiano Gonçalves Sales, pelo incentivo incessante, principalmente nos momentos de dificuldade. Sou grata por sua paciência em me ouvir nos momentos de reflexão e aflição, reconheço a sua sabedoria em gerenciar momentos difíceis, pois não é fácil no início do casamento ter a esposa ausente de casa por dias e tê-la em casa horas a fio dedicada apenas ao seu estudo. Obrigada, saiba que eu o amo muito e que agradeço a Deus diariamente pelo COMPANHEIRO que tenho. Essa vitória é NOSSA.

Gostaria de agradecer ao meu pai, Sebastião Ivo Florencio, mesmo distante sei que sem a base construída até o final da minha Graduação com sua ajuda, não seria possível eu ter chegado até aqui.

Ao Professor Luiz Carlos Santiago, meu orientador, e ao Programa de Pós-Graduação (Mestrado) da UNIRIO obrigada pela acolhida nestes 02 anos e pela oportunidade de alcançar mais uma fatia de conhecimento, vocês contribuíram para que eu me tornasse uma enfermeira melhor. Obrigada pela confiança em meu potencial.

Sou muito grata a banca examinadora desta dissertação, em especial a Professora Heloisa Helena Ciqueto Peres que se dispôs a contribuir imensamente para a construção deste estudo e a encarar o caos aéreo nas vésperas do natal para estar presente em minha defesa, e ao Professor Carlos Roberto Lyra da Silva por sua participação e apoio fundamentais desde do início deste trabalho e por suas sugestões sempre positivas.

Agradeço também a minha amiga do mestrado, Gabrielle Burdandy, sem dúvidas esta caminhada foi menos árdua em sua companhia. Obrigada por dividir os bons e ruins

momentos, você faz parte desta vitória.

À Enfermagem do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho muito obrigada. Tenho orgulho de fazer parte deste grupo de enfermeiros que mesmo com o sucateamento do serviço público, luta diariamente por uma assistência de enfermagem de qualidade.

FLORENCIO, T.F. Prontuário Eletrônico do Paciente: implicações para a Assistência de Enfermagem. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Santiago.

RESUMO

A presente dissertação de mestrado, inserida na Linha de Pesquisa O Cotidiano da Prática de Cuidar e Ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e de Ensinar, é um estudo do tipo descritivo/exploratório, com abordagem qualitativa, com dados quantitativos de caráter complementar. Tem como objeto de investigação, implicações da utilização do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) para a Assistência de Enfermagem. Seu objetivo é: identificar quais são as implicações da utilização do PEP para a assistência de enfermagem. Os sujeitos deste estudo foram 26 enfermeiros assistenciais de um Hospital Universitário do município do Rio de Janeiro. O instrumento de coleta de dados foi um questionário com questões fechadas, abertas e questões que combinam itens fechados com abertos. Os dados quantitativos que descreveram o perfil dos enfermeiros que utilizam o PEP foram analisados através da estatística descritiva (distribuição por freqüência) e os dados qualitativos receberam tratamento através da Análise de Conteúdo descrita por BARDIN. Os dados quantitativos foram divididos em três grupos para a análise, grupo A - O perfil demográfico dos sujeitos, grupo B - O perfil do Processo de Enfermagem e grupo C- o perfil do PEP segundo a ótica de seus usuários. Os dados quantitativos foram analisados mediante a construção de inventários com os discursos dos sujeitos, que sustentaram posterior Análise de Conteúdo destes discursos, que em seguida fundamentaram a construção das duas categorias temáticas (O Processo de Enfermagem: ferramenta emancipatória com implicações multidimensionais e PEP: implicações de sua utilização frete ao cotidiano da prática de enfermagem contemporânea). Após a análise dos dados, foi possível entender que em sua maioria as implicações da utilização do PEP são positivas e que tem um caráter multidimensional, mas predominantemente acarretado pelas implicações de dimensão tecnológica possibilitando as de dimensão assistencial. Contudo, foram observadas algumas implicações negativas da utilização do PEP, algumas relacionadas às dimensões tecnológicas, assistencial, ética e institucional. E nesta categoria de implicações encontramos as de dimensão institucional como influenciadora das demais dimensões. Portanto, esta dissertação pode inferir que os sujeitos deste estudo acreditam que o PEP tem implicações positivas para a assistência de enfermagem. Mas cabe ressaltar que as implicações negativas abordadas nesta pesquisa são um obstáculo a assistência de enfermagem contemporânea e que o PEP na verdade retrata as concepções e anseios dos que o arquitetam.

Palavras chave: Enfermagem, Informática em Enfermagem, Processo de Enfermagem.

FLORENCIO, TF. Electronic Patient Record: Implications for Nursing Care. 2010. Dissertation (Masters in Nursing) - Alfredo Pinto Nursing School, Federal University of Rio de Janeiro. Advisor: Prof. Dr. Luiz Carlos Santiago.

ABSTRACT

This dissertation, inserted in the Research Line The Daily Practice of Care and Be Careful, Manage, and Search of Teaching, is a study of descriptive and exploratory qualitative approach, using a quantitative character complement. The object of research, implications of the use of Electronic Patient Record (EPR) for the nursing care. Your goal is to identify what are the implications of the use of PEP for nursing care. The subjects in this study were 26 clinical nurses from a university hospital in Rio de Janeiro. The data collection instrument was a questionnaire with closed, open and closed questions that combine items to open. Quantitative data describing the profile of nurses who use the PSP were analyzed using descriptive statistics (frequency distribution) and qualitative data were treated through the content analysis described by Bardin. Quantitative data were divided into three groups for analysis, group A - The demographic profile of subjects, and group B - Profile of Nursing Process and Group C-PEP's profile from the viewpoint of its users. Quantitative data were analyzed by building inventories with subjects' speech, argued that posterior Content Analysis of these speeches, which then justified the construction of two themes (The nursing process: emancipatory tool with multidimensional implications and PEP: implications their use of freight to the everyday practice of contemporary nursing). After analyzing the data, we can understand that in most cases the implications of the use of PEP is positive and has a multidimensional character, but predominantly entailed by the implications of allowing the technological dimension of care dimension. However, there were some negative implications of the use of PEP, some related to technological dimensions, caring, ethical and institutional. And this category we find the implications of influential institutional dimension as the other dimensions. Therefore, this dissertation can be inferred that the subjects of this study believe that the PEP has positive implications for nursing care. But it is noteworthy that the negative implications addressed in this research are an obstacle to contemporary nursing care and the PEP actually portrays the views and wishes of the architect.

Keywords: Nursing, Nursing Informatics, Nursing Process.

SUMÁRIO

Pág.

1- INTRODUÇÃO 12
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO E OBJETO DE ESTUDO 12
1.2 QUESTÕES NORTEADORAS 19
1.3 OBJETIVOS 19
1.4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA 19
2- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 21
2.1 A EVOLUÇÃO DA INFORMÁTICA 21
2.2 INTERNET 24
2.3 A ERA DA INFORMAÇÃO 26
2.4 INFORMÁTICA EM SAÚDE E NA ENFERMAGEM 27
2.5 A ERA DA INFORMAÇÃO NA SAÚDE 29
2.6 O PROCESSO DE ENFERMAGEM 32
3 – METODOLOGIA 38
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO 38
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO 38
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO 46
3.4 ASPECTOS ÉTICOS 47
3.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS 47
3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS 48
4-APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 50
4.1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO PERFIL DOS SUJEITOS 50
4.1.1 Grupo A: O perfil demográfico dos sujeitos 54
4.1.1.1 Distribuição da amostra segundo o setor de trabalho 54
4.1.1.2 Distribuição da amostra segundo a idade dos sujeitos 55
4.1.1.3 Distribuição da amostra segundo o sexo dos sujeitos 55
4.1.1.4 Distribuição da amostra segundo o tempo de formação 56
4.1.1.5 Distribuição da amostra segundo o tempo de atuação na instituição cenário do estudo 57

4.1.1.6 Distribuição da amostra segundo o nível de qualificação acadêmica dos sujeitos..... 58
4.1.1.7 Distribuição da amostra segundo o nível de conhecimento sobre informática 58
4.1.1.8 Distribuição da amostra segundo o nível de interesse sobre informática..... 59
4.1.2 Grupo B: O perfil do Processo de Enfermagem (PE)..... 60
4.1.2.1 Distribuição da amostra segundo as etapas do PE realizadas..... 61
4.1.2.2 Distribuição da amostra segundo o nível de dificuldade para realizar o PE 62
4.1.2.3 Distribuição da amostra segundo as etapas do PE registradas no PEP 63
4.1.2.4 Distribuição da amostra segundo a crença sobre o PE melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem 65
4.1.3 Grupo C: O perfil do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) segundo a ótica de seus usuários..... 66
4.1.3.1 Distribuição da amostra segundo as etapas do PE que possuem ícone específico dentro do PEP 66
4.1.3.2 Distribuição da amostra segundo o treinamento para utilizar o prontuário eletrônico..... 68
4.1.3.3 Distribuição da amostra segundo o nível de dificuldade para registrar no prontuário eletrônico as atividades do enfermeiro 69
4.1.3.4 Distribuição da amostra segundo a percepção sobre a implicação da utilização do PEP para a assistência de enfermagem..... 69
4.1.3.5 Distribuição da amostra segundo o nível de satisfação com o PEP 70
4.1.3.6 Distribuição da amostra segundo o desejo de formular propostas para o PEP..... 71
4.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS 73
4.2.1 Categorias temáticas resultantes dos discursos dos sujeitos investigados..... 73
4.2.1.6 Primeira Categoria: “O Processo de Enfermagem: ferramenta emancipatória com implicações multidimensionais.”..... 74
4.2.1.7 Segunda Categoria: “Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP): implicações de sua utilização frente ao cotidiano da prática de enfermagem contemporânea.”..... 86
CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 103
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 117
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 122

APÊNDICE C – CRONOGRAMA 124
APÊNDICE D – INVENTÁRIOS..... 125
ANEXO A - IMPRESSO DO PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA..... 140
ANEXO B - ROTINA DE ADMISSÃO DO CLIENTE NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO .. 141

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO E OBJETO DE ESTUDO

Com a revolução da tecnologia computacional vivenciada pela humanidade no século passado, a informática esta cada vez mais presente em nossas vidas. Tal presença é percebida em nosso cotidiano doméstico, no trabalho, nas universidades e nos meios de comunicação, proporcionando um novo modo de desenvolver tarefas.

> Novas maneiras de pensar e de conviver estão sendo elaboradas no mundo das telecomunicações e da informática. As relações entre os homens, o trabalho, a própria inteligência dependem, na verdade, da metamorfose incessante de dispositivos informacionais de todos os tipos. Escrita, leitura, visão, audição, criação, aprendizagem são capturados por uma informática cada vez mais avançada. (LÉVY, 2004, p. 27)

Na década de 1980, as instituições de saúde no Brasil, iniciaram o processo de informatização pelos setores administrativos. Tendo em vista, o sucesso da informatização dos setores administrativos e a crescente revolução nas formas de comunicação proporcionadas pela informática, a enfermagem inicia seus estudos para inserção da informática em suas práticas.

Contudo, o emprego inicial da informática no ambiente hospitalar para fins da prática clínica se deu em equipamentos de monitorização hemodinâmica, aparelhos de auxílio diagnóstico e equipamentos de suporte avançado de vida.

Segundo Marin (1998), a Informática em Enfermagem teve seu início em 1985, inicialmente na área educacional por professores da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, onde estes educadores desenvolveram os primeiros aplicativos computacionais voltados ao ensino da enfermagem.

Já em 1986, por meio do relatório da Comissão Especial de Informática, do Ministério da Ciência e Tecnologia, foi destacada a relevância do emprego do computador pelos profissionais da saúde. Este relatório fruto do encontro e discussão de diversos profissionais da área da informática em saúde, instituições prestadoras de serviços e acadêmicos, norteou diretrizes de um novo programa nacional para esta área, abrangendo aspectos dos serviços de saúde, pesquisa, assistência e formação de recursos humanos. (LUIS et al., 1995, p.70)

O despertar de interesses e a natural curiosidade pelo novo objeto (computador) inserido no contexto laboral, corroborou para que os profissionais da saúde superassem o

medo inicial e pudessem compreender que a informática é uma realidade e que deve ser dominada por todos. (MARIN, 2006, p. 355)

A enfermagem inicialmente aplicou a informática na formação acadêmica. Podemos exemplificar tal fato mediante a criação, em 1990, do Núcleo de Informática em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. A partir da aplicação acadêmica da informática à enfermagem, foram formados profissionais diferenciados, com conhecimento nesta temática.

Na assistência de enfermagem ao cliente o computador torna mais fácil a coleta, armazenamento e o processamento de informações que corroboram para o plano terapêutico do paciente. Também é observada a diminuição do tempo gasto com atividades burocráticas, possibilitando maior disponibilidade do enfermeiro para planejar a assistência, com um olhar global do cliente. (GALVÃO, 1996, p. 52)

A tecnologia de comunicação em saúde, não pode ser encarada unicamente com objetivo de transmitir e apreender as informações, mas deve corroborar com uma nova postura assistencial, tendo a informação como norte do planejamento da prática de enfermagem adequando a assistência às reais necessidades do paciente. (SPERANDIO, 2008, p. 21)

Em relação às inovações tecnológicas e o avanço das ciências, alguns enfermeiros ainda permanecem atrelados a atividades burocráticas, que deveriam ser atribuídas a um secretário ou serem processadas em um computador. Estudos têm observado a resistência de enfermeiros em utilizar sistemas informatizados, e tal resistência é atribuída à necessidade de aprendizado de uma nova habilidade, ou seja, manipular as informações do paciente no computador. (SANTOS, 2003, p. 21)

Porém, mesmo diante desta resistência inicial a enfermagem vem introduzindo progressivamente a informática em seu cotidiano assistencial. Podemos evidenciar tal fato através da criação/elaboração de softwares sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e Sistemas de Informação em Enfermagem.

> O sistema de informação em enfermagem deve ser entendido como um processo complexo que envolve estudos técnicos, organizacionais, comportamentais e ambientais. A integração do sistema com a prática e o processo de enfermagem evolve muitos fatores como educação, mudanças de atitude, cultura organizacional, padronização da linguagem e prática sistematizada. (SANTOS, 2005, p. 102)

Seguindo a tendência mundial de processar, gerenciar e armazenar informações relevantes no formato eletrônico observamos a elaboração e introdução progressiva dos sistemas de informação em saúde, também chamado de Prontuário Eletrônico do Paciente

(PEP), nas instituições de saúde públicas e privadas no Brasil.

Para LESSA, 2002: “o prontuário eletrônico é um meio de informação utilizado pelos profissionais de saúde, com os objetivos de padronizar e organizar de maneira concisa os dados relativos a cada paciente, otimizando a assistência prestada.”

Portanto, o prontuário eletrônico é um instrumento de comunicação, que permite a todos os profissionais registrar os dados referentes ao seu atendimento, para que posteriormente, seja possível realizar, a qualquer tempo, análise dos registros, discussão, pesquisa e consulta.

Estudos têm apontado a atual tendência e futura certeza do uso do Prontuário Eletrônico do Paciente como novo paradigma de registro de informações clínicas. Porém, muitos sistemas de informação em saúde não atendem as reais necessidades dos seus usuários. A enfermagem precisa atentar para a inclusão de seus elementos neste novo modelo de registro em saúde. (MARIN, 2006, p. 356)

Segundo Massad, Marin e Azevedo (2003, p. 10-11), devemos compreender primeiramente que a construção do prontuário eletrônico é um processo. E com o objetivo de definir e ressaltar as etapas de construção de um PEP e suas diferentes denominações, o Medical Records Institute identificou cinco níveis que vão desde o registro em papel até ao registro eletrônico de saúde. Os níveis são:

1. Nível 1 - Registro Médico Automático: coexistem o registro em papel e o registro eletrônico, o formato do prontuário é no papel, mas cerca de 50% das suas informações foram geradas por computadores.
2. Nível 2 - Sistema de Registro Médico Computadorizado: similar ao nível 1, contudo adiciona imagens capturadas por scanners. Geralmente são sistemas departamentalizados e com pouca integração.
3. Nível 3 – Registro Médico Eletrônico: requer implantação em todos os setores da instituição e tenha elementos de integração com o sistema de gerenciamento da prática, sistemas de alertas clínicos e programas de educação ao paciente. Neste nível é importante destacar os cuidados referentes à confidencialidade, segurança e proteção dos dados.
4. Nível 4 – Sistema de Registro Eletrônico do Paciente: as informações contidas neste sistema não permanecem restritas as fronteiras da instituição de saúde. Neste nível a identificação do paciente deverá ser única e em nível nacional.
5. Nível 5 – Registro Eletrônico em Saúde: a informação não é norteada simplesmente pelas necessidades dos serviços de saúde, mas sim na saúde e doença dos indivíduos

que compõe a comunidade.

Portanto, mediante ao novo modelo de registros eletrônicos relativos à assistência em saúde, a enfermagem como categoria fundamental no atendimento em saúde deve atentar para quais informações relativas ao seu atendimento estão incluídas neste formato eletrônico de registro.

Para sustentar a discussão dos dados relevantes no atendimento de enfermagem que serão incluídos nos sistemas de informação em saúde, devemos ter como norte os princípios científicos da enfermagem e a legislação vigente.

A partir de Florence Nightingale a enfermagem vem construindo o seu saber e sua prática à luz da ciência e mais recentemente por meio de enfermeiras que teorizam a essência da enfermagem, o cuidar.

A palavra sistematização foi empregada inicialmente no século XIX, com a pioneira da enfermagem moderna Florence Nightingale.

Os saberes teórico-filosóficos da enfermagem concebidos por Nightingale foram construídos através de suas notas sistematizadas e registros estatísticos colhidos mediante a sua vivência no cuidar diário a doentes.

Portanto, para que a atividade desenvolvida pela enfermagem, o cuidado, seja pautado em base científica, este deve seguir o caminho de toda ciência: o emprego de uma metodologia e da sistematização de suas atividades.

Para Horta (1979, p. 07), “a autonomia profissional só será adquirida no momento em que toda a classe passar a utilizar a metodologia científica em suas ações, o que só será alcançado pela aplicação sistemática do processo de enfermagem.”

Com o objetivo de sistematizar a assistência de enfermagem, Wanda de Aguiar Horta, na década de 70 do século passado divulgou no Brasil o Processo de Enfermagem.

“O processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos.” (HORTA, 1979, p. 35)

As etapas do processo de enfermagem, descritas por Horta em 1979, são: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico. Porém, durante a prática diária algumas etapas do processo de enfermagem são suprimidas, tais como: plano assistencial e prognóstico.

Através da sistematização da assistência de enfermagem, torna-se possível a operacionalização do processo de enfermagem, onde podemos oferecer ao cliente um cuidar/cuidado individualizado, de qualidade e científico.

Tendo em vista a relevância do Processo de Enfermagem sistematizado para o estabelecimento da enfermagem como ciência, foi sancionada em 1986 a Lei № 7.498 que em seu texto no Art. 11, alínea C, diz: "O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe: I) Privativamente (...). C) Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem." (COFEN, 2000)

Apesar da Lei № 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentar o exercício da enfermagem, citando o seu planejamento, muitas instituições de saúde não realizavam a sistematização da assistência de enfermagem ou não registravam no prontuário do cliente.

Com o objetivo de assegurar e enfatizar a importância legal da Sistematização da Assistência de Enfermagem foi publicado em 2002, a Resolução do COFEN N° 272/2002, dispunha sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas Instituições da Saúde Brasileiras.

Porém, mediante ao trabalho realizado em conjunto pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), pela Subcomissão da Sistematização da Prática de Enfermagem e pela Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem, houve a necessidade da elaboração de uma nova resolução, Resolução COFEN N° 358/2009, que dispõe 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.

No texto desta nova resolução, a SAE é descrita como instrumento que organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE). (COFEN, 2009)

Ainda citando a mesma resolução (COFEN, 2009), o PE é designado como um instrumento metodológico que norteia o cuidado do profissional da Enfermagem e a documentação de sua atividade profissional. Logo, a operacionalização e a documentação do PE tornam evidente a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, ampliando a visibilidade e o reconhecimento profissional.

Tendo em vista os aspectos legais da importância da execução do PE e do seu registro/documentação para a prática de enfermagem, já mencionados na Resolução COFEN N° 358/2009, não podemos deixar de citar a Resolução COFEN-311/2007 que aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Em seu novo texto, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, mais especificamente na **Secção I**, trata das relações com a pessoa, família e coletividade, trazendo como responsabilidades e deveres no seu **Art. 25**: "Registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar". E no **Art. 72: "**Registrar as

informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa.”

Tendo em vista, que os dados referentes ao Processo de Enfermagem devem ser registrados no prontuário do paciente e que o prontuário tradicional, escrito manualmente, está sendo gradativamente substituído pelo prontuário eletrônico do paciente. Todos os dados que compõe o prontuário tradicional devem também estar contidos no prontuário eletrônico, inclusive todos os dados da enfermagem.

Porém, em concordância com o estudo de Marin e Cunha (2006), o Prontuário Eletrônico em algumas instituições não atende ao disposto na Resolução COFEN Nº 358/2009. Pois, não contemplam em seu conteúdo todas as etapas do Processo de Enfermagem.

Mas sem dúvida, a introdução da informática na enfermagem vem possibilitando mudanças importantes na prática, no ensino e na pesquisa.

> Em resumo, muitos avanços científicos e tecnológicos foram conseguidos graças ao uso dos computadores, que permitem lidar com quantias massivas de informação de forma organizada e rápida. Estes avanços trouxeram mudanças para a Enfermagem. Hoje, a profissão conta com recursos que antes não existiam, encontrando, portanto, novas oportunidades e novos desafios. (MARIN e CUNHA, 2006, p.356)

Minha trajetória profissional foi iniciada com o curso de Graduação em Enfermagem em 1997 e com conclusão no final do ano de 2001. Durante os quatro anos da graduação, o meu contato com a informática deu-se somente pela digitação de trabalhos acadêmicos e durante a elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso para consulta de textos científicos em bibliotecas virtuais.

Em 2002 fui admitida como Enfermeira em um Hospital Universitário (HU) do município do Rio de Janeiro, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), referência no tratamento de patologias de alta complexidade e em estudos pioneiros desenvolvidos com parceiros nacionais e internacionais.

Este Hospital Universitário iniciou o processo de implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) em 1999, onde primeiramente foi submetido à fase de homologação pelo Centro de Processamento de Dados, do próprio hospital. Após esta homologação, o PEP foi implantado no primeiro setor clínico do HUCFF (teste piloto) em Agosto de 2000. Posteriormente, foram necessárias algumas alterações no software (PEP) para que este fosse adaptado a realidade da instituição e de seus usuários. No ano de 2001 a implantação do PEP se deu de forma progressiva nos setores de atendimento clínico e cirúrgico deste Hospital.

Com o objetivo de aprimorar suas ferramentas tecnológicas e conseqüentemente à assistência aos pacientes, o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) em setembro de 1999, iniciou a implantação da solução da TrakHealth. Logo, definiu como prioridade a utilização de um prontuário eletrônico, que garantiria segurança na manipulação dos dados e rapidez em todos os processos envolvidos. O HUCFF adotou o MedTrak da TrakHealth, desenvolvido com base no banco de dados pós-relacional Cachés. (InterSystems, 2010)

Após a minha admissão neste HU e diante do contato com esta nova tecnologia, o PEP, reconheci: a enorme possibilidade de comunicação entre a equipe multiprofissional, a desburocratização do atendimento ao cliente, análise dos dados referentes a atendimentos anteriores e a possibilidade dos dados subsidiarem estudos que contribuam com melhoria da assistência ao cliente.

Porém, este contato inicial com PEP além de me proporcionar boas impressões a respeito de sua aplicabilidade, também fomentou algumas reflexões emergentes do cotidiano assistencial de um enfermeiro. Tais reflexões dizem respeito: aos aspectos operacionais do PEP para com o conteúdo específico da enfermagem e aos aspectos legais referentes à profissão do enfermeiro.

Vale destacar, que o registro (eletrônico ou em papel) da assistência de enfermagem prestada ao cliente além do valor legal, permite: a visibilidade de nossas ações, o aprimoramento do nosso cuidado e gera subsídios para pesquisas em enfermagem.

O formato eletrônico dos registros em saúde e em enfermagem é uma realidade que trouxe inúmeros benefícios como: a desburocratização com diminuição do tempo gasto para o registro dos dados, maior disponibilidade para o cuidado direto ao cliente, melhoria na qualidade de armazenagem dos dados e a diminuição dos erros por falta de legilibilidade dos registros. (MARIN et. al., 2003)

Tendo em vista a problematização descrita, esta investigação científica tem como objeto: **implicações da utilização do prontuário eletrônico do paciente para a assistência de enfermagem.**

Portanto, o objeto deste estudo emergiu da minha prática assistencial como enfermeira e teve aderência à Linha de Pesquisa do Professor Doutor Luiz Carlos Santiago (O diagnóstico do uso do computador na enfermagem: a busca de informações acerca do cuidado.)

Logo, cabe apresentar os pressupostos deste estudo através das seguintes afirmativas:

1. A utilização do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), como um novo paradigma de

registro em saúde, é uma ferramenta que auxilia o enfermeiro em sua prática assistencial no que diz respeito à: ampliação da possibilidade de comunicação entre a equipe multiprofissional, facilidade e rapidez de acesso aos dados do paciente, legibilidade dos dados contidos no PEP e possibilidade de desburocratização de atividades cotidianas do enfermeiro.

2. Como uma nova tecnologia, o PEP ainda necessita de alguns ajustes, principalmente no que diz respeito ao conteúdo específico da enfermagem. Tais ajustes visam assegurar um atendimento de qualidade aos nossos pacientes e também garantir o cumprimento de aspectos legais que amparam e norteiam a enfermagem.
3. Após a introdução e implementação do PEP nas atividades assistenciais do enfermeiro, cabe uma reflexão a respeito de suas implicações para o cotidiano destes profissionais.

1.2 QUESTÕES NORTEADORAS

Mediante a problematização descrita e os pressupostos apresentados, sugiram as seguintes questões que nortearam este estudo:

1. Quais são as implicações da utilização do prontuário eletrônico do paciente para a assistência de enfermagem?
2. De que dimensões são as implicações da utilização do PEP para a assistência de enfermagem?
3. Como estas implicações afetam o cotidiano assistencial do enfermeiro?

1.3 OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi:

1. Analisar quais são as implicações da utilização do prontuário eletrônico do pacientepara a assistência de enfermagem.

1.4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Diante do exposto anteriormente, acreditamos que este estudo justifica-se pela necessidade de discutir a interação da informática com a prática assistencial da enfermagem, trazendo a tona temas emergentes e relevantes no cotidiano de nossa profissão, a inserção do PEP na prática assistencial da enfermagem e as implicações da utilização do PEP para a assistência de enfermagem.

A enfermagem como membro da equipe de saúde deve participar ativamente do processo de discussão e de informatização dos dados referentes ao atendimento em saúde, a fim de assegurar a inclusão dos dados relevantes ao nosso processo de trabalho, o cuidar.

Vivenciamos a Era da Informação, onde a relevância e o poder que uma instituição ou indivíduo possuem são mensurados por quanta e quais informações estes têm. Mediante esta nova ordem mundial, cabe a enfermagem assegurar a sua fatia de informação, saber e poder.

Os dados obtidos neste estudo poderão contribuir para a Enfermagem contemporânea nos seguintes aspectos: subsidiar novas pesquisas sobre esta temática, proporcionar o aprimoramento de tecnologia já existente (modelo de PEP), fomentar a criação de novos modelos de registro eletrônico dos cuidados de enfermagem, e servir como instrumento para fortalecer a inclusão da informática na formação e na atuação do enfermeiro.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A EVOLUÇÃO DA INFORMÁTICA

A revolução que a informática proporcionou e ainda proporciona em nossas vidas, originou-se na década de quarenta do século passado. Década esta, marcada pelo terror da Segunda Guerra Mundial que, entre outros aspectos, impactou todo o mundo com sua trajetória cruel e de segregação. Porém, em seus bastidores havia homens que trabalhavam em prol do desenvolvimento científico, financiados por grandes exércitos.

Em 1944 cientistas recrutados pelo Exército dos Estados Unidos, trabalhavam em um projeto extremamente sigiloso, que mudaria definitivamente a história da humanidade.

A história da constituição do computador contemporâneo talvez tenha começado em uma plataforma de estação, em agosto de 1944, quando o tenente Goldstine esperava o trem que o levaria de Aberdun à Filadélfia. H. H. Goldstine, que antes da guerra havia sido professor de matemática, fazia parte dos numerosos cientistas mobilizados pelo Exército dos Estados Unidos. Designado, então, para o BRL (Balistic Research Laboratory) fora incumbido do acompanhamento científico do projeto “PX”, que era o nome em código secreto para a ENIAC. (BRETON, 1991)

ENIAC (Eletronic Numeric Integrator and Calculator) foi um projeto desenvolvido principalmente por Prosper Eckert e John Mauchly, este projeto teve como objetivo realizar cálculos extremamente complexos de forma mais rápida, através da tecnologia das válvulas a vácuo eletrônicas. Esta nova tecnologia que realizava cálculos complexos despertou profundo interesse no Exército Norte Americano.

O primeiro computador, o Eniac dos anos 40, pesava várias toneladas. Tomava um andar inteiro de um amplo prédio, e para programá-lo era preciso conectar diretamente os circuitos, por interposição de cabos, em um painel semelhante aos padrões telefônicos. (LÉVY, 2004)

Portanto, através de estudos realizados para o desenvolvimento e posterior aperfeiçoamento do Eniac, foi iniciada uma corrida tecnológica que culminou com a revolução dos computadores.

Breton (1991,) discorre sobre o princípio básico de todos os computadores: Trata-se de instrumentos absolutamente automáticas, que dispõe de uma memória ampliada e de uma unidade de comando interno, que executam operações lógicas de cálculo e de processamento de informações através de algoritmos gravados.

Ainda durante o desenvolvimento do projeto ENIAC um matemático húngaro John

Von Neuman, foi enviado pelo Tenente Goldstine (mediante ao fatídico encontro na plataforma de estão, descrito no início deste capítulo) para conhecer e participar do aprimoramento do ENIAC.

A participação de John Von Neuman foi primordial para o início da era dos computadores modernos, pois através de suas observações acerca das limitações do ENIAC, foi possível elaborar propostas até então inéditas. Em 1945, John Von Neuman propôs uma nova arquitetura computacional, onde as instruções fossem armazenadas no interior do computador, ou seja, estes novos computadores teriam uma memória armazenada em seu interior.

> Ele criou o paradigma que ainda hoje todos os computadores digitais seguem. A "arquitetura Von Neuman", como é conhecida hoje, baseia-se em princípios que ele articulou em 1945 – inclusive o princípio de que um computador poderia evitar mudanças nos cabos, armazenando instruções na memória. Assim que essa idéia foi posta em prática, nasceu o moderno computador. (GATES, 1995, p. 42)

Fruto das inovações das inovações propostas pela equipe de John Von Neuman foi projetado o EDVAC (Eletronic Discrete Variable Computer) de 1945 a 1951, estava inaugurado assim à primeira série de computadores.

Os princípios da arquitetura computacional propostos por John Von Neuman forma apresentados a comunidade científica norte americana e inglesa apenas, tendo em vista o contexto político da época, o mundo saíra da II Guerra Mundial e mergulharia na Guerra Fria.

> O ENIAC iniciou uma série de gerações de computadores caracterizando a primeira geração de computadores construídos com base nas válvulas. Depois do ENIAC, surgiu o EDVAC seguindo o EDSAC (Eletronic Delay Automatic Computer) que foi o primeiro computador construído comercialmente fora das Universidades e centros de Pesquisas. (SILVA et.al. apud MURTA, 2001, p. 116)

Na década de cinqüenta, continuaram as inovações tecnológicas com o objetivo de superar as dificuldades/ limitações dos primeiros computadores. A inovação tecnológica que proporcionou a evolução dos primeiros computadores foi o transitor.

As válvulas a vácuo foram trocadas, na década de cinqüenta, por um elemento muito mais confiável: o transitor. Este possibilita a realização de máquinas mais potentes e menos volumosas. As quatro primeiras máquinas da geração dos transistores, todas elas arquitetadas nos Estados Unidos, foram o SEAC, o TRANSAC S 100, depois o Atlas Guidance Computer Model 1 e, finalmente, o CDC 1604 da Control Data. (BRETON, 1991)

Por meio dos computadores que utilizavam transitores, foi designada a segunda geração dos computadores no intervalo histórico de 1959 a 1963.

A terceira geração de computadores emergiu sob a influência da tecnologia advinda do

programa espacial americano, que desenvolvia estudos no campo da microeletrônica. Tais estudos possibilitaram a construção de circuitos transistorizados integrados em uma pequena pastilha de sílico (chip).

Muitos circuitos de transitores podiam ser codificados num único chip, designando um circuito integrado. Os chips de computador que empregamos hoje em dia são circuitos integrados abarcando o equivalente a milhões de transitores compactados em menos de uma polegada quadrada. (GATES, 1995)

Portanto, a terceira geração dos computadores pode ser descrita no recorte histórico da década de sessenta e setenta do século passado.

A partir de 1970 os computadores deixaram de serem máquinas que serviam apenas a propósitos militares. Instituiu-se neste momento a vertente comercial da computação.

"Inicialmente o uso comercial dos computadores partiu da necessidade das indústrias de mecanografia através de 1500 exemplares do computador IBM 650." (BRETON, 1991, p.208)

Em 1970 a empresa americana, a Intel, surpreende o mundo com o lançamento de uma tecnologia chamada microprocessador.

> Um microprocessador é um circuito integrado tipo LSI (large scale integrator) que contém todo circuito lógico de uma unidade central de processamento em um chip do tamanho de uma unha. Os microprocessadores foram usados na construção de mini e microcomputadores. (USP, 2005)

Mediante a utilização dos microprocessadores na década de setenta do século passado, foi iniciado a era dos microcomputadores e do computador pessoal.

O primeiro computador pessoal completo (PC), com vídeo, teclado e CPU (unidade de processamento central) foi o Alto, elaborado pela Xerox em 1973. Logo após surgiu em 1975, na Inglaterra o primeiro computador pessoal para consumo em grande escala, o ALTAIR 8.800 composto de um kit de montagem. No mesmo ano a IBM distribuiu o IBM 5.100 e no ano seguinte a Apple lançou o Apple 2. Em 1979 a IBM lançou o IBM – PC com o primeiro sistema operacional para computadores pessoais sem a obrigação de programação, o chamado MS-DOS, porque antes era necessário que o usuário dominasse a linguagem Basic para controlar e manipular os dados no computador. (SILVA et. al. apud MÜLLER, 2001, p. 117)

Com a introdução dos microcomputadores e do computador pessoal, o mundo presenciaria a entrada da tecnologia computacional no cotidiano dos indivíduos, permeando uma mudança extraordinária na maneira de executar tarefas simples do cotidiano, até tarefas complexas de um laboratório de pesquisa.

A evolução dos computadores é algo que até hoje podemos observar, cada dia surgem computadores menores, mais baratos, mais rápidos e com inúmeras possibilidades de utilização.

Tendo em vista as múltiplas aplicações dos microcomputadores e de seus softwares, houve uma mudança global na forma de interagirmos com esta máquina chamada computador e na forma de inseri - lá em nossas vidas. Em muitas situações em nossa sociedade, os indivíduos passaram a interagir com o mundo e com o próximo através da tecnologia computacional.

> O computador havia se tornado hoje um destes dispositivos técnicos pelos quais percebemos o mundo, e isto não apenas em um plano empírico (todos os fenômenos apreendidos graças aos cálculos, perceptíveis na tela, ou traduzidos em listagens pela máquina), mas também em um plano transcendental hoje em dia, pois, hoje cada vez mais concebemos o social, os seres vivos ou os processos cognitivos através de uma matriz de leitura informática. (LÉVY, 2004, p. 15)

2.2 INTERNET

O surgimento da internet assim como o surgimento dos computadores esteve intimamente relacionado a eventos históricos no contexto sócio- político da humanidade. Durante a Guerra Fria foi fundada nos Estados Unidos da América a Agência de Projetos e Pesquisas Avançadas (ARPA), subordinada ao Departamento de Defesa. Esta agência desenvolvia vários projetos, um dos projetos desenvolvidos se chamava ARPANE e tinha como objetivo conectar as bases militares e os departamentos de pesquisa do governo americano.

“O objetivo desta rede de comunicação era não permitir que o Departamento de Defesa Norte Americano ficasse vulnerável a ataques. Sua rede de comunicação possuía o seu centro de comando subterrâneo.” (UFPA, 2009)

> Como convém a um novo modelo de pesquisa estratégica e multiinstitucional em tecnologia de informação e comunicação (que o próprio Departamento de Defesa experimentava), a tecnologia gerada espalhou-se de forma generosa e com baixíssimo controle pelo ambiente acadêmico, primeiramente nos EUA e em seguida no exterior. (BRASIL, 2000, p. 133)

Assim como uma cascata, foi à difusão da internet. Primeiro os militares norteamericanos, posteriormente as universidades norteamericanas, as universidades européias e dos demais continentes, as grandes empresas e o usuário doméstico. E através desta grande rede de comunicação, computadores de todo mundo podem se conectar.

No final da década de 80, a elevação do uso da internet e o aumento da tecnologia associada nos EUA era liderada pela *National Science Foundation* (NSF), e não pelo

Departamento de Defesa. A partir de 1989, a NSF incentivou ativamente as conexões de outros países aos EUA, para fins ligados à educação e pesquisa. (BRASIL, 2000)

No Brasil a inserção da internet surgiu através do mesmo modelo de cascata acontecido no resto do mundo. Inicialmente em 1991 a Rede Nacional de Pesquisa (RNP) subordinada ao Ministério da Ciência e Tecnologia, apresentou a primeira versão dos serviços de internet com postos em vinte e um estados no país, porém com velocidades baixas. E somente em 1995, estes serviços passaram para velocidades mais altas.

Em 1995 através do Ministério das Telecomunicações e Ministério da Ciência e Tecnologia, a iniciativa privada iniciou a exploração da Internet. A Rede Nacional de Pesquisa foi a responsável pela infra-estrutura básica de interconexão e informação em nível nacional, com o controle do "backbone" (coluna dorsal de uma rede). (BOGO, 2000)

Atualmente, a Internet é constituída por um conjunto de redes de computadores comerciais e não comerciais. Os servidores estão distribuídos globalmente, ligados à Internet por um grande número de canais de alta e baixa capacidade. Muitos consumidores usam microcomputadores para entrar no sistema, através da rede telefônica, que tem largura de banda estreita e, não pode carregar muitos bits por segundo. Os "modems" (Modulador – Demodulados) são dispositivos que conectam os micros à linha telefônica. (GATES, 1995)

A internet surgiu como um fenômeno mundial que possibilitou mudanças nos modos de trabalho, na formas de comunicação, no mercado mundial e influencia até o simples cotidiano dos indivíduos.

Através das redes digitais, as pessoas permutam mensagens entre indivíduos ou entre grupos, compartilham de conferências eletrônicas, têm acesso às informações públicas administradas nos computadores que participam da rede, arquitetam juntos mundos virtuais meramente lúdicos – ou sérios, compõem uma imensa enciclopédia viva, desenvolvem projetos políticos, amizades, cooperações, contudo, também servem ao ódio e à indagação. (LÉVY, 2003)

Com a evolução da rede de computadores, em 2003 surge um termo chamado Web 2.0 que é definida por Campos apud Musser el al. (2007, p. 2):

"como um conjunto de tendências econômicas, sociais e tecnológicas que coletivamente fundam a próxima geração da Internet- uma mídia mais madura e distintiva, caracterizada pela participação dos usuários, abertura e efeitos de rede."

A Web 2.0 é a segunda geração de serviços oferecidos online e tem como características marcantes as formas de publicação, o compartilhamento e a organização de informações, e também amplia a possibilidade de interação entre os participantes do processo.

Esta nova fase da internet, a Web 2.0, tem repercussões sociais notáveis, pois potencializa os processos de trabalho coletivo, de troca afetiva, de produção e circulação de informações, de edificação social de conhecimento amparada pela informática. (PRIMO, 2007)

Na Web 2.0 o conteúdo da informação é produzido pelos usuários, que compartilham seus arquivos, tecem comentários, recomendam informações relevantes, conversam online, ou seja, interagem entre si e com a rede. Exemplos de comunidades emergentes da Web 2.0 são o Youtube, Orkut, Facebook, entre outros.

2.3 A ERA DA INFORMAÇÃO

Por meio da revolução computacional e da rede mundial de computadores vivenciada por nós, o mundo presencia uma nova revolução: a Revolução Informacional, também denominada de Era da Informação.

Ver televisão, falar ao telefone, fazer transações bancárias no terminal bancário e, pela Internet, conferir multas de trânsito, comprar, trocar mensagens com indivíduos à longa distância, pesquisar e estudar são hoje atividades habituais. Velozmente nos adaptamos a essas inovações e passamos, a viver na Sociedade da Informação, uma nova era em que a informação corre a velocidades e em quantidades não apenas poucos anos inimagináveis, adotando valores sociais e econômicos essenciais. (Brasil, 2000)

A informática traçou um caminho semelhante ao caminho percorrido pela escrita: que inicialmente foi utilizada para fins matemáticos e após foi empregada e difundida para fins cotidianos, tornado-se assim ambas instrumentos de comunicação de massa. Porém, a informática talvez seja mais universal que a escrita manuscrita ou a impressão, tendo em vista que através da informática é possível o processamento e a difusão de sons e imagens. (LÉVY, 2003)

O conceito amplo de tecnologia da Informação inclui: sistemas de informação, o uso de hardware e software, telecomunicações, automação, recursos multimídia utilizados pelas organizações para fornecer dados, informações e conhecimento. (LAURINDO, 2001, p. 101)

Como toda revolução vivenciada até hoje pela humanidade, a Era da Informação trouxe um novo paradigma para os vários setores da sociedade, tais como: economia, política, educação, saúde, entre outros. Vivenciamos a transição de um modelo social e econômico, onde seus alicerces são a tecnologia e a informação.

O Brasil possui elementos vitais para conduzir uma iniciativa nacional em direção da

sociedade da informação. Na construção desta nova sociedade o Brasil possui a oportunidade de resgatar sua dívida social, investir em desenvolvimento e se tornar competitivo no cenário mundial. Para o desenvolvimento desta nova ordem é necessário uma base tecnológica e de infra-estrutura, mas também é imprescindível inovações nas estruturas de produção e organização, no setor da educação e nos órgão reguladores, normativos e do governo. O sucesso da "nova economia" depende da maior envolvimento dos indivíduos, das organizações como consumidores e usuários desta rede avançada de informação. (BRASIL, 2000)

Nossa sociedade vivencia transformações estruturais patrocinada pela inclusão das tecnologias da informação e comunicação em nosso cotidiano doméstico e de trabalho. Cabe a nós refletir, criticar e construir uma sociedade da informação mais justa.

> Uma coisa é certa: vivemos hoje em uma destas épocas limítrofes na qual toda antiga ordem das representações e dos saberes oscila para dar lugar a imaginários, modos de conhecimento e estilos de regulações social ainda pouco estabilizados. Vivemos um desses raros momentos em que, a partir de uma nova configuração técnica, quer dizer, de uma nova relação com os cosmos, um novo estilo de humanidade é inventado. (LÉVY, 1993, p. 17)

2.4 INFORMÁTICA EM SAÚDE E NA ENFERMAGEM

Presenciamos atualmente os efeitos da Revolução Computacional, onde presenciamos a inserção dos computadores e seus aplicativos em todos os seguimentos profissionais e sociais.

Não obstante a esta revolução o setor da saúde também vem vivenciando modificações profundas em seu modo de gerenciar, planejar e implementar ações de assistência a saúde.

O inicio da utilização de computadores em instituições de saúde ocorreu no final da década de 1950 nos Estados Unidos (EUA), no Baylor University Medical Center. Neste estudo realizado por John Diebold foram identificados duas grandes necessidades de aplicações dos computadores, a primeira aplicação para fins financeiros e a segunda aplicação de cunho médico- hospitalar. (HANNAH, 2009, p. 46)

No Brasil, na década de 1970, assim como em todo mundo os computadores foram inseridos inicialmente no âmbito hospitalar com o objetivo de aprimorar o controle financeiro destas instituições. Porém, logo após a aplicação financeira dos computadores, foi presenciada a inserção de equipamentos ou microcomputadores para monitorização fisiológica e testes hemodinâmicos. (SABBATINI, 1998)

A enfermagem iniciou seu contato com a nova tecnologia computacional através dos enfermeiros ligados a atividades gerenciais. Ou seja, os sistemas computacionais utilizados inicialmente por enfermeiros não tinham como foco a assistência de enfermagem, mas sim o gerenciamento de informações burocráticas geradas por enfermeiros. (MARIN, 1995, p. 03)

Apenas no final da década de 1960 e inicio da próxima década foi elaborado o primeiro sistema computacional hospitalar para aplicação clínica e não financeira nos EUA. (HANNAH, 2009, p. 47)

Seguindo uma tendência mundial ocasionada pelo avanço computacional e pelo crescente volume de informação, presenciamos uma verdadeira revolução no conhecimento.

Para acompanhar todas estas transformações no mundo e para difundir a nova corrente de conhecimento também inserida na área da saúde, foi criada a International Medical Informatics Association (IMIA). Através da criação desta associação foi possível o nascimento de sociedades de informática em saúde em vários países. No Brasil em 1986, foi criada a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS). (MARIN e SIGULEM, 2009, p. 04)

Já no âmbito da enfermagem, em 1990 durante o Terceiro Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, organizado pela SBIS, foi criado o Núcleo de Informática em Enfermagem (NIEn) da Universidade Federal de São Paulo. (MARIN e GRANITOFF, 1998, p. 42)

Com o fortalecimento da Informática em Enfermagem nas últimas décadas, podemos presenciar a aplicação desta especialidade em várias áreas da enfermagem.

Na administração ou gerência da assistência de enfermagem observamos a aplicação crescente de sistemas computacionais para auxílio nas atividades burocráticas. Tal fato pode constatado através da produção científica sobre esta temática.

O estudo desenvolvido por Santos (2003) teve como foco a aplicabilidade do computador na enfermagem direcionada a administração e gerenciamento de cuidados diretos ao paciente. Outro estudo sobre o binômio gerência de enfermagem e informática foi elaborado por Peterlini (2004), que discutiu a gerência do cuidado na interface da utilização do sistema de informação em saúde pelo enfermeiro.

Em ambas as pesquisas acima citadas, obeservamos que o enfermeiro que desenvolve atividades gerenciais trabalha com um grande volume de dados proveniente do desenvolvimento de suas tarefas. E é nesta perspectiva que a informática entra como forte aliada no processamento destes dados em informações relevantes, proporcionando assim um melhor planejamento e a desburocratização das atividades gerenciais do enfermeiro.

Também podemos observar a utilização da informática na assistência de enfermagem a clientes. Muitos enfermeiros assistenciais se distanciam do cuidado direto ao cliente para realizar atividades burocráticas (registros manuais do cuidado), tais como: registro de toda a sistematização da assistência de enfermagem, elaboração de relatórios diários, elaboração de escala diária de serviço, contagem de material permanente do setor, entre outros.

Porém, com a informatização é possível automatizar algumas funções relacionadas à escrituração da documentação da assistência de enfermagem. (ÉVORA, 1995, p. 21)

Outra vertente da utilização da informática na assistência de enfermagem é a criação e utilização de sistemas de apoio a decisão. Alguns estudos têm sido elaborados neste sentido no Brasil. Grando e Bastos (2000), no XVIII Congresso Brasileiro de Engenharia Biomédica apresentaram o trabalho "Sistema de apoio a decisão pata taxonomia NANDA: diagnósticos de enfermagem para pacientes com AVC". Rangel (2006) desenvolveu um sistema de apoio a decisão para elaboração da escala periódica de pessoal de enfermagem.

Portanto, observamos que a função da informática na assistência de enfermagem é a liberação do enfermeiro de suas atividades burocráticas demoradas, para maior dedicação aos cuidados diretos ao cliente, e a utilização de sistemas de informação que auxiliem o enfermeiro no planejamento e execução de uma assistência de qualidade.

2.5 A ERA DA INFORMAÇÃO NA SAÚDE

A partir da metade do século XX ocorreram inúmeros avanços nas ciências e na tecnologia, principalmente o avanço informacional. A humanidade em pouco tempo recebeu um volume extraordinário de informações novas, para serem processadas em um curto tempo porque, logo esta informação poderia ser defasada.

Com o objetivo de facilitar o processamento e o uso de toda informação gerada, nasceu a Ciência da Informação e os Sistemas de Informação.

> A Ciência da Informação é um campo dedicado ás questões científicas e a prática profissional voltadas para os problemas de efetiva comunicação do conhecimento e de seus registros entre os seres humanos, no contexto social, institucional ou individual do uso e das necessidades de informação. No tratamento destas questões são consideradas de particular interesse as vantagens das modernas tecnologias da informação. (SARACEVIC, 1999, p.47)

Portanto, a Ciência da informação trata sobre os processos da produção, organização, armazenagem, disseminação, gestão e uso da informação e do conhecimento. (MOTA, 2005, p.16)

Seguindo a tendência global do aumento exponencial da informação, a área da saúde

vem introduzindo em seu cotidiano a utilização de sistemas e informação em saúde.

Ainda parafraseando Mota (2005), os Sistemas de Informação tem como objetivo a realização dos processos de comunicação. Ou seja, os sistemas de informação facilitam todo o processo de comunicação humana.

A comunicação sempre foi o ponto crucial na área da saúde. Logo que o indivíduo recebe um atendimento é gerada uma informação que deveria acompanhá-lo nos próximos atendimentos, proporcionando a efetiva comunicação entre toda equipe multiprofissional de saúde.

O registro ou documentação dos atendimentos em saúde são agrupados em cada instituição de saúde e chamado de Prontuário do Paciente. Portanto, identificamos o prontuário como um instrumento vital de comunicação para os profissionais de saúde, para o paciente e para os gestores desta área.

O prontuário do paciente é uma importante unidade de registro que contém não somente a anamnese, exame físico, prescrições, resultados de exames, mas também abarca os registros de todos os profissionais que atenderam o paciente. Tem como objetivos a análise da evolução da doença, funciona como amparo ético e legal e proporciona análises estatísticas dos serviços de saúde. (POSSARI, 2007, p. 13)

O marco histórico do prontuário do paciente ou dos registros de saúde deu-se com Hipócrates ainda no século V a. C., e permaneceu nos mesmos moldes até o início do século XIX d. C., onde as anotações eram registradas de forma cronológica, logo o prontuário era orientado pelo tempo. (MARIN, MASSAD e NETO, 2003, p. 02)

Atualmente o prontuário do paciente é definido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) na Resolução Nº 1.638/2002, como:

> Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso, e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. (CFM, 2002)

Com a utilização das novas tecnologias da informação e com a certeza da importância do prontuário do paciente para a comunicação em saúde, surgiram os primeiros esforços no sentido da criação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

As tentativas iniciais para criação de um PEP datam as décadas de 60, 70 e 80 do século passado nos Estados Unidos. Porém houve uma lenta evolução desta tecnologia, pois somente em 1991 o Institute of Medicine vislumbrou a viabilidade do processo de criação de

um PEP. (POSSARI, 2007, p. 37)

> O prontuário eletrônico do paciente é um registro eletrônico que reside em um sistema especificamente projetado para apoiar os usuários, fornecendo acesso a um completo conjunto de dados corretos, alertas, sistemas de apoio à decisão e outros recursos, como links para base de conhecimento médico. (INSTITUTE of MEDICINE, 1997)

No Brasil, estamos ainda presenciando a implementação do PEP em algumas instituições pioneiras. Estas iniciativas inovadoras são descritas nos estudos de Fonseca e Santos (2007) e Rezende e Gaizinski (2008).

Para Possari (2007) os benefícios do PEP são:

- Aumento da qualidade do prontuário;
- Interligação entre informações vindas de diferentes fontes;
- Diminuição do espaço de armazenamento de grandes quantidades de informações;
- Facilidade na apresentação e pesquisa de informação;
- Melhora no processo de tomada de decisão;
- Melhora na qualidade do cuidado do paciente;
- Velocidade no acesso a essas informações, entre outras.

Porém exixtem algumas desvantagens na utilização do PEP descritas por McDonald e Barnett (1990), são elas:

- Necessidade de grande investimento de hardware, software e treinamento;
- Os usuários podem não ser acostumar com os procedimentos informatizados;
- Estar atento a resistências e sabotagens;
- Demora por ver os resultados do investimento;
- Falhas de hardware e software, entre outros.

Contudo, acreditamos que o Prontuário Eletrônico do Paciente será uma realidade num futuro próximo. Para isso a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) vem realizando um evento nacional sobre PEP, o último realizado em São Paulo em 2009, que

discutiu “A Saúde conectada através do Registro Eletrônico em Saúde: sonho ou necessidade?”

Tendo em vista a adoção progressiva do PEP pelas instituições de saúde o Conselho Federal de Medicina (CFM), através de sua Resolução CFM Nº 1.821/07aprovou as normas técnicas concernentes a digitalização e uso dos sistemas informatizados para guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) ainda não publicou nenhuma resolução que trate especificamente do registro eletrônico da enfermagem. Mas, na vanguarda desta temática o Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. Através do Parecer COREN-SC Nº 022/ CT/2008 iniciou o debate sobre o PEP e a enfermagem.

Logo, cabe a enfermagem intensificar as discussões e estudos acerca dos dados/registros relativos à assistência de enfermagem que devem abarcar o PEP. Caso não tenhamos esta iniciativa ficaremos a margem de um novo paradigma dos registros em saúde.

Santos e Nóbrega (2004) corroboram com a questão acima quando dizem que o grande desafio da enfermagem é saber de que informação necessitamos para gerenciar com qualidade os cuidados de enfermagem.

Ainda citando o mesmo texto, os autores descrevem a necessidade de compreender os aspectos teórico-práticos da enfermagem, que são imprescindíveis para o desenvolvimento de sistemas de informação em enfermagem.

2.6 O PROCESSO DE ENFERMAGEM

A Enfermagem moderna que teve seu início com Florence Nightingale (1820-1910), enquanto profissão vem trilhando assim como a história da humanidade, caminhos repletos de dificuldades, modificações e superações. Porém, tais eventos nos proporcionam momentos de reflexão sobre nossa prática junto à clientela, a equipe multidisciplinar e entre a própria equipe de enfermagem.

Tendo em vista todo este contexto, a Enfermagem passou a se preocupar com a cientificidade de suas ações, contudo comparada com outras profissões seculares estamos ainda determinado o corpo do nosso saber.

> Nenhuma ciência pode sobreviver sem filosofia própria. Embora esta muitas vezes não apareça de maneira clara e por escrito, percebe-se

> que todos os cientistas, daquele ramo do saber humano, estão ligados entre si por comum unidade de pensamento: na filosofia científica. (Horta 1979, p.03).

Segundo Carvalho (2009), a enfermagem é uma ciência em construção. Porque está pautada em modelos teóricos, em princípios, em método específico de trabalho, e em possui conhecimentos de uma prática científica reconhecida legalmente. Portanto, a enfermagem é uma prática profissional cientificamente fundamentada.

Para que a enfermagem possa desenvolver sua base científica faz-se necessário que apresente seus conhecimentos de forma organizada e sistematizada, seguindo uma metodologia científica.

De acordo com Azevedo (2001) o termo processo de enfermagem foi inicialmente encontrado na literatura científica no ano de 1961, em um estudo publicado por Orlando que propunha a sistematização da assistência de enfermagem.

Na década de 1970, com o objetivo de se estabelecer como ciência a Enfermagem brasileira iniciou suas discussões sobre a delimitação de seu objeto e a definição de uma metodologia de trabalho. Tais iniciativas visavam à conquista da autonomia enquanto prática cuidativa e a diferenciação da enfermagem frente a outras profissões. (LEADEBAL, FONTES e SILVA, 2010)

Ainda nesta mesma década, em São Paulo, Wanda de Aguiar Horta difunde na enfermagem brasileira o emprego do processo de enfermagem atrelado ao referencial teórico das necessidades humanas básicas de Maslow. Logo, a prática de enfermagem deveria ser embasada em uma metodologia científica, que contemplasse cinco etapas: levantamento de dados (histórico), diagnóstico, planejamento, execução e avaliação. (KLETEMBERG, 2006, p.479)

> Para que a enfermagem atue eficientemente, necessita desenvolver sua metodologia de trabalho que está fundamentada no método científico. Este método de atuação da enfermagem é denominado processo de enfermagem. (HORTA, 1979, p.31)

Logo, o processo de enfermagem (PE) contribui para a sistematização do atendimento das necessidades do ser humano (indivíduo, família, comunidade) pela enfermagem. Tal sistematização confere ao processo de enfermagem um caráter metodológico científico.

Ainda citando Horta (1979, p. 35): “O processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento de dinamismo de suas fases ou passos”.

Tendo em vista o estudo elaborado por Garcia e Nóbrega (2009), o PE pode ser definido como um instrumento tecnológico ou como um modelo metodológico. Pode ser caracterizado como um instrumento tecnológico, pois tecnologia é a utilização do conhecimento para produzir bens e serviços. E o PE é um instrumento tecnológico que utilizamos para o cuidado, para planejar e organizar o cuidar e também para documentar a nossa prática profissional. Já a definição de modelo metodológico é a mais difundida, por possibilitar a identificação, compreensão, descrição e explicação das necessidades humanas da nossa clientela.

A Resolução Nº 358/2009, considera: "o Processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional."

HORTA descreve as fases do processo de enfermagem como: "histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico." (HORTA, 1979, p.35)

O histórico de enfermagem é o primeiro passo do processo de enfermagem e segundo o COFEN: "este tem por objetivo conhecer hábitos individuais e biopsicossociais visando à adaptação do paciente à unidade de tratamento, assim como a identificação de problemas." (COFEN, 2002)

O histórico de enfermagem deve obedecer a uma estrutura sistematizada para que o enfermeiro possa obter os dados frente ao cliente de forma a elaborar julgamentos clínicos precisos. Os dados contidos no histórico de enfermagem são obtidos através de entrevista ao cliente, exame físico e consulta ao prontuário.

O segundo passo do processo de enfermagem é o diagnóstico de enfermagem HORTA descreve o diagnóstico de enfermagem como: "A identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a determinação pela enfermeira do grau de dependência deste atendimento em natureza e em extensão." (HORTA, 1979, p.35)

Ao utilizar o processo de enfermagem para um cuidado individualizado, o enfermeiro põe em teste o seu julgamento clínico e o seu raciocínio diagnóstico, para que possa tomar as decisões corretas sobre o processo de cuidar. (CORRÊA, 2003, p.09)

Por tudo, fica nítida a importância do diagnóstico de enfermagem para planejamento dos cuidados de enfermagem cientificamente pautados.

Através do diagnóstico de enfermagem será traçado o plano assistencial que segundo HORTA (1979, p.36): "é a determinação global de assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido."

Portanto o plano assistencial descreve as estratégias estabelecidas pelo enfermeiro para realizar o cuidar e os cuidados de enfermagem.

Após a determinação do plano assistencial, será construído o quarto passo do processo de enfermagem, o plano de cuidados/ prescrição de enfermagem. Prescrição de enfermagem é o conjunto de medidas decididas pelo enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde. (COFEN, 2002)

A prescrição de enfermagem deve ser realizada e avaliada diariamente pelo enfermeiro e neste instrumento deve conter o aprazamento do período que o cuidado de enfermagem deve ser realizado.

Após a implementação da prescrição de enfermagem será realizada a evolução do enfermeiro (quinto passo do processo de enfermagem).

Evolução de enfermagem é o relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no indivíduo, enquanto estiver sob assistência do enfermeiro. Através da evolução é possível avaliar a resposta do ser humano à assistência de enfermagem prestada. (HORTA, 1979)

O sexto passo do processo de enfermagem descrito por HORTA em 1979, o prognóstico de enfermagem, é reprimido em algumas literaturas e na resolução do COFEN n^0 272/2002.

Porém HORTA (1979, p.36) o conceitua: "Estimativas da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e a luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem."

Tendo em vista a descrição do processo de enfermagem realizada, acreditamos ser este o caminho para construção de uma enfermagem científica. Estabelecendo para seus clientes o cuidado de enfermagem individualizado, científico e com elevado grau de qualidade.

Neste sentido, a Resolução COFEN Nº 358/2009 em seu texto: "Considera que a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao

método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem".

Para Herminda e Araújo (2006) a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é utilizada em algumas instituições como um método assistencial por meio do Processo de Enfermagem, o qual é compreendido como aplicação prática de uma teoria de enfermagem.

Para a construção científica do cuidar, o enfermeiro lança mão do método da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Este método permite aos enfermeiros identificar as necessidades humanas básicas afetadas na sua clientela para posteriormente identificar os diagnósticos classificados e as suas respectivas intervenções de enfermagem estabelecidas. (REPPETTO e SOUZA, 2005, p. 326)

Contudo, definir e diferenciar os termos PE e SAE pode parecer confuso e complexo para muitos enfermeiros.

Este fato é discutido no estudo realizado por Fully, Leite e Lima (2008) onde foram observados conflitos entre a utilização dos termos: Processo de Enfermagem, Sistematização da Assistência de Enfermagem e Metodologia da Assistência de Enfermagem (MAE). As autoras relatam a presença de três correntes que divergem no emprego desses termos. A primeira corrente trata os três termos como distintos, a segunda corrente trata os termos PE e MAE como sinônimos e a terceira corrente afirma que os três termos são sinônimos.

Porém, atualmente a realização da SAE pelos enfermeiros não é mais uma questão apenas de caráter científico, em 2002 o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) publicou sua primeira resolução, Resolução COFEN Nº272/2002, sobre este tema que trazia recomendações claras sobre as etapas da SAE e a obrigatoriedade da sua execução e registro em prontuário.

Em 2009, o COFEN mediante as suas discussões contínuas sobre a SAE publica nova resolução, Resolução Nº 358/2009, que em seu texto dá ênfase ao termo Processo de Enfermagem e o classifica como instrumento metodológico.

Ainda citando a resolução acima, esta descreve o PE em cinco etapas:

1. Coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem);

2. Diagnósticos de enfermagem;
3. Planejamento de Enfermagem;
4. Implementação;
5. Avaliação de enfermagem.

Para Truppel et al (2009) mesmo estando a SAE incorporada à assistência de enfermagem de algumas instituições, as atuais demandas clamam por seu aperfeiçoamento, tornando necessária a utilização de sistemas de classificação com o objetivo de descrever e padronizar as situações do exercício profissional.

O emprego de uma linguagem comum ajuda a mensurar o valor econômico dos serviços prestados e facilita a comunicação entre os profissionais, clientes e equipe. (GARBI et al., 2009)

Para atender a necessidade de padronização da linguagem, foram desenvolvidos internacionalmente alguns sistemas de classificação, tais como: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC), Nursing Interventions Classification (NIC), entre outros menos empregados no Brasil.

Esta padronização da linguagem através do emprego de Sistemas de Classificação favorece: a utilização de sistemas computadorizados de informação em enfermagem possibilita a formação de um conjunto uniformizado de dados possibilitando a troca internacional de dados e permite qualificar e avaliar a eficiência dos cuidados implementados. (PEREIRA et al, 2010)

Mesmo que ainda não seja obrigatório o emprego, a enfermagem precisa discutir e aplicar suas terminologias para promover o seu crescimento e sua sustentação como prática profissional. Prática norteada pelo raciocínio clínico e crítico. (FULLY et al, 2008)

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo que utilizou como método a abordagem qualitativa. Mas, com o objetivo de ampliar as possibilidades de investigação e a compreensão do universo dos sujeitos foram utilizados, de forma complementar, alguns dados quantitativos. Esta investigação teve, também, um caráter descritivo e exploratório.

A adoção do delineamento qualitativo, feita neste estudo, emergiu da necessidade de atender plenamente o objeto desta pesquisa. Objeto este, que não pode ser quantificado, e sim compreendido através dos significados subjetivos, das aspirações, dos motivos, das percepções, das atitudes e das opiniões contidas nos discursos dos sujeitos, atribuídas ao objeto de estudo.

Para Minayo (2008), o método qualitativo possibilita desvelar processos sociais pouco explorados, proporciona a elaboração de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias. Tem como características a empiria e a sistematização do conhecimento, para que seja possível a compreensão da lógica dos sujeitos ou do processo a ser estudado.

Os dados quantitativos, que serão apresentados através de freqüência simples, tiveram como objetivo apenas a caracterização dos sujeitos desta pesquisa, contudo foram dados de grande relevância para uma melhor compreensão do objeto deste estudo.

Sobre o caráter complementar, Polit e Hungler (2008) destacam que a opção pelo método qualitativo com complementação de dados quantitativos promove a complementaridade entre palavras e números, duas linguagens essenciais no processo de comunicação do ser humano.

Tecendo considerações sobre o caráter descritivo e exploratório, Lobiondo-Wood; Haber (2001) descrevem o estudo descritivo-exploratório como aquele em que os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que haja interferência do pesquisador.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um Hospital Universitário (HU) localizado no município do Rio de Janeiro que faz de uma Universidade Federal situada neste mesmo município.

Este HU é referência no tratamento de diversas patologias de alta complexidade, e efetua procedimentos e estudos pioneiros em parceria com órgãos de pesquisa nacionais e internacionais.

Sua inauguração ainda na década de 70 do século passado, teve com objetivo criar um centro de excelência em assistência, ensino e pesquisa. Sua missão está pautada no desenvolvimento de ações de ensino e pesquisa em harmonia com a função social da universidade, articulada à assistência, à saúde de alta complexidade e integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionando aos seus usuários um atendimento de qualidade e de acordo com os princípios éticos e humanísticos.

Os objetivos institucionais deste Hospital são:

- Atuar como hospital terciário no SUS;
- Agir de forma articulada, atendendo as demandas técnico-científicas das unidades de saúde do SUS;
- Servir de campo de treinamento para o ensino de graduação das profissões de saúde;
- Proporcionar a realização de cursos de Pós-Graduação e de especialização das unidades docentes, dando ênfase aos programas de Residência Médica e Residência Interdisciplinar;
- Treinar pessoal de nível médio e auxiliar, com o objetivo de aprimorar a qualidade dos próprios serviços;
- Propiciar um ambiente de estímulo à pesquisa;
- Corroborar na formação da equipe de saúde, mediante ao trabalho conjunto e à co-participação nas responsabilidades, com respeito às normas do exercício profissional.

Caracterizando este Hospital Universitário, observamos que sua inauguração data o dia primeiro de Março de 1978, sua localização é em um bairro da zona norte do município do Rio de Janeiro, onde ocupa uma área de 110.000 metros quadrados. Sua equipe multidisciplinar é composta por 3.513 profissionais, destes 260 são enfermeiros e 901 outros profissionais da enfermagem. Sua capacidade total é de 527 leitos. (HUCFF, 2009)

Explicitando toda a complexidade e extensão da equipe multidisciplinar que atua neste cenário apresentamos a seguir a Figura 1, que apresenta o organograma institucional.

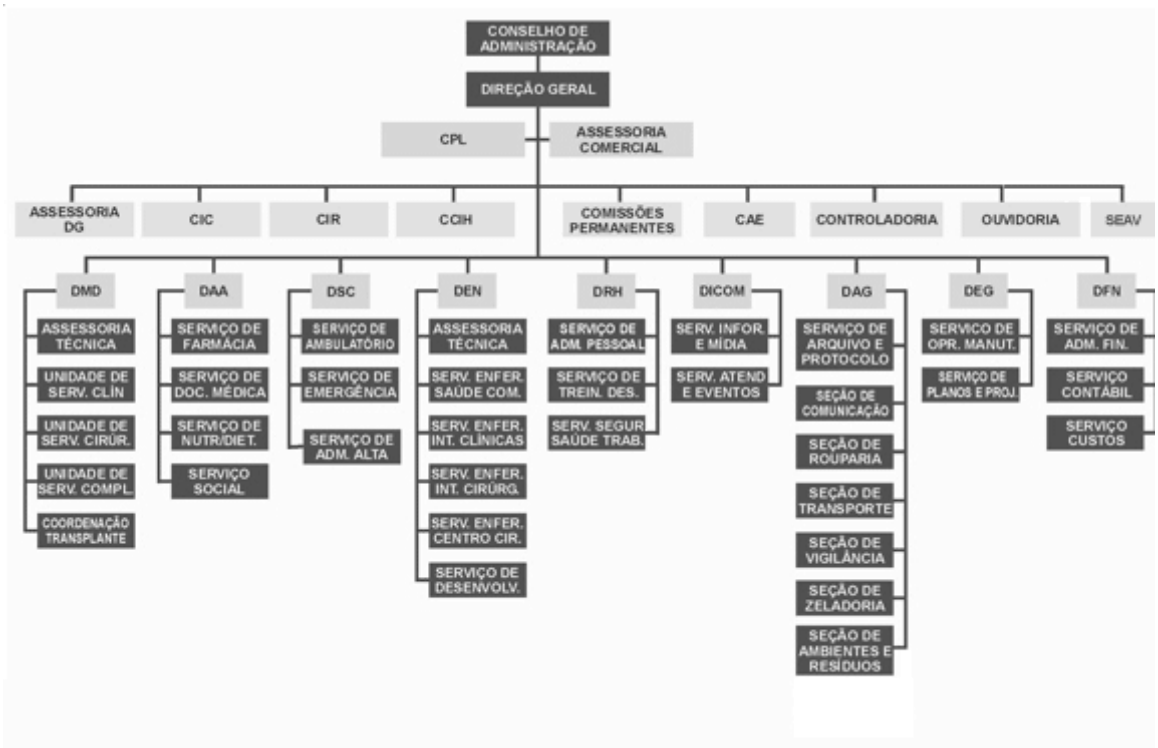


Figura 1 – Organograma do HUCFF
Fonte: HUCFF (2009)

Contudo, o cerne deste estudo é a Enfermagem, especificamente os enfermeiros. Logo, apresentaremos com maior ênfase a Divisão de Enfermagem (DEN) que compõe o corpo clínico deste HU e que está diretamente subordinada a Direção Geral deste mesmo Hospital.

A filosofia desta DEN está pautada na própria profissão e no respeito aos direitos da pessoa humana e da família, no cumprimento das medidas legitimamente pelo Estado. As ações da enfermagem estão centradas no ser humano em face de suas necessidades básicas. Essas ações são desenvolvidas na assistência integral de enfermagem, com a participação do paciente, estimulando o auto-cuidado. (HUCFF, 2009)

A integração ensino-assistência na Divisão de Enfermagem é fruto do entrosamento desta divisão com entidades formadoras, principalmente a Escola de Enfermagem da mesma Universidade. Este entrosamento facilita e norteia a formação integral do estudante e assegura um alto nível assistencial.

O processo docente–assistencial é contínuo na DEN, e desta forma estimula a realização de pesquisas que tenham o homem como objeto de investigação, com o objetivo de melhor assisti-lo com ser bio-psico-socio-espiritual.

Esta Divisão de Enfermagem possui as seguintes finalidades, segundo o seu

Regimento (HUCFF, 2009):

- Promover assistência de enfermagem integral e continua, de forma sistematizada;
- Garantir meios e condições necessárias para a promoção e manutenção de um elevado nível de qualidade na assistência de enfermagem;
- Prover os recursos humanos necessários ao desenvolvimento das atividades técnicas, científicas e administrativas, na esfera desta Divisão;
- Oferecer programas de treinamento em serviço e de educação continuada;
- Promover e colaborar em atividades científicas e de pesquisa que possibilitem a constante atualização e aperfeiçoamento do seu pessoal;
- Propiciar às unidades de ensino da Universidade e outras instruções de ensino as facilidades indispensáveis ao desenvolvimento de programas de ensino em cursos de graduação e pós-graduação;
- Participar em estudos, análises e programas de Saúde Comunitária, e na elaboração de ações básicas e hierarquizadas de extensão de assistência e de ampliação de cobertura;
- Proporcionar recursos materiais, permanentes e de consumo, necessários ao desenvolvimento das atividades de enfermagem e zelar pela utilização dos mesmos;
- Recomendar o orçamento da Divisão e estabelecer controle na aplicação dos recursos financeiros;
- Propiciar as condições necessárias ao desenvolvimento do trabalho em equipe e de integração com os demais órgãos componentes da estrutura do Hospital;
- Manter atualizados o Regimento Interno, as Normas e Rotinas operacionais, assim como outros instrumentos administrativos fundamentais à gerência da Divisão;
- Propor admissão, dispensa, transferência, designação, e outras movimentações necessárias de servidores sob sua responsabilidade.

Como parágrafo único em seu Regimento a DEN discorre:

"Para a consecução dos seus fins a Divisão de Enfermagem obedecerá a uma filosofia de trabalho fundamentada nas ações profissionais da enfermagem previstas em lei, centrada na preservação dos direitos humanos, nos valores e na autonomia profissional." (HUCFF, 2009)

Com o objetivo de representar graficamente a organização desta Divisão de Enfermagem, a seguir apresentaremos a Figura 2, que traz o organograma específico da Divisão de Enfermagem deste HU.

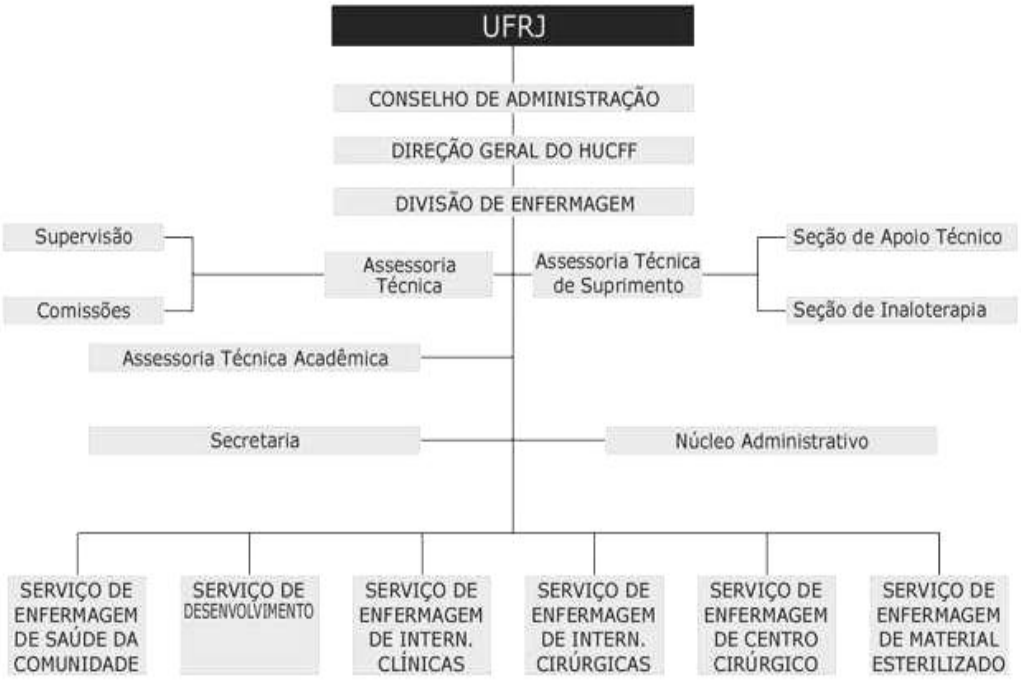


Figura 2 – Organograma da Divisão de Enfermagem (DEN)
Fonte: HUCFF (2009)

Mediante a representação gráfica acima, podemos observar a organização e o funcionamento da Divisão de Enfermagem do hospital cenário deste estudo.

Com o objetivo de centralizar a descrição dos órgãos que são fundamentais, para a compreensão e desenvolvimento desta pesquisa, passaremos a discorrer sobre o Serviço de Desenvolvimento, o Serviço de Enfermagem de Internações Clínicas e o Serviço de Enfermagem de Internações Cirúrgicas.

Estes Serviços serão mais bem abordados, pois o primeiro é responsável pelo treinamento do corpo de enfermagem deste hospital (funcionários recém-admitidos e os que já fazem parte do corpo de enfermagem) e os demais Serviços são os campos de prática dos sujeitos deste estudo, pois nestes Serviços os enfermeiros utilizam o Prontuário Eletrônico do Paciente em suas atividades assistenciais.

O Serviço de Desenvolvimento tem por finalidades (HUCFF, 2009):

- Realizar treinamento inicial do servidor recém–admitido, em todas as categorias funcionais;
- Buscar áreas de necessidade em educação continuada para o pessoal de

enfermagem para realizar uma programação educacional;

- Planejar, coordenar e implementar programas de educação continuada, buscando a eficiência do desempenho funcional;
- Manter curso para formação de auxiliar de enfermagem, conforme legislação vigente;
- Prover recursos auxiliares para o desenvolvimento dos programas;
- Responsabilizar-se pela padronização e atualização de normas, rotinas e procedimentos técnicos de enfermagem;
- Fomentar estudos e análises operacionais e de métodos de trabalho para fins de reajustes e organização setorial;
- Corroborar em programas educacionais para o pessoal das demais Divisões e Unidades de Ensino.

O Serviço de Enfermagem de Internações Clínicas e o Serviço de Enfermagem de Internações Cirúrgicas compreendem os setores de internação hospitalar onde os clientes são classificados em pacientes clínicos ou cirúrgicos e estão dispostos em localizações distintas dentro do espaço geográfico do hospital.

O Serviço de Enfermagem de Internações Clínicas tem por finalidade, planejar, coordenar, supervisionar e avaliar a assistência integral de enfermagem a pacientes com problemas clínicos, transmissíveis ou não. (HUCFF, 2009)

Ao Serviço de Enfermagem de Internações Clínicas estão subordinados sete setores de internação, dos quais:

- Dois estão localizados no quinto andar, são eles:
  - 5B – Dermatologia – 14 leitos - 06 enfermeiros plantonistas
  - 5D – DIP - 08 enfermeiros plantonistas
- Um está localizado no sétimo andar:
  - 7A- Nefrologia - 18 leitos - 08 enfermeiros plantonistas
- Quatro estão localizados no nono andar, são eles:
  - 9A – Gatroenterologia e Clínica Médica – 22 leitos - 06 enfermeiros plantonistas
  - 9C – Clínica Médica – 33 leitos - 11 enfermeiros plantonistas
  - 9D - Clínica Médica – 34 leitos - 06 enfermeiros plantonistas
  - 9F – Internações por Convênios de Saúde – 18 leitos - 06 enfermeiros plantonistas

O Serviço de Enfermagem de Internações Cirúrgicas tem por finalidade, planejar, coordenar, supervisionar e avaliar a assistência integral a pacientes com problemas clínicos e cirúrgicos e também se responsabiliza pela assistência integral de enfermagem aos pacientes no Centro de Terapia Intensiva (CTI). (HUCFF, 2009)

No Serviço de Enfermagem de Internações Cirúrgicas estão abarcados cinco setores, com a seguinte distribuição:

- Três setores localizados no oitavo andar:
    - 8C – Cardiologia, Cirurgia Vascular e Cirurgia Cardíaca – 38 leitos - 07 enfermeiros plantonistas
    - 8D – Unidade Coronariana e Pós- Operatório de Cirurgia Cardíaca – 12 leitos- 16 enfermeiros plantonistas
    - 8F – Hematologia, Transplante de Medula – 18 leitos - 06 enfermeiros plantonistas
- Um setor no décimo andar:
    - 10A – Reumatologia, Endocrinologia e Proctologia – 14 leitos - 07 enfermeiros plantonistas
- Um setor no décimo primeiro andar:
    - 11B – Cirurgia Geral – 40 leitos - 07 enfermeiros plantonistas
- E no décimo terceiro andar, um setor;
    - Centro de Terapia Intensiva - CTI Neurocirúrgico, CTI Clínico e CTI Cirúrgico – 20 leitos - 17 enfermeiros plantonistas

Ainda caracterizando o cenário deste estudo, torna-se necessário a descrição da rotina da assistência de enfermagem preconizada pela DEN e mais especificamente pelo Serviço de Desenvolvimento.

Em todos os setores de assistência à saúde deste HU existe um Manual de Rotinas Operacionalizadas pela Enfermagem (impresso), elaborado pelo Serviço de Desenvolvimento no ano de 2000, que descreve todas as ações atribuídas ao corpo de enfermagem deste Hospital. Logo, todos os profissionais de enfermagem têm acesso irrestrito ao conteúdo deste Manual que contempla de forma abrangente as ações da enfermagem.

No que diz respeito ao funcionário recém admitido, a Divisão de Enfermagem encaminha este profissional ao Serviço de Desenvolvimento desta mesma Divisão, para que ele realize um treinamento técnico pautado neste mesmo Manual de Rotinas

Operacionalizadas.

Tendo em vista que este estudo foi desenvolvido nos Serviços de Internação Clínica e Cirúrgica, torna-se essencial o nosso entendimento acerca da Rotina de Admissão do Cliente nas Unidades de Internação. (Anexo B)

Neste impresso, a Rotina de Admissão do Cliente nas Unidades de Internação, estão elencadas as ações do enfermeiro durante a admissão do paciente, são elas:

- Receber o cliente;
- Providenciar a acomodação do cliente ao leito reservado;
- Fazer admissão em formulário denominado "Ficha de Admissão", colhendo dados através da entrevista e exame físico do cliente;
- Elaborar o plano de cuidados de enfermagem;
- Computar a admissão no Relatório Diário do Setor;
- Identificar o prontuário do cliente;
- Solicitar o Médico responsável pelo cliente para proceder à admissão médica;
- Receber a prescrição médica, aprazar a primeira via;
- Encaminhar a segunda via da prescrição médica ao Serviço de Farmácia;
- Providenciar a realização de exames;
- Providenciar o encaminhamento de solicitação de exames;
- Prestar cuidados específicos de enfermagem, sempre que necessário.

Correlacionado a descrição do cenário de pesquisa com o objeto de investigação, torna-se imprescindível a descrição da ferramenta utilizada pelos enfermeiros nos setores de internação, o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

O PEP é utilizado pela equipe multidisciplinar que presta assistência à saúde dos clientes atendidos neste HU. Contudo, somente nos Serviço de Enfermagem de Internações Clínicas e o Serviço de Enfermagem de Internações Cirúrgicas esta ferramenta é utilizada para o registro de dados clínicos da enfermagem. Nos demais Serviços subordinados a DEN, estes dados ainda são registrados manualmente.

A introdução do PEP no cotidiano assistencial da enfermagem se deu de forma progressiva, tendo seu início no ano de 2000 com um projeto piloto em apenas um setor de internação. Posteriormente, esta implantação progrediu para os demais setores de internação e hoje todos os setores de internação utilizam o PEP para o registro dos dados da assistência de enfermagem.

A tecnologia utilizada no HU cenário deste estudo é o MedTrak, que foi desenvolvido com base no banco de dados Cahé, da empresa InterSytems. Este banco de dados possui servidores multidimensionais.

Para acessar o PEP, os profissionais da enfermagem necessitam se dirigir a salas próximas as enfermarias denominadas “ilhas de computação”, cada andar possui duas “ilhas” com 10 computadores em média. Nos Centros de Terapia Intensiva existem computadores dentro da própria unidade em bancadas próximas ao Posto de enfermagem.

Ao acessar o PEP como ícone denominado ProntHU, o usuário deverá introduzir nos campos específicos de identificação, seu nome de usuário e senha. Esta identificação permite o acesso ao PEP, contudo o funcionário só poderá inserir dados de acordo com o seu perfil funcional, mas poderão visualizar os dados inseridos pelas demais categorias profissionais.

Após a tela de identificação, o enfermeiro, foco de interesse deste estudo, deverá selecionar a enfermaria que quer acessar e posteriormente o paciente que terá suas informações acessadas.

Ao selecionar o paciente, o enfermeiro terá acesso para inclusão de dados nos seguintes ícones: evolução do enfermeiro; prescrição de enfermagem; relatório de enfermagem e, um grande ícone denominado Enfermagem que é composto por: anotações de enfermagem, sinais vitais, balanço hídrico e checagem de prescrição médica e de enfermagem. A introdução dos dados no PEP pelo enfermeiro, não está vinculada a uma ordem hierárquica dos dados, cada ícone pode ser preenchido independentemente.

No que diz respeito ao treinamento dos enfermeiros para utilização do PEP, este foi realizado pela Coordenação de Informática e Rede (CIR). Aos enfermeiros admitidos após a implantação do PEP o treinamento foi realizado em dois momentos dentro do treinamento inicial no ato da admissão. Para os enfermeiros que presenciaram a introdução do PEP no cotidiano assistencial, estes treinamentos foram agendados junto à equipe do CIR mediante a disponibilidade mútua. Mesmo após o treinamento, existem profissionais treinados para que possam retirar possíveis dúvidas durante o plantão diurno e noturno.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos desta pesquisa foram 26 enfermeiros assistenciais/plantonistas do hospital cenário do estudo. Estes enfermeiros estão subordinados diretamente ao Serviço de Enfermagem de Internações Clínicas e ao Serviço de Enfermagem de Internações Cirúrgicas da DEN. Estes dois Serviços possuem um universo total de 111 enfermeiros plantonistas.

Contudo, os sujeitos deste estudo foram selecionados mediante a técnica de amostragem não probabilística, sendo entendida como população por conveniência, descrita por Hulley (2001).

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

A elaboração e execução deste estudo foram pautadas na Resolução Nº 196 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos de pesquisas com seres humanos. Portanto, esta pesquisa trouxe como alicerces junto aos sujeitos, os princípios da autonomia, da beneficência, a não-maleficiência e a justiça.

Como critério obrigatório para o desenvolvimento da investigação, este projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital cenário. Sendo aprovado em 08/06/2010, com protocolo de pesquisa 019/10, sob o Memorando nº 396/10. (Anexo A)

Os sujeitos que participaram deste estudo, receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), onde ficaram expostos todos os objetivos, métodos, conseqüências, identificação do pesquisador e seus direitos como participante da pesquisa. Este termo foi assinado pelos sujeitos do estudo mediante a sua concordância em participar da pesquisa, também foi assinado pelo pesquisador e uma cópia deste documento ficou com o sujeito do estudo.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada contemplando o delineamento qualitativo adotado neste estudo, através de um questionário. (Apêndice B)

A opção por utilizar como instrumento de coleta de dados um questionário, deu-se pela dificuldade de obtenção dos dados durante o trabalho dos enfermeiros e pela flexibilidade do horário de preenchimento do questionário.

Para LAKATOS e MARCONI (1985, p. 74): “questionário é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador.”

Foram distribuídos 35 questionários a enfermeiros que estão alocados nos setores subordinados ao Serviço de Enfermagem de Internações Clínicas e ao Serviço de Enfermagem de Internações Cirúrgicas da DEN, ou seja, enfermeiros de setores distintos participaram deste estudo. Contudo, foram devolvidos a pesquisadora 26 questionários

respondidos.

A primeira etapa da coleta de dados contemplada no questionário foi composta por questões fechadas de múltipla escolha (com mostruário), questões fechadas dicotômicas e uma pergunta que combina questão fechada com aberta. Este instrumento tem por objetivo corroborar na compreensão do universo dos sujeitos através de sua caracterização.

Na segunda etapa do questionário, foram obtidos os dados qualitativos deste estudo. Estes dados emergiram por meio de quatro perguntas abertas, ou seja, foram realizadas as mesmas perguntas a todos os sujeitos, porém cada indivíduo redigiu a sua própria resposta, com toda riqueza e subjetividade peculiar de cada sujeito.

3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados referentes ao perfil dos sujeitos foram tratados por meio da estatística descritiva, utilizando a distribuição por freqüência.

> Os procedimentos estatísticos permitem que o pesquisador resuma, organize, interprete e comunique a informação numérica. [...] A estatística descritiva é usada para descrever e sintetizar os dados. As médias e porcentagens são exemplos de estatística descritiva. POLIT; BECK; HUNGLER (2004, p. 312)

Os dados qualitativos foram analisados e interpretados, mediante a leitura exaustiva do conteúdo das respostas às questões abertas do questionário. Logo após foi aplicada a Análise de Conteúdo (A.C) descrita por Bardin em 1977. A opção por utilizar a A.C no tratamento dos dados ocorreu por ser esta a metodologia mais adequada a investigação qualitativa, com dados advindos de relatos dos próprios sujeitos.

O surgimento da Análise de Conteúdo data o início do século XX nos Estados Unidos com o objetivo de analisar material jornalístico. Porém entre 1940 e 1950, cientistas se interessaram pelos símbolos políticos, corroborando assim para seu desenvolvimento e a sua utilização por várias áreas do conhecimento. (CAREGNATO e MUTTI, 2006, p.682)

Bardin (1977) descreve a A.C:

> Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 1977, p. 42)

Bardin (1977) propõe a A.C pautada em três fases distintas:

1. Inicialmente a pré- análise;
2. Seguida da exploração do material e
3. O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. (Bardin, 1977, p.

95)

A primeira fase da A.C chamada de pré- análise é o momento da organização dos dados. Nesta fase foi realizada a leitura flutuante das entrevistas e ocorreu a impregnação do investigador por impressões advindas dos dados obtidos. Posteriormente foi realizada a demarcação dos documentos relevantes que sofreram o tratamento.

Com os documentos relevantes definidos foi realizada a *constituição de um corpus*, para o tratamento analítico. Para a *constituição de um corpus,* Bardin (1977) cita algumas regras fundamentais:

1. Regra da exaustividade (todos os elementos contidos nos dados devem ser analisados),
2. Regra da representatividade (o quantitativo de amostras deve ser representativo dentro do universo pesquisado),
3. Regra da homogeneidade (todos os documentos analisados devem abordar o mesmo tema) e,
4. A regra da pertinência (os documentos que serão analisados devem atender aos objetivos do estudo).

A segunda fase da A.C tratou-se da exploração do material. Esta exploração foi realizada por meio de estruturação dos dados mediante as estratégias denominadas por Bardin (1977) como inventário das unidades de registro e de contexto e classificação por analogias.

Já na terceira fase descrita por Bardin, como tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação foi pautada nos dados oriundos dos inventários e das analogias, que sofreram categorização e análise temática.

> A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos. (BARDIN, 1977, p. 117)

Ainda fazendo referência a mesma autora: "[...] fazer uma análise temática consiste em descobrir os "núcleos de sentido" que compõem a comunicação e cuja presença ou freqüência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido [...]" (Bardin,1977, p. 105)

Quanto à análise temática Bardin (1977) diz: "a análise temática é transversal, isto é, recorta o conjunto das entrevistas através de uma grelha de categorias projetadas sobre os conteúdos. Não se tem em conta a dinâmica e a organização, mas a freqüência dos temas [...]" (Bardin, 1977, p. 175)

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados qualitativos e quantitativos foram organizados e apresentados em dois momentos distintos, estes também sofreram processos diferenciados de tratamento e de análise.

Iniciaremos a apresentação e a discussão dos resultados, a partir da apresentação e análise do perfil dos sujeitos que compuseram a amostra deste estudo.

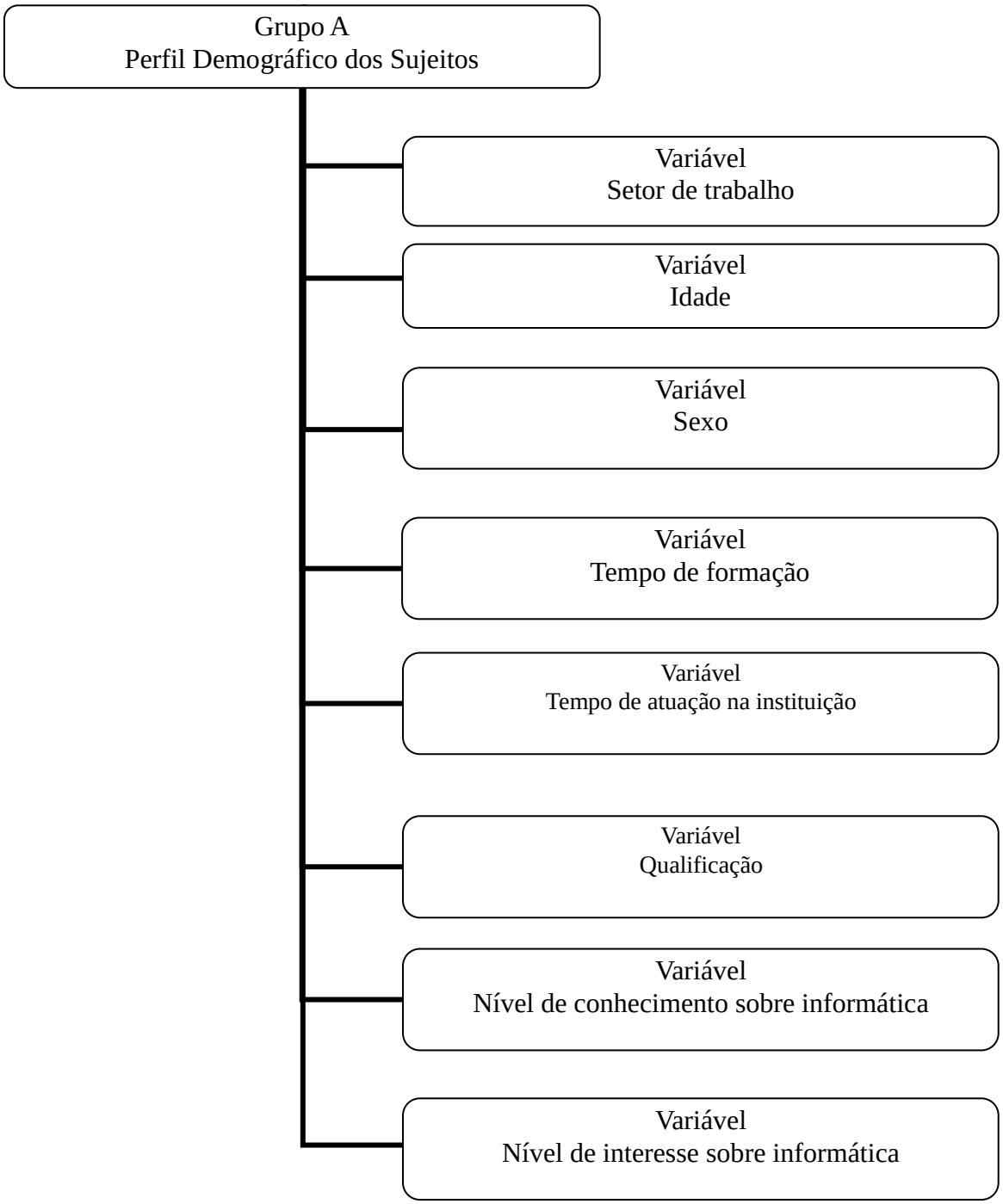
4.1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO PERFIL DOS SUJEITOS

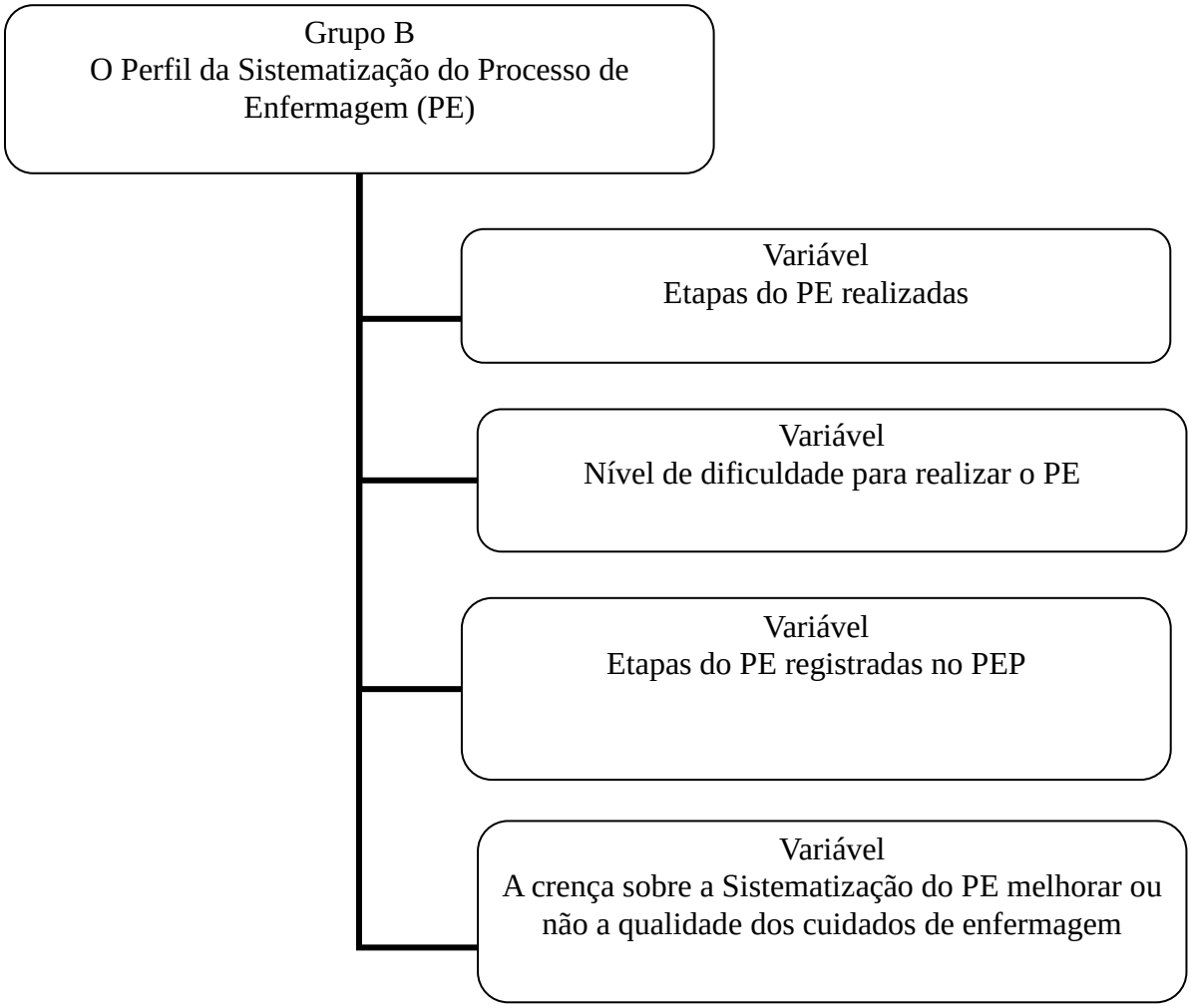
Os dados obtidos na primeira etapa do questionário aplicado aos sujeitos deste estudo foram tratados através da estatística descritiva, utilizando a distribuição por freqüência simples. As seguintes variáveis foram abordadas:

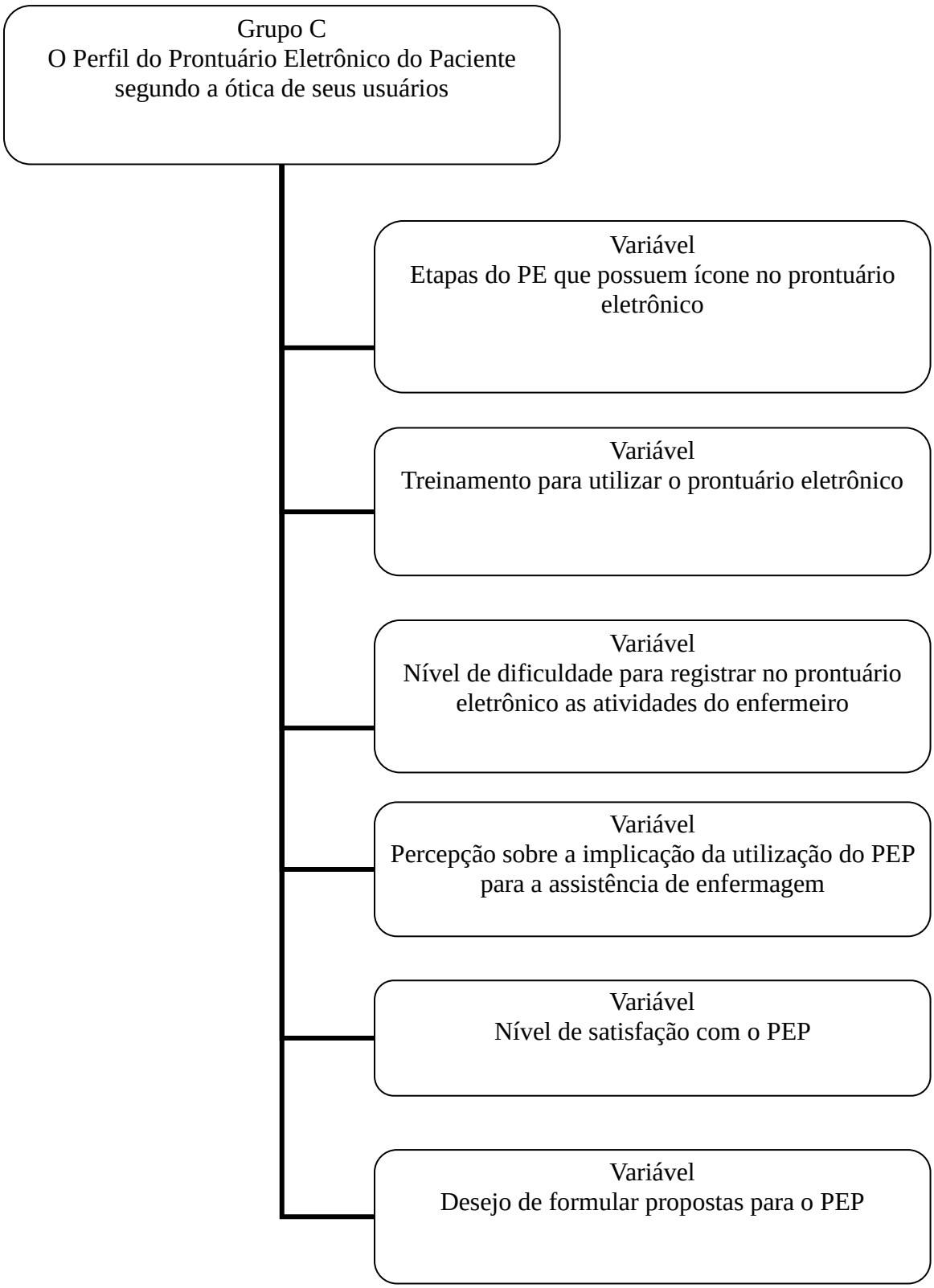
- Setor de trabalho,
- Idade,
- Sexo,
- Tempo de formação,
- Tempo de atuação na instituição,
- Qualificação,
- Nível de conhecimento sobre informática,
- Nível de interesse sobre informática,
- Etapas da SAE realizadas diariamente,
- Nível de dificuldade para realizar a SAE,
- Etapas da SAE registradas diariamente no prontuário eletrônico,
- A crença sobre a SAE melhorar ou não a qualidade dos cuidados de enfermagem,
- Etapas da SAE que possuem ícone no prontuário eletrônico,
- Treinamento para utilizar o prontuário eletrônico,
- Nível de dificuldade para registrar no prontuário eletrônico as atividades do enfermeiro,
- Percepção sobre a implicação da utilização do PEP sobre a assistência de enfermagem,

- Nível de satisfação com o prontuário eletrônico,
- Desejo de formular propostas para o prontuário eletrônico.

Contudo, com o objetivo de racionalizar a apresentação e discussão dos dados as variáveis foram inseridas em três grupos descritivos:




Grupo B
O Perfil da Sistematização do Processo de Enfermagem (PE)
Variável
Etapas do PE realizadas
Variável
Nível de dificuldade para realizar o PE
Variável
Etapas do PE registradas no PEP
Variável
A crença sobre a Sistematização do PE melhorar ou não a qualidade dos cuidados de enfermagem



Após a inserção das variáveis nos três grupos distintos acima apresentados, foi realizada a tabulação dos dados através da análise frequencial e sua apresentação por meio de

tabelas e/ou gráficos.

4.1.1 Grupo A: O Perfil Demográfico dos Sujeitos

A partir das variáveis conjugadas neste grupo foi possível traçar o perfil demográfico dos sujeitos desta investigação.

4.1.1.1 Distribuição da amostra segundo o setor de trabalho:

A amostra foi composta por 26 enfermeiros assistenciais subordinados diretamente ao Serviço de Enfermagem de Internações Clínicas e ao Serviço de Enfermagem de Internações Cirúrgicas. Como já apresentado o setor 8D e CTI 13º andar pertencem ao Serviço de Enfermagem de Internações Cirúrgicas e as enfermarias pertencem ao Serviço de Enfermagem de Internações Clínicas. Esta amostragem foi norteada pela técnica de amostragem não probabilística, população por conveniência, descrita por Hulley (2001). Na Tabela 1 podemos observar a distribuição dos sujeitos segundo o setor de trabalho.

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo o setor de trabalho

Setor de Trabalho	N	%
8D	12	46,15
CTI 13º andar	06	23,08
Enfermarias	08	30,77
Total	26	100

Fonte: Questionário para Dissertação (apêndice A)/ 2010.

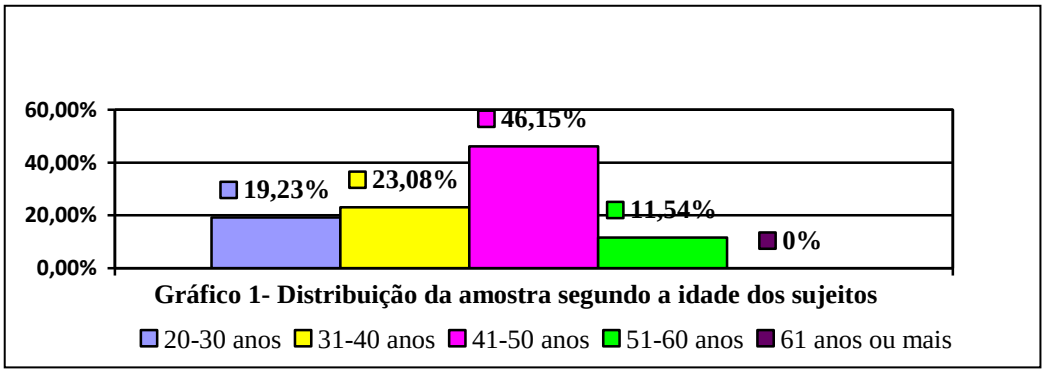
Entre os sujeitos que responderam o questionário, 12 (46,15%) trabalham no 8D e este setor abriga as Unidades Cardiointensivas (Pós- operatório de Cirurgia Cardíaca e Unidade Coronariana), 06 sujeitos (23,08%) trabalham no CTI do 13º andar (que abriga o CTI Clínico, CTI Cirúrgico e CTI de Pós – operatório Neurológico) e 08 (30,77%) sujeitos trabalham nas enfermarias. O objetivo do pesquisador era obter uma amostra homogênea no que se refere ao setor de trabalho dos sujeitos, ou seja, indivíduos que trabalhassem em unidades de terapia intensiva e indivíduos que atuam em enfermaria. Porém, em alguns setores o consentimento

para a participação no estudo foi menor do que em outros setores, proporcionando assim está diferença entre o quantitativo entre os setores de trabalho dos sujeitos.

4.1.1.2 Distribuição da amostra segundo a idade dos sujeitos:

A faixa etária predominante dos sujeitos do estudo situou-se entre 41-50 anos (46,15%), com o total de 12 sujeitos. Em seguida observamos, no Gráfico 1, a faixa que demarca 31-40 anos, com 06 enfermeiros (23,08%). Logo após a faixa etária 20-30 anos com 05 sujeitos (19,23%). Com 11,54% dos sujeitos apresenta-se a faixa etária de 51-60 anos, composta por 03 indivíduos. E não houve nenhum sujeito com 61 anos ou mais. A descrição da faixa etária dos sujeitos pode corroborar com a análise e compreensão de dados mais a frente neste estudo.

Tal fato pode estar correlacionado a sujeitos mais jovens estarem mais familiarizados a produtos informacionais, tendo em vista a característica de uma nova geração de indivíduos que já iniciaram suas vidas profissionais na Era da Informação. O Gráfico 1 ilustra a distribuição da amostra segundo a idade dos sujeitos:



Fonte: Questionário para Dissertação (Apêndice A)/2010.

4.1.1.3 Distribuição da amostra segundo o sexo dos sujeitos:

No que diz respeito à distribuição da amostra deste estudo segundo o sexo dos sujeitos, 22 são do sexo feminino (85%) e 04 do sexo masculino (15%), logo observamos uma predominância do sexo feminino que não é um evento discrepante, tendo em vista o histórico de a profissão ser predominantemente feminina. O Gráfico 2 ilustra estes dados:

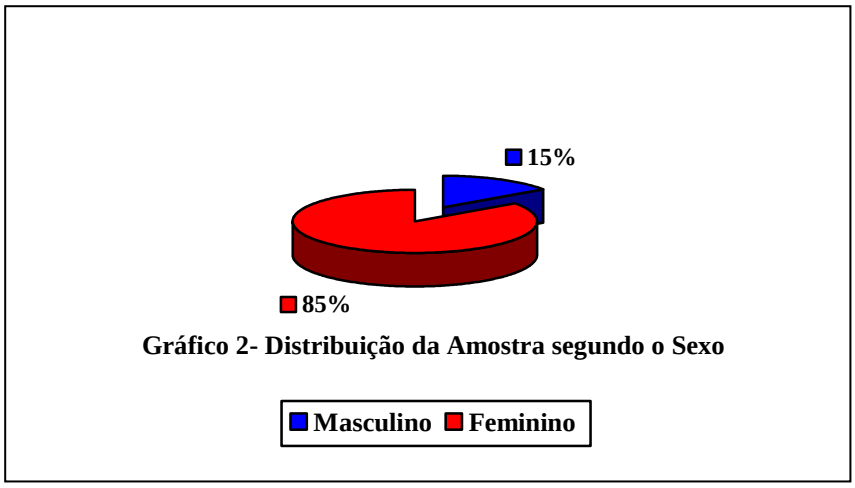


Gráfico 2- Distribuição da Amostra segundo o Sexo

Fonte: Questionário para Dissertação (Apêndice A)/2010.

4.1.1.4 Distribuição da amostra segundo o tempo de formação:

No âmbito do tempo de formação dos sujeitos que participaram desta investigação , observamos que o intervalo com maior freqüência é o de 11-15 anos de formado com 08 (30,77%) sujeitos. Seguido pelo intervalo 0-05 anos de formação com 06 sujeitos (23,08%), pelo intervalo 21-25 anos de formação com 05 indivíduos (19,23%). Empatados com 03 sujeitos (11,54%) está os intervalos de 16-20 anos de formação e o intervalo de 26 anos ou mais de formação. E com o menor número de sujeitos 01 (03,84%) está o intervalo de 06-10 anos de formação. Diante do exposto observamos que nesta variável existe uma distribuição muito variada, sujeitos que são recém formados e sujeitos formados a 25 anos ou mais.

Estes dados foram representados graficamente no Gráfico 3:

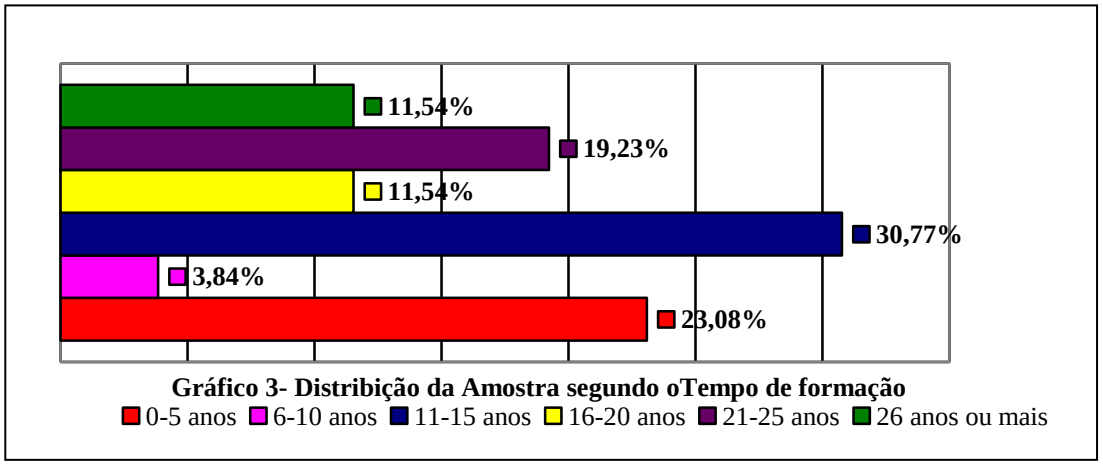


Gráfico 3- Distribição da Amostra segundo oTempo de formação

Fonte: Questionário para Dissertação (Apêndice A)/2010.

4.1.1.5 Distribuição da amostra segundo o tempo de atuação na instituição cenário do estudo:

Tendo em vista a distribuição da amostra segundo o tempo de atuação no cenário deste estudo, podemos observar que 50% dos sujeitos (13) trabalham na instituição onde o estudo foi desenvolvido há no máximo 05 anos. Ocorreu um empate ente as freqüências (19,24%), ou seja, 05 indivíduos que trabalham nesta instituição no intervalo de tempo de 21-25 anos e no intervalo de tempo de 26 anos ou mais. Observamos também uma igualdade entre outros três intervalos temporais, onde cada um possui 01 indivíduo (03,84%), são estes os seguintes intervalos: 6-10 anos, 11-15 anos e 16-20 anos.

Mediante a descrição dos dados aciam, podemos concluir que a metade (50%) dos sujeitos deste estudo já foram admitidos com o PEP em plena utilização, tendo em vista que o início de sua implantação no hospital cenário do estudo data 1998.

Porém, se somarmos as freqüências dos intervalos que representam os sujeitos que passaram pelo período de transição do prontuário de papel para o PEP, ou seja, indivíduos que ficaram nos seguintes intervalos: 26 anos ou mais, 21-25 anos e 16-20 anos, chegaremos à freqüência de 42,32% dos sujeitos do estudo. Os dados acima apresentados estão representados no Gráfico 4:

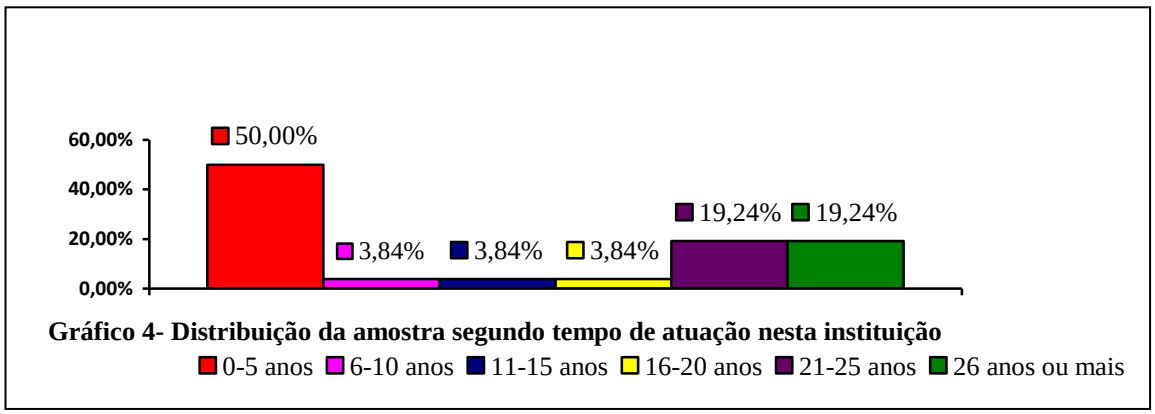


Gráfico 4- Distribuição da amostra segundo tempo de atuação nesta instituição

Fonte: Questionário para Dissertação (Apêndice A) /2010.

4.1.1.6 Distribuição da amostra segundo o nível de qualificação acadêmica dos sujeitos:

No tocante a qualificação acadêmica dos sujeitos do estudo, observamos a predominância de enfermeiros especialistas, 22 enfermeiros (84,62%). Seguido de 15,38% (04) Mestres Enfermeiros e nenhum Doutor.

Esta distribuição frequêncial revela a tendência à especialização profissional presente nesta instituição. Contudo, por se tratar de uma instituição universitária esperávamos um maior número de profissionais com formação Stricto sensu. Esta tendência no que diz respeito a qualificação acadêmica dos sujeitos é representada no Gráfico 5:

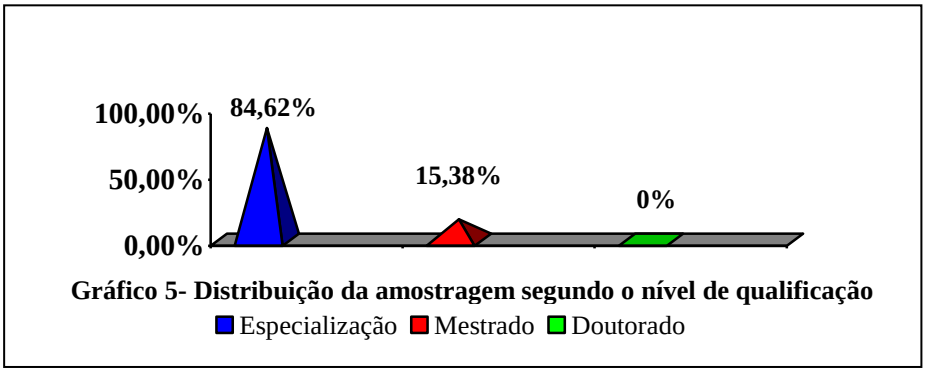


Gráfico 5- Distribuição da amostragem segundo o nível de qualificação

Fonte: Questionário para Dissertação (Apêndice A) /2010.

4.1.1.7 Distribuição da amostra segundo o nível de conhecimento sobre informática:

Por meio da distribuição da amostra segundo o nível de conhecimento sobre informática, podemos observar que 16 sujeitos (61%) possuem um nível básico de conhecimento sobre informática, outros 09 sujeitos (35%) relataram ter um nível intermediário e somente 01 indivíduos (4%) disse ter um nível avançado de conhecimento sobre informática. Tais dados refletem o posicionamento dos enfermeiros frente à realidade em que vivemos um mundo informatizado. Logo, tornam-se preocupante para a enfermagem deste novo século os dados acima. Estes dados são apresentados no Gráfico 6:

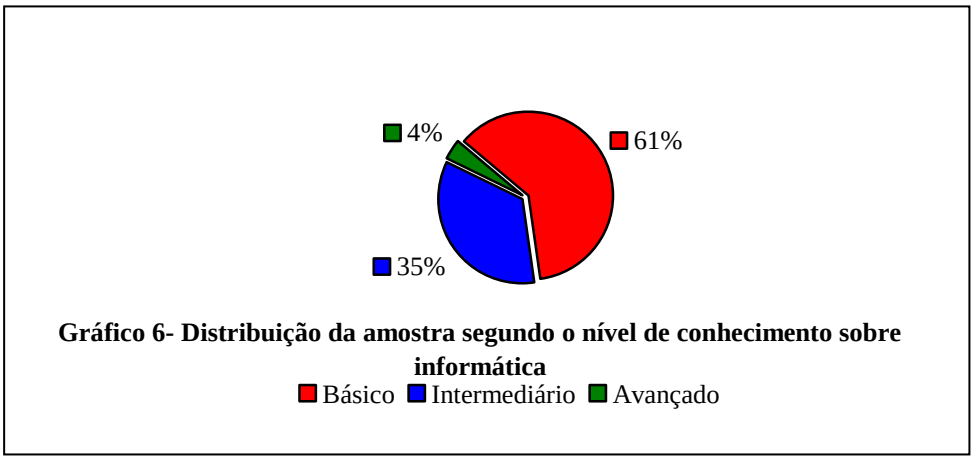


Gráfico 6- Distribuição da amostra segundo o nível de conhecimento sobre informática

Fonte: Questionário para Dissertação (Apêndice A) /2010.

Sobre o imperativo da informatização na enfermagem Évora (1995) diz:

Para sobreviver e prosperar neste novo ambiente, o enfermeiro deve aceitar a informatização, reconhecendo que a prática de enfermagem, em seus segmentos especializados, requer conhecimentos e habilidades no uso dos computadores e na administração das informações. (EVORA, 1995, p. 04)

Ainda sobre a importância da inserção da informática no cotidiano da enfermagem, Aguiar & Cassiani (2007) enfatizam que toda a equipe de enfermagem tem sofrido uma nova solicitação de competências, além das já desempenhadas anteriormente. Estas novas competências vêm ao encontro das transformações que envolvem a sociedade, no âmbito político, social e produtivo do trabalho humano. Para isso, o corpo da enfermagem necessita adquirir conhecimento sobre os novos recursos trazidos pelas tecnologias da informática em sua área como fonte de informação e de estratégia de atuação.

4.1.1.8 Distribuição da amostra segundo o nível de interesse sobre informática:

No tocante ao nível de interesse sobre informática, observamos que 15 enfermeiros (58%) relatam ter um nível médio de interesse, outros 07 sujeitos (27%) dizem ter grande interesse sobre informática, contudo 04 enfermeiros (15%) descrevem como pouco o seu nível de interesse sobre informática.

Tais dados trazem à tona a realidade que muitos enfermeiros possuem interesse sobre informática, apesar da maioria destes mesmos sujeitos relatar um nível básico de conhecimento sobre informática. Logo, devemos refletir sobre a necessidade de um movimento rumo ao aprendizado e inserção da tecnologia computacional ao cotidiano do enfermeiro. O Gráfico 7 expõe os dados relativos a distribuição da amostra segundo o nível de

interesse sobre informática, acima descritos:

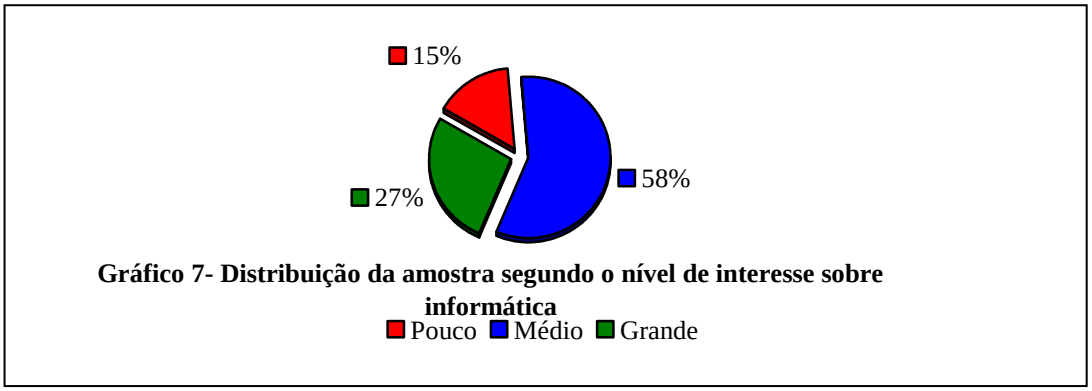


Gráfico 7- Distribuição da amostra segundo o nível de interesse sobre informática

Fonte: Questionário para Dissertação (Apêndice A) /2010.

Para Hannah, Ball e Edwards (2009) com a inserção da tecnologia da computação e comunicação, a atuação dos enfermeiros deverão ser ampliadas e diversificadas. Modificar, redefinir e refinar a prática da enfermagem possibilitará a intensificação do papel do enfermeiro na assistência ao cliente, com o surgimento de oportunidades de emprego no campo da informática em enfermagem.

Mediante os dados referentes ao perfil demográfico dos sujeitos acima descritos, podemos apreender o grupo de enfermeiros desta investigação como: um grupo diversificado no tocante aos setores de trabalho, com idade entre 41 e 50 anos, do sexo feminino, formados enfermeiros há 11 a 15 anos, mas que atuam na instituição cenário do estudo há 05 anos ou menos. São em sua maioria enfermeiros especialistas, que possuem um nível básico de conhecimento sobre informática, porém possuem um nível médio de interesse sobre informática

4.1.2 Grupo B: O perfil do Processo de Enfermagem

Tendo em vista da aglutinação das variáveis contidas neste grupo temático, nos foi permitido apresentar o perfil da Sistematização do Processo de Enfermagem realizada pelos sujeitos do estudo.

4.1.2.1 Distribuição da amostra segundo as etapas do Processo de Enfermagem (PE) realizadas pelos sujeitos do estudo:

Tendo em vista às etapas do PE realizadas pelos sujeitos, podemos sinalizar que todos (100%) os enfermeiros sujeitos do estudo realizam a evolução de enfermagem diariamente. Como segundo item do PE mais realizados, encontramos um empate entre duas atividades, a Prescrição de Enfermagem e o Relatório de Enfermagem, onde 25 enfermeiros (95,15%) relataram realizar. A atividade Exame Físico é realizada por 17 enfermeiros (65,38%). No tocante a realização do Diagnóstico de Enfermagem este é efetuado por 12 enfermeiros (46,15%). Porém, a atividade Histórico de Enfermagem é realizada por 11 sujeitos (42,30%). Podemos visualizar estes percentuais no Gráfico 8:

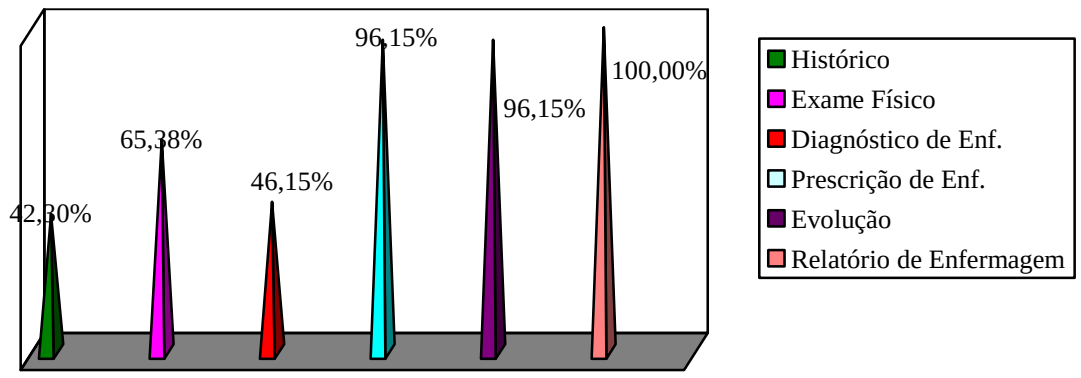


Gráfico 8- Distribuição da amostra segundo a realização das etapas do PE

Fonte: Questionário para Dissertação (Apêndice A) /2010.

Diante dos dados acima apresentados é possível pontuar que algumas etapas da SAE não são realizadas pelos enfermeiros que participaram deste estudo.

Devemos destacar também, para estabelecer reflexões, que a fase inicial e essencial a SAE chamada de Histórico é a atividade menos realizada pelos sujeitos, logo nos causa preocupação como foram desenvolvidas as etapas seguintes da SAE, tendo em vista que todas as etapas da SAE são interdependentes e inter-relacionadas.

Na perspectiva de que a SAE e suas etapas tornam possível a operacionalização do Processo de Enfermagem, Horta (1979) descreve o processo de enfermagem como uma ação dinâmica, sistematizada e inter-relacionada. E ainda enfatiza o inter-relacionamento e o dinamismo de suas fases.

Ainda parafraseando Horta (1979), as vantagens da realização do histórico de enfermagem são: permite a utilização de uma metodologia científica, promove a interação enfermeiro-cliente, proporcionada dados para pesquisa, conduz ao diagnóstico de enfermagem, estabelece prioridades, orientações e observações posteriores.

4.1.2.2 Distribuição da amostra segundo o nível de dificuldade para realizar o Processo de Enfermagem (PE):

Ao responder sobre o nível de dificuldade para realizar o PE, a maioria dos enfermeiros deste estudo, ou seja, 14 indivíduos (53,85%) relatam não ter dificuldade para realizar a SAE. Contudo, há um número expressivo 10 sujeitos (38,46%) que expressaram ter pouca dificuldade e 01 sujeito (03,84%) diz ter muita dificuldade para realizar o PE. E um sujeito do estudo (03,84%) não respondeu a esta questão. Estas diferenças entre as freqüências podem ser melhor visualizadas no Gráfico 9:

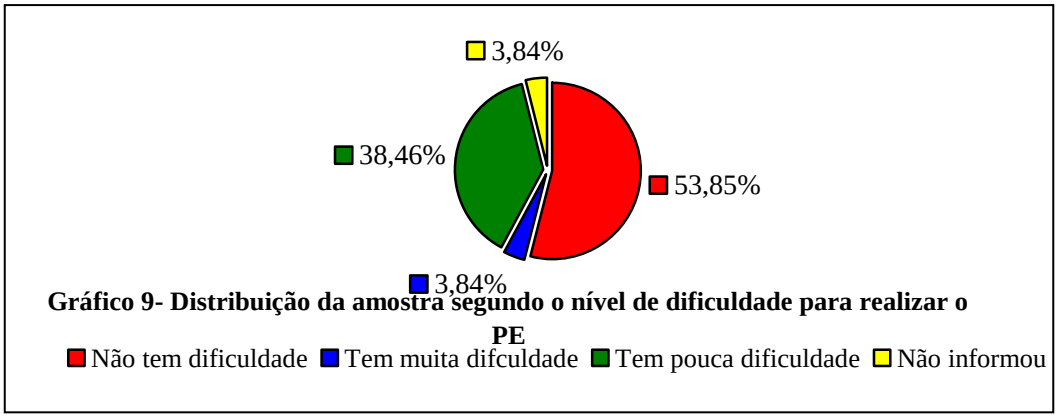


Gráfico 9- Distribuição da amostra segundo o nível de dificuldade para realizar o PE

Fonte: Questionário para Dissertação (Apêndice A) /2010.

Para Takahashi et al. (2008) o desconhecimento, mesmo que parcial, dos enfermeiros sobre o processo de enfermagem, estabelece um obstáculo para a sua aceitação e execução como modelo de método assistencial. Quando o processo de enfermagem é realizado sem o necessário conhecimento, este é desempenhado apenas como uma determinação institucional, não havendo uma mudança de paradigma pessoal e coletivo rumo a uma atuação profissional com responsabilidade social.

4.1.2.3 Distribuição da amostra segundo as etapas do Processo de Enfermagem registradas no PEP:

A propósito das etapas do PE registradas no Prontuário Eletrônico do Paciente, podemos evidenciar que todos os sujeitos do estudo (26 indivíduos) relatam registrar a evolução de enfermagem no PEP. No tocante a Prescrição de Enfermagem e Relatório de Enfermagem é observado um empate, onde 25 enfermeiros (96,15%) registram estas etapas do Processo de Enfermagem no PEP. Já o exame físico é registrado por 17 sujeitos (65,38%), seguido pelo Diagnóstico de Enfermagem registrado por 12 indivíduos (46,15%) e pelo Histórico registrado por 11 enfermeiros.

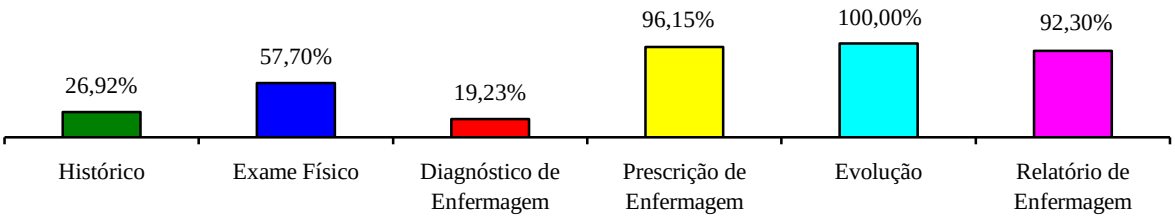


Gráfico 10- Distribuição da amostra segundo as etapas do PE registradas no PEP

Fonte: Questionário para Dissertação (Apêndice A) /2010.

Novamente podemos perceber que a etapa do PE mais registrada pelos sujeitos do estudo no PEP é a evolução de enfermagem. Mas, nos chama a atenção à divergência entre a freqüência das etapas do Processo de Enfermagem que são realizadas e as que são registradas.

Para melhor visualização das diferenças entre as porcentagens da realização e do registro das mesmas etapas do PE, elaboramos o gráfico 11:

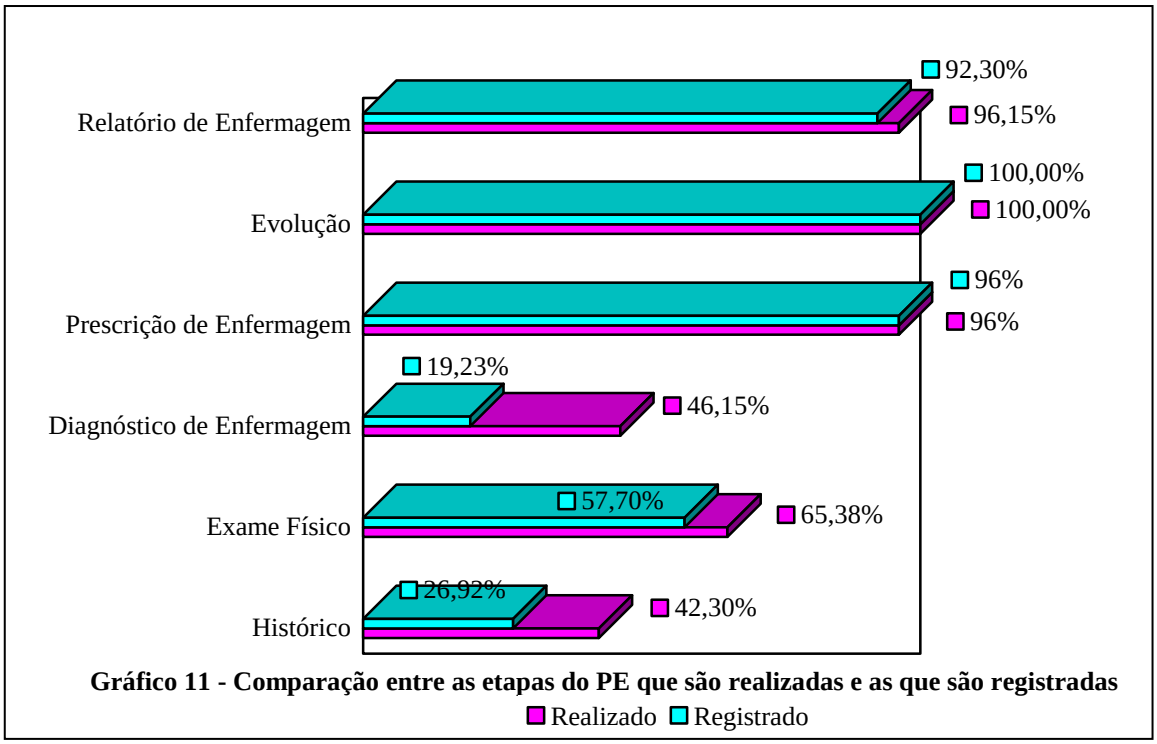


Gráfico 11 - Comparação entre as etapas do PE que são realizadas e as que são registradas

Fonte: Questionário para Dissertação (Apêndice A) /2010.

Mediante a representação gráfica acima podemos perceber que apenas as etapas do PE, evolução e prescrição de enfermagem são realizadas e registradas com a mesma freqüência pelos sujeitos deste estudo. As demais etapas do PE de acordo com os sujeitos são mais freqüentemente realizadas do que registradas. Ou seja, encontramos aqui um fato já descrito por vários autores a execução de uma atividade do enfermeiro que não foi registrada, documentada no prontuário do paciente.

Segundo Fuly et al. (2008) em seu estudo sobre as correntes de pensamento nacionais sobre a assistência de enfermagem, o fato do enfermeiro não registrar no prontuário as etapas da SAE remete a implicações éticas e deontológicas, contudo não é possível dizer que em seu processo intelectual ele não sistematizou a sua assistência.

No estudo desenvolvido por Reppetto e Souza (2005) podemos observar semelhanças com os resultados apresentados acima. Na pesquisa desenvolvida pelas autoras acima citadas, foi constatada a deficiência no cumprimento de algumas fases, e na documentação destas. As autoras citaram algumas dificuldades na implementação da Sistematização do PE, tais como: excesso de atividades das enfermeiras, falta de preparo para utilização do método científico de trabalho, falta de recursos materiais para execução do cuidado, resistência e não valorização do emprego da SAE.

Ainda sobre a relevância do registro das etapas do PE, Palomo (2009) diz que os enfermeiros devem se conscientizar da importância e da necessidade de realizar os registros da assistência de enfermagem, pois estes registros têm como objetivo assegurar a qualidade e a continuidade dos cuidados de enfermagem nos plantões subseqüentes. Também ressalta que a informação que não é registrada corre o risco de ser perdida, logo que não é contabilizada e muito menos reconhecida.

4.1.2.4 Distribuição da amostra segundo a crença sobre a Sistematização do Processo de Enfermagem melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Sobre a crença da Sistematização do PE melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, percebemos que a maioria dos enfermeiros que participaram deste estudo (25 indivíduos - 96,15%) acreditam que a Sistematização do PE pode melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Contudo, 01 indivíduo (03,84%) respondeu que não acredita que a Sistematização do PE pode melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Estes dados estão representados no Gráfico 12:

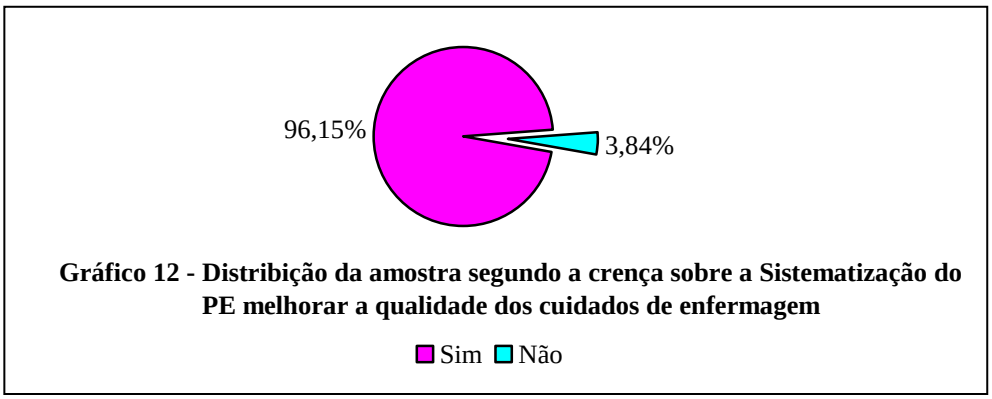


Gráfico 12 - Distribição da amostra segundo a crença sobre a Sistematização do PE melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem

Fonte: Questionário para Dissertação (Apêndice A) /2010.

Corroborando com a crença dos enfermeiros deste estudo que a Sistematização do PE pode melhorar os cuidados de enfermagem, Koerich et al. (2007) diz que apesar da discrepância observada entre o saber e o fazer e da falta de articulação com a legislação profissional, a SAE ainda é um instrumento indicado para a melhoria do cuidado de enfermagem e da assistência em saúde.

Portanto, por meio da apresentação dos resultados das variáveis contidas no grupo: O perfil do Processo de Enfermagem podemos compreender e sinalizar alguns aspectos referentes a realização da PE pelos sujeitos deste estudo.

No que tange a realização das etapas do PE foi observado que todos (100%) dos sujeitos realizam a evolução, porém nos chama atenção que menos da metade (42,30%) dos sujeitos relataram realizar o histórico, que de acordo com a literatura é a primeira etapa do PE e é essencial para o planejamento do cuidado de enfermagem. Outras etapas do PE também não são realizadas plenamente pelos sujeitos: diagnóstico de enfermagem realizado por (46,15%) dos sujeitos, exame físico realizado por (65,38%) dos sujeitos, prescrição de enfermagem e relatório de enfermagem realizados por (96,15%) dos sujeitos.

Outro fator preocupante foi abordado na variável: etapas do PE registradas no PEP, onde observamos infelizmente um fato já descrito algumas vezes na literatura da enfermagem onde os enfermeiros realizam atividades, contudo não as registram. Este fato ficou claro na representação gráfica exposta no gráfico 11, onde constatamos as diferenças entre as freqüências das etapas do PE que são realizadas e os seus respectivos registros. Logo, podemos apontar que algumas etapas do PE não são realizadas por todos os sujeitos que fizeram parte da amostra, e que ainda são menos registradas do que realizadas.

Mas, como um fator que pode incentivar e impulsionar a mudança de atitude dos sujeitos frete a realização do PE, foi representado na variável: A crença sobre a Sistematização do PE melhorar ou não a qualidade dos cuidados de enfermagem. Onde 96,15% dos enfermeiros deste estudo acreditam que a Sistematização do PE pode melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

4.1.3 Grupo C: O perfil do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) segundo a ótica de seus usuários.

Ao realizar a aglutinação das variáveis contidas neste grupo temático, nos foi permitido descrever a interação entre os enfermeiros que participaram deste estudo com o PEP.

4.1.3.1 Distribuição da amostra segundo as etapas do Processo de Enfermagem que possuem ícone específico dentro do PEP

No que diz respeito às etapas do PE que possuem ícone específico dentro do PEP, podemos constatar que 26 sujeitos (100%) dizem possuir um ícone específico para realizar a evolução. Já 25 indivíduos (96,15%) que fizeram parte da amostragem reconhecem um ícone sobre prescrição de enfermagem, seguido da identificação de 24 enfermeiros (92,30%) sobre

o ícone relatório de enfermagem contido no PEP. Porém, 02 sujeitos (7,70%) identificaram o ícone para diagnóstico de enfermagem e somente 01 (3,85%) enfermeiro sinalizou positivamente para um ícone sobre histórico. Cabe frisar ainda que, nenhum sujeito (0%) identificou um ícone específico sobre exame físico no PEP. Tais constatações foram descritas graficamente no Gráfico 13:

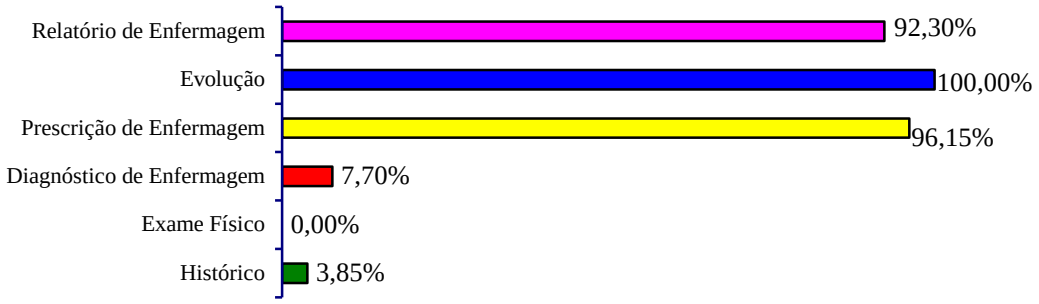


Gráfico 13- Distribuição da amostra segundo as etapas do PE que possuem ícone específico no PEP

Fonte: Questionário para Dissertação (Apêndice A) /2010.

Para Marin (2003) a proposta do PEP é reunir todos os tipos de dados produzidos pela equipe multiprofissional da equipe de saúde em lugares distintos. Ou seja, é uma estrutura eletrônica para manter informação sobre o estado de saúde e cuidados recebidos por um indivíduo. Logo, se os componentes, as descrições dos atos e as anotações de enfermagem não estiverem presentes na estrutura do PEP, o seu conceito global não foi atingido. Portanto, neste caso pode-se concluir que o PEP é ainda um processo e não um produto.

Corroborando com a importância dos dados referentes ao PE estarem presentes na estrutura do PEP, Marin e Granitoff (1998) discorrem: Ainda que consideremos a tendência atual do desenvolvimento do prontuário eletrônico do paciente, onde deveriam estar contidas todas as especialidades, é possível observar que elementos da enfermagem ainda não estão incluídos, ou seja, os elementos que apóiam e descrevem as ações específicas da enfermagem ainda não estão incluídos no PEP.

Portanto, a descrição dos sujeitos do estudo caracterizando a ausência de algumas etapas do PE dentro do PEP, apesar de ser um fato preocupante, infelizmente não está distante do que encontramos na literatura.

Porém, cabe ressaltar que segundo a Resolução COFEN nº 358/2009 em seu Art. 6º: A

execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo:

- Um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- Os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- As ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
- Os resultados alcançados como conseqüência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

4.1.3.2 Distribuição da amostra segundo o treinamento para utilizar o PEP

Com relação ao treinamento dos sujeitos do estudo para utilizar o PEP, podemos afirmar que 22 enfermeiros (84,61%) que fizeram parte da amostra receberam treinamento para utilizar o PEP, contudo 04 indivíduos (15,38%) relataram não ter recebido treinamento. O Gráfico 14 ilustra os dados acima descritos:

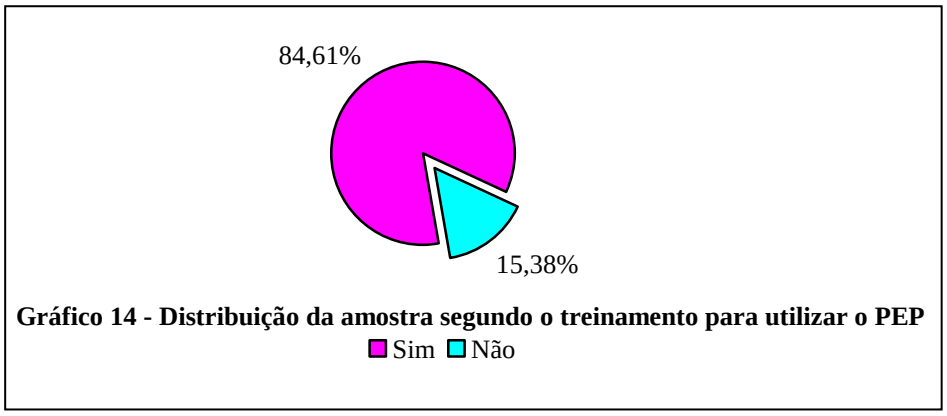


Gráfico 14 - Distribuição da amostra segundo o treinamento para utilizar o PEP

Fonte: Questionário para Dissertação (Apêndice A) /2010.

Para Possari (2008), McDonald e Barnett apud Marin et al. (2003), uma das desvantagens da utilização do prontuário em formato eletrônico é a necessidade de treinamento do uso das ferramentas computacionais quanto do software utilizado para o PEP.

4.1.3.3 Distribuição da amostra segundo o nível de dificuldade para registrar no PEP as atividades do enfermeiro

Ao responder sobre o nível de dificuldade para registrar no PEP as atividades do enfermeiro, concluímos que 21 enfermeiros (80,76%) que participaram desta investigação não possuem dificuldades para realizar o registro de suas atividades no PEP. Porém, 04 sujeitos (15,38%) apontaram ter dificuldades em alguns itens do PEP e 01 enfermeiro (3,85%) relatou ter dificuldades para realizar o registro de suas atividades no PEP. Por meio do Gráfico 15 é possível visualizar as diferenças entre a freqüência encontradas nas respostas dos sujeitos:

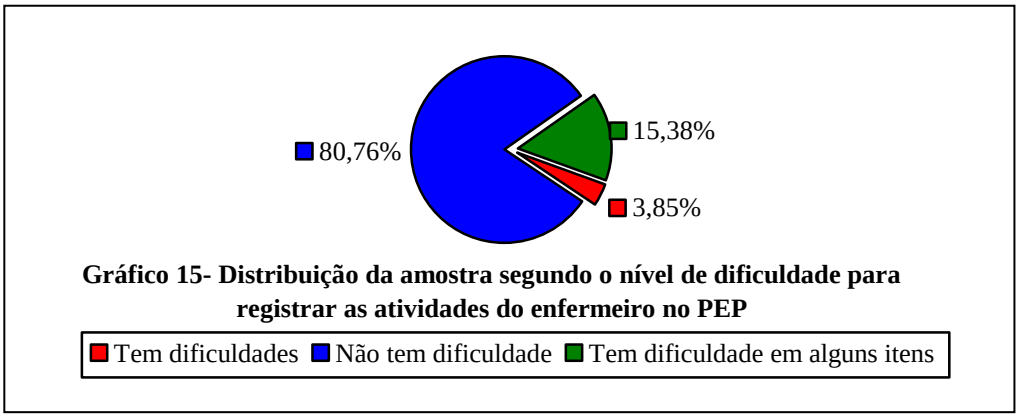


Gráfico 15- Distribuição da amostra segundo o nível de dificuldade para registrar as atividades do enfermeiro no PEP

Fonte: Questionário para Dissertação (Apêndice A) /2010.

Chamamos a atenção para a possível correlação entre os dados desta variável e os dados da variável anterior. Onde 84,61% enfermeiros receberam treinamento para utilizar o PEP e 80,76% não possuem dificuldade para registrar suas atividades no PEP. Contudo, 15,38% dos sujeitos deste estudo relataram não ter recebido treinamento para utilizar o PEP e o mesmo percentual da amostragem 15,38% diz ter dificuldade em registrar alguns itens no PEP.

Logo podemos sinalizar a íntima relação entre treinamento para utilização do PEP e sua plena utilização sem dificuldades pelos enfermeiros.

4.1.3.4 Distribuição da amostra segundo a percepção sobre a implicação da utilização do PEP para a assistência de enfermagem

Tendo em vista as respostas atribuídas sobre a percepção dos sujeitos sobre a implicação da utilização do PEP para a assistência de enfermagem, foi possível constatar que

19 enfermeiros (73,08%) que fizeram parte da amostragem deste estudo perceberam que a utilização do PEP trouxe melhorias para a assistência de enfermagem. Contudo, 06 sujeitos (23,08%) não perceberam melhorias na assistência de enfermagem advindas da utilização do PEP e 01 enfermeiro (3,84%) acredita que a utilização do PEP piorou a assistência de enfermagem. Esta realidade é representada no Gráfico 16:

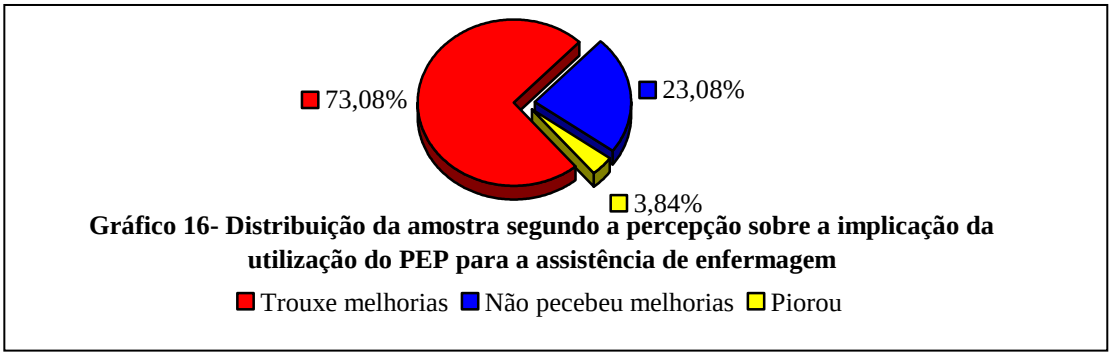


Gráfico 16- Distribuição da amostra segundo a percepção sobre a implicação da utilização do PEP para a assistência de enfermagem

Fonte: Questionário para Dissertação (Apêndice A) /2010.

No tocante aos benefícios da utilização do PEP pela enfermagem, Rezende e Gaidzinski (2008) discorrem sobre os muitos benefícios que podem ser obtidos através da utilização do PEP, tais como: acesso rápido aos problemas de saúde e suas intervenções, melhoria do processo de tomada de decisão através do acesso ao conhecimento científico atualizado e melhoria efetiva do cuidado.

Sob outro prisma, Possari (2008) diz que o emprego de uma nova tecnologia computacional para apoiar a Sistematização do PE e sua documentação no formato eletrônico, resultará em um novo paradigma de geração e comunicação de informação entre a equipe de enfermagem, diminuindo consideravelmente a distância entre o gerenciar e o cuidar em enfermagem.

Ainda sobre as implicações da utilização do PEP para a assistência de enfermagem, Évora (1995) expõe que a utilização da tecnologia computacional na prática do enfermeiro leva ao aprimoramento da qualidade dos cuidados de saúde, pois, através desta tecnologia é possível facilitar o planejamento, a tomada de decisão, a comunicação, o controle gerencial.

4.1.3.5 Distribuição da amostra segundo o nível de satisfação com o PEP

Por meio dos dados obtidos no questionário aplicado aos sujeitos desta investigação, é possível apontar que 20 enfermeiros (76,92%) que participaram deste estudo estão satisfeitos

com o PEP que utilizam, já 04 sujeitos (15,38%) relatam estar pouco satisfeitos com o PEP e apenas 01 enfermeiro (3,85%) diz estar plenamente satisfeito com PEP utilizado no hospital cenário desta pesquisa. Nenhum membro da amostra relatou que o PEP supera as suas necessidades ou ainda que o PEP não atinja as suas necessidades. Estes dados estão representados na Tabela 2:

Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo o nível de satisfação com o PEP

Nível de satisfação com o PEP	N	%
Não atinge as necessidades	0	0
Atinge pouco	04	15,38
Atinge satisfatoriamente	20	76,92
Atinge plenamente	01	3,85
Supera as necessidades	0	0
Total	26	100

Fonte: Questionário para Dissertação (Apêndice A) /2010.

Para Marin (2003) é importante verificar o grau de satisfação do usuário para com o sistema durante e após a fase de implantação, com o objetivo de apurar se o material produzido é de boa qualidade e corrobora para a realização de estudos, se os objetivos determinados inicialmente foram alcançados e se a utilização do sistema trouxe melhorias na produtividade e qualidade da assistência de enfermagem prestada.

4.1.3.6 Distribuição da amostra segundo o desejo de formular propostas para o PEP

A respeito do desejo de formular propostas para o PEP, é possível concluir que 16 enfermeiros (61,54%) que fizeram parte deste estudo têm o desejo de formular propostas para o PEP que utilizam. Todavia, 10 sujeitos (38,46%) não desejam formular nenhuma proposta para o PEP utilizado no hospital cenário do estudo. Estes dados podem ser visualizados no Gráfico 17:

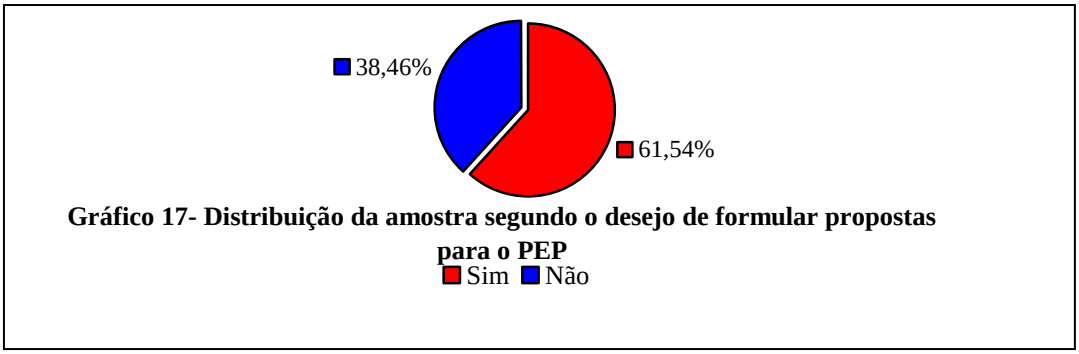


Gráfico 17- Distribuição da amostra segundo o desejo de formular propostas para o PEP

Fonte: Questionário para Dissertação (Apêndice A) /2010.

Acreditamos que a utilização de um sistema de informação, neste caso o PEP, deve associar às necessidades emergentes de seus usuários e os modelos conceituais. Logo, faz-se necessário manter um canal que permita aos usuários do PEP manifestar seus anseios.

Neste sentido, Santos (2005) diz que o emprego de modelos conceituais sem observar as necessidades da prática pode levar ao insucesso ou fracasso na utilização dos sistemas de informação.

Com o objetivo de mudar este cenário, Santos e Nóbrega (2004) propõem a identificação da informação que satisfaça aos anseios sociais e organizacionais. Ou seja, devem-se compreender os aspectos teóricos e práticos da enfermagem, pois estes são fundamentais para o desenvolvimento de sistemas de informação.

Com base nas variáveis apresentadas neste grupo podemos apontar que a relação entre o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e seus usuários possui algumas características que necessitam ser apresentadas e discutidas, para que surjam reflexões e possíveis sugestões e melhorias.

Através da variável: etapas do PE que possuem ícone específico dentro do PEP, foi possível constatar que etapas fundamentais do planejamento do cuidado de enfermagem não são contempladas como ícones no PEP.

Ficou evidenciado que a maioria dos enfermeiros (84,61%) recebeu treinamento para utilizar o PEP, mas não podemos deixar de mencionar que outros (15,38%) relataram não ter recebido este treinamento.

Ao utilizar o PEP para o registro de suas atividades como enfermeiro, nossos sujeitos, em sua maioria, 80,76%, disseram não ter dificuldade, mas, 15,38% dos sujeitos, disseram ter dificuldades em algum item do PEP.

Considerando estes aspectos, podemos apontar a existência de uma íntima relação entre treinamento para utilização do PEP e sua utilização sem dificuldades pelos enfermeiros.

Também foi possível demonstrar que a maioria dos sujeitos deste estudo (73,07%) percebeu que a utilização do PEP trouxe melhorias para a assistência de enfermagem. Estes mesmos sujeitos (76,92%) relataram que o PEP atinge satisfatoriamente aos seus anseios.

No tocante á formulação de propostas para o PEP que utilizam, 61,54% dos enfermeiros deste estudo desejaria formular propostas.

4.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

Após o preenchimento do questionário pelos sujeitos deste estudo, foi realizada a leitura das respostas as questões propostas pelo investigador mantendo o discurso original de cada sujeito, para que segundo Bardin (1977) seja possível a análise exaustiva da fonte de dados e para que possamos realizar a primeira fase chamada pré- análise.

Posteriormente, com os documentos relevantes definidos foi realizada a *constituição de um corpus*, para o tratamento analítico.

A segunda fase da análise do conteúdo da respostas dos sujeitos foi a exploração do material. Esta exploração foi realizada através da estruturação dos dados mediante as estratégias denominadas por Bardin (1977) como inventário das unidades de registro e de contexto e classificação por analogias.

Segundo Bardin (1977) no inventário serão isolados os elementos do discurso e na classificação por analogia será feita a repartição dos elementos, conferindo organização às mensagens.

Já na terceira fase descrita pela autora, como tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação foram pautadas nos dados oriundos dos inventários e das analogias, que sofreram categorização e análise temática.

4.2.1 Categorias temáticas resultantes dos discursos dos sujeitos investigados

Esta etapa do estudo foi estruturada através da construção de quadros que apresentam os inventários dos discursos dos sujeitos (Apêndice B). Para cada pergunta aberta, respondida

pelos sujeitos foi elaborado um inventário, ou seja, neste estudo são apresentados 05 inventários.

A construção destes inventários possibilitou o estabelecimento: do discurso original do sujeito (unidade de registro), dos sujeitos que se envolveram por analogia das unidades de registro e da freqüência relativa que cada unidade de registro apresentou diante da amostragem.

Após a elaboração e análise dos cinco inventários, iniciou-se o processo de categorização. Mas, para que mantivéssemos todo o rigor metodológico, realizamos o nucleamento de idéias que emergiram da categorização dos conteúdos dos inventários. Para Bardin (1977) usualmente as categorias finais são fruto do reagrupamento de categorias com uma generalidade mais frágil.

4.2.1.2 Primeira Categoria: "O Processo de Enfermagem: ferramenta emancipatória com implicações multidimensionais."

Esta categoria temática foi concebida através do nucleamento de idéias contidas no segundo, terceiro e quarto inventários. Esse nucleamento foi realizado mediante a identificação de importantes unidades de registro, contextos de significação e a aplicação das quatro regras estabelecidas por Bardin (1977).

A construção desta categoria nasceu da necessidade de compreender e instrumentalizar a nossa discussão sobre a utilização do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) para a assistência de enfermagem. Para isso, entendemos ser oportuno apreender nos discursos dos sujeitos como estes realizam o planejamento o cuidado de enfermagem e quais as características do registro desta assistência no PEP.

Para Cianciarullo et. al. (2008) conhecer o emprego prático do Processo de Enfermagem (PE) envolve compreender a organização do trabalho de enfermagem, a significação cultural a ele atribuída e reconhecer os fatores intervenientes desta prática.

Durante a análise dos inventários acima apresentados, foram evidenciadas as principais unidades de registro: exame físico, diagnóstico do cliente, procurando atender as necessidades de cada indivíduo, admissão, necessidades do cliente, de acordo com o diagnóstico do cliente, informações objetivas e subjetivas, problemas / preocupações do cliente, sinais e sintomas, cuidados prestados, efeito das intervenções de enfermagem, hábitos

e comportamento, aspecto social, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, planejamento, evolução e avaliação de enfermagem.

Portanto, estas unidades de registro permitiram os seguintes contextos de significação: Realização do planejamento do cuidado de enfermagem na admissão, após a realização do exame físico que determina as necessidades do cliente, o diagnóstico do cliente determina as suas necessidades. Os dados referentes ao cuidado de enfermagem que possuem relevância para estarem no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) são: informações objetivas e subjetivas (problemas – preocupações, sinais e sintomas, efeito das intervenções de enfermagem, aspecto social, hábitos e comportamento) e as etapas Sistematização da Assistência de Enfermagem. Os dados referentes ao cuidado de enfermagem são registrados na evolução de enfermagem e na prescrição de enfermagem, e estas podem ser alteradas.

Para que possamos iniciar nossa discussão, é importante e, necessário, estabelecermos alguns pontos norteadores.

A ação de cuidar é parte integrante da história da humanidade desde as primeiras civilizações e caracterizava-se por uma atividade intuitiva, de caridade, empírica, desenvolvida por religiosos e indivíduos leigos. Contudo, Florence Nightingale, ao cuidar de soldados durante a guerra da Criméia, norteou suas práticas de cuidado pautadas no conhecimento científico. (SALOMÃO e AZEVEDO, 2009)

A partir da década de 1960, a enfermagem inicia um processo de instituir-se como uma profissão pautada em bases científicas, iniciou o processo de delimitação de seu objeto e a definição de sua metodologia de trabalho, buscando a conquista da autonomia enquanto prática cuidativa e a liberdade do paradigma dominante que a subjugava. (LEADEBAL et. al., 2010)

O desenvolvimento do conhecimento teórico favoreceu a descentralização do modelo biomédico do cuidado e incentivou a adoção do ser humano como foco do cuidado de enfermagem, e não mais a enfermidade como cerne. (AMANTE et. al., 2009)

Em 1961, surge na literatura, pela primeira vez, o termo Processo de Enfermagem em uma publicação de Ida Orlando. (NÓBREGA e SILVA, 2008)

Para Horta o Processo de Enfermagem é: “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano.” (HORTA, 1979, p. 35)

Segundo a Resolução COFEN nº 358/2009, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) orienta o trabalho profissional no tocante ao método, pessoal e

instrumentos, permitindo a operacionalização do Processo de Enfermagem. E, também, considera o Processo de Enfermagem (PE) como um instrumento metodológico que norteia o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional. (COFEN, 2009)

Após a regulamentação do exercício profissional que ocorreu através da Lei Nº 7498, de 25 de Junho de 1986 e das resoluções abordando as etapas do PE, a Resolução COFEN Nº 272/2002 e a Resolução COFEN nº358/2009, ele tornou-se atividade mandatória em todas as instituições de saúde do Brasil. O PE é constituído pelas seguintes etapas: histórico de enfermagem (elaborado a partir da anamnese), exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, evolução/ avaliação de enfermagem. Contudo, o PE ainda se encontra em curso nas instituições de saúde. (SALOMÃO e AZEVEDO, 2009)

Posteriormente ao estabelecimento dos pontos norteadores desta discussão, passamos, agora, a introduzir a ótica dos enfermeiros que participaram deste estudo. No tocante ao planejamento do cuidado de enfermagem ficou evidenciada, através do discurso dos sujeitos, a ausência de algumas etapas do PE. E, como sabemos, todas as etapas são essenciais ao planejamento da assistência de enfermagem, tendo em vista que são interdependentes e inter-relacionadas.

Cabe, então, enfatizar que este achado traz em seu íntimo implicações de dimensões assistencial, institucional e ética, pois, ao não utilizar as etapas do PE no planejamento de sua assistência os enfermeiros, contrariam o texto da Resolução COFEN nº358/2009.

Este fato pode ser representado através dos seguintes discursos:

"*Realizo o planejamento do cuidado de enfermagem na admissão de um cliente, após a realização do exame físico, que determina as necessidades do cliente, de acordo com o diagnóstico do cliente." (S12)*

"De acordo com o exame físico e o diagnóstico do cliente. Procurando sempre atender as necessidades de cada indivíduo." (S11)

"Qual o diagnóstico, quais os sinais e sintomas, colher toda a história do cliente." (S8)

O emprego do PE é um instrumento específico do processo de trabalho dos enfermeiros, possibilitando, assim, o planejamento e a execução de ações que modificam o ritmo de vida e de saúde dos indivíduos. Logo, a sistematização do PE possibilita o alcance de resultados de responsabilidade do enfermeiro. (TRUPPEL e. al., 2009)

Para Garcia e Nóbrega (2009), o Processo de Enfermagem (PE) assinala um ato profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para sua execução, logo sinaliza a adoção de um método ou modo de fazer, fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da enfermagem.

Ao abordar a ausência de algumas etapas do PE, Reppetto e Souza 2005 enfatizam que não podemos alcançar sua sistematização de modo eficiente, sem que todas as fases sejam realizadas, porque elas são interdependentes. Os problemas e as necessidades identificadas possibilitam as conclusões diagnósticas, a prescrição, o cuidado e também viabilizam a continuidade do trabalho e a documentação da assistência de enfermagem prestada.

A operacionalização do PE tem encontrado muitas dificuldades, predominando na prática clínica o planejamento do cuidado centrado em tarefas que proporcionam uma prática automática e burocrática, porém, o que importa é a realização da ação. (CIANCIARULLO et. al., 2008)

Logo, podemos sinalizar que a implicação de dimensão assistencial, da não adoção de todas as etapas do PE pelos sujeitos, pode refletir em uma prática assistencial com fundamentos estritamente empíricos, que não estimule o julgamento clínico do enfermeiro, que inviabilize a mensuração dos resultados obtidos a partir das ações da enfermagem e dificulte a integração do saber técnico-científico, tão essencial à enfermagem.

Segundo Fuly et. al. (2008), a sistematização do PE deve ser uma opção para a organização do trabalho do enfermeiro, mas também deve ser considerado a partir de sua dimensão ética e deontológica tendo em vista a resolução do COFEN que trata da obrigatoriedade da execução e registro do PE.

A dimensão ética envolvida na não utilização de todas as etapas do PE, pelos sujeitos deste estudo, está clara à medida que o Conselho Federal de Enfermagem, no ano de 2002 e mais recentemente no ano de 2009, publicou Resoluções que trazem em seu conteúdo regras claras que devem nortear a assistência de enfermagem. Ao não observar o conteúdo principalmente da Resolução COFEN nº358/2009, estes profissionais estão desacatando uma resolução estabelecida pelo órgão que fiscaliza o exercício profissional da enfermagem.

Contudo, além das dimensões assistenciais e éticas envolvidas neste modo de planejar a assistência de enfermagem, devemos pontuar, também, a dimensão institucional contida neste fenômeno.

Neste sentido e, no que se refere aos subsídios para implantação da SAE, Hermida e Araújo (2006) destacam:

- O reconhecimento da realidade institucional: estrutura política de gestão institucional, interesse institucional pela proposta e sua viabilidade prática e estrutura organizacional (missão, filosofia e objetivos), recursos disponíveis (estrutura física das unidades, quantitativo da equipe de enfermagem, impressos e capacitação profissional) e clientela (perfil dos pacientes).
- A necessidade de sensibilizar toda a equipe de enfermagem para a implantação da SAE;
- A importância da definição de missão, filosofia e objetivos do Serviço de Enfermagem da instituição;
- O preparo teórico da equipe de enfermagem;
- A definição do referencial teórico;
- Elaboração de instrumentos do Processo de enfermagem e
- O preparo prático para implementação da SAE.

Para Neves e Shimizu (2010) algumas condições são vitais para a implementação da SAE e estas estão relacionadas aos aspectos que envolvem o ensino de Enfermagem, a estrutura das organizações do trabalho de enfermagem e noções que traduzam crenças, valores, conhecimento, habilidade e prática do enfermeiro. Outros fatores prévios, destacados por estes autores, são: política institucional, liderança, educação continuada, recursos humanos, comunicação, instrumentos e processo de mudança.

Cianciarullo et. al. apud Friedlander (2008) destacam alguns pré-requisitos para a implantação do PE, tais como: a participação da chefia de enfermagem, o quantitativo e a qualidade dos recursos humanos adequados para o trabalho em equipe, a uniformização de normas e rotinas na unidade, o treinamento dos enfermeiros e a manutenção de um trabalho que incentive o aperfeiçoamento da qualidade da enfermagem.

Após abordarmos as dimensões assistenciais e éticas que caracterizam a implicação da

ausência de algumas etapas do PE no planejamento da assistência de enfermagem, destacaremos agora então a dimensão institucional.

Para Herminda e Araújo (2006) a assistência de enfermagem precisa obedecer às metas do serviço de enfermagem e da instituição. Desse modo, se faz necessária uma coerência entre a filosofia, bem como entre as metas e os objetivos da instituição, do serviço de enfermagem e da unidade. E, continuam os autores, para que ocorra a implantação do PE são necessárias a existência e a divulgação de uma filosofia e de objetivos compatíveis com o método de trabalho. Assim, se a proposta de implantação do PE não estiver relacionada à missão, à filosofia e aos objetivos institucionais, sua efetivação prática, portanto, sua implementação, poderá ser comprometida.

Segundo Fuly et. al. (2008) a sistematização do Processo de Enfermagem possui um influência institucional, pois a visão de organização das atividades da enfermagem interferem diretamente na implantação e implementação do PE e na escolha de uma teoria de enfermagem a ser aplicada na prática assistencial.

Estas mesmas autoras destacam também que o PE é único, o que pode ser alterado à luz do referencial teórico adotado na instituição, é a metodologia da assistência de enfermagem sugerida por cada uma das teóricas de enfermagem.

A implementação da sistematização do PE nas instituições de saúde significa para a gerência, para as instituições de ensino e para toda a equipe de enfermagem, o início de um movimento ativo e gradual, que deve superar fatores tais como formação profissional, temores, descrenças e problemas relacionados à política e à filosofia institucional. (SANTOS e COSTA, 2010)

Tendo em vista os aspectos relacionados à dimensão institucional apresentados pelos autores acima, torna-se essencial a inserção da política institucional que os sujeitos deste estudo estão inseridos, para que possamos avançar em nossa discussão.

Devemos relembrar que os enfermeiros que participaram deste estudo atuam em um Hospital Universitário (HU) e estão diretamente subordinados a Divisão de Enfermagem (DEN) deste hospital.

Na estrutura organizacional desta DEN, o Serviço de Desenvolvimento é o órgão responsável pela, dentre outras atividades, padronização e atualização de normas, rotinas e procedimentos técnicos de enfermagem e fomentar estudos e análises operacionais e de métodos de trabalho para fins de reajustes e organização setorial.

Ao aprofundar o nosso conhecimento acerca da filosofia, missão e do estabelecimento de normas e rotinas desta DEN para a assistência de enfermagem, não foi possível, entretanto, reconhecer, de forma clara, a metodologia de trabalho adotada por esta Divisão.

Também não encontramos, na Rotina de Admissão do Cliente na Unidade de Internação organizada pelo Serviço de Desenvolvimento, menção ao termo Processo de Enfermagem. Encontramos, sim, orientações quanto à realização e admissão, contidas em formulário próprio através dos dados coletados na entrevista e exame físico do cliente e posteriormente elaborar o plano de cuidados de enfermagem. Logo, não constam nesta Rotina a execução do diagnóstico de enfermagem (ou termo equivalente) nem tampouco a avaliação dos cuidados implementados.

Outro fator a ser ponderado é o ano de publicação desta Rotina, que faz parte de um Manual de Rotinas Operacionalizadas. Esta publicação data o ano de 2000. Podemos, então, inferir, que em dez anos de publicação este Manual e suas Rotinas sofreram algumas desatualizações. Neste intervalo temporal o COFEN já publicou duas Resoluções específicas sobre a normatização da assistência de enfermagem e, neste período o hospital cenário do estudo passou a utilizar o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) como instrumento de registro da assistência à saúde.

Portanto, cabe-nos salientar que ao descrever as suas finalidades, esta DEN diz que possui o propósito de promover a assistência de enfermagem integral e contínua e de forma sistematizada e também tem a finalidade de manter atualizado o regimento interno, as normas e rotinas operacionais assim como outros instrumentos administrativos.

Contudo, entendemos que promover a assistência de enfermagem de forma sistematizada passa pela adoção do Processo de Enfermagem (PE), e de suas etapas inter-relacionadas e interdependentes, como metodologia de trabalho da enfermagem. Além disso, é importante que a adoção desta metodologia de trabalho seja apresentada aos enfermeiros de forma clara, explícita e uniforme, para que todos os enfermeiros desta instituição possam adotar a mesma metodologia de trabalho.

Ainda discutindo o desenvolvimento do PE, enfatizaremos neste momento o registro da assistência de enfermagem no PEP realizado pelos enfermeiros desta pesquisa. Apresentaremos também a discussão de possíveis implicações e suas dimensões.

Para os enfermeiros que participaram desta pesquisa, os dados referentes ao cuidado de enfermagem são registrados no PEP através da evolução e da prescrição de enfermagem e

relatam também a possibilidade de alterá-las no sistema. Logo podemos constatar que algumas etapas do PE não são registradas no PEP. Ou seja, estes enfermeiros, pelos seus discursos, suprimem algumas etapas essenciais, descritas como inter-relacionadas e interdependentes no Processo de Enfermagem, tornando-o fragmentado.

Seguem alguns discursos que emergiram do questionamento do investigador acerca de como os dados referentes ao cuidado de enfermagem são registrados no PEP:

"Os dados são registrados na evolução de enfermagem e na prescrição de enfermagem que é elaborada diariamente de acordo com as necessidades do paciente que podem ser alteradas a qualquer momento de acordo com a sua evolução." (S24)

"São registrados no ícone de evolução de enfermagem de forma discursiva." (S01)

"Através de uma prescrição previamente incluída no programa, com digo permitindo alterações conforme a necessidade de cada cliente." (S19)

Corroborando para a compreensão deste fenômeno, a fragmentação do PE, iremos recorrer aos dados quantitativos já apresentados neste estudo. Ao apresentar quantitativamente as etapas da SAE realizadas diariamente pelos enfermeiros desta investigação, foi possível constatar que apenas 42,30% realizam o histórico de Enfermagem, 65,38% realizam o exame físico, o diagnóstico de enfermagem é realizado por 46,15%, contudo a prescrição de enfermagem é realizada por 96,15% dos sujeitos e a evolução por 100% dos enfermeiros. Tais dados permitem descrever com maior nitidez o fenômeno de fragmentação do Processo de Enfermagem.

Ainda caracterizando os registros que emergem do cuidado de enfermagem e utilizando os dados quantitativos de forma complementar para esta análise e discussão, chamamos a atenção para as informações contidas no gráfico 11 (uma comparação entre as freqüências de realização e de registro das etapas do PE) onde somente as etapas prescrição de enfermagem e evolução são igualmente realizadas e registradas, as demais etapas são mais realizadas do que registradas. Estes dados caracterizam a não realização de algumas etapas da SAE e um outro fator preocupante, a omissão do registro dos cuidados de enfermagem.

Sobre a documentação dos dados oriundos da execução do PE, Marin e Azevedo (2003) dizem que estes são essenciais para a continuidade da assistência, pois a avaliação dos cuidados implementados é norteada por essa documentação. Também enfatizam a relevância dos registros para a realização de auditorias e no processo de acreditação hospitalar. E finalizam expondo um ponto crucial, os dados que não estão registrados, até pode ter acontecido, contudo não é possível realizar uma análise.

Para Matsuda et. al. (2006) os registros de enfermagem são a forma de comunicação escrita de informações sobre ao cliente e sobre os cuidados. Portanto os registros são elementos essenciais no processo de cuidado humano visto que, quando redigidos de forma que retratam a realidade a ser documentada, permitem à comunicação contínua, podendo destinar-se a diversos fins (pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento e outros).

Segundo Possari (2008) as finalidades do registro de enfermagem no prontuário são:

- Servir de instrumento de comunicação para a equipe de enfermagem e a equipe multidisciplinar;
- Fornecer respaldo legal para todos os envolvidos no processo de cuidar;
- Fundamentar a avaliação do paciente e desenvolver uma assistência não fragmentada, que possibilite uma assistência integral e holística;
- Permitir a coleta de dados para o ensino, pesquisa e assistência;
- Possibilitar a verificação e construção de indicadores da qualidade da assistência prestada.

Portanto, podemos afirmar que os registros das ações da enfermagem são importantes e essenciais por vários aspectos, entre eles o aspecto legal e deontológico, o aspecto gerencial e no que trata da visibilidade e reconhecimento profissional. Pois, se minhas ações existem, foram implementadas devem ser registradas, caso contrário correremos o risco de nos tornar invisíveis perante a sociedade.

Mediante aos discursos apresentados que refletem a forma de registrar a assistência de enfermagem no PEP, os sujeitos deste estudo deixam claro novamente que algumas etapas do PE não são contempladas em seus registros clínicos. Este fenômeno possui implicações de dimensão assistencial, institucional, ética e tecnológica.

A dimensão assistencial faz-se presente, pois através da implementação de todas as

etapas do PE o enfermeiro pode assegurar uma assistência individualizada e de qualidade, por meio de uma metodologia científica própria da enfermagem, porém não cabe a este estudo verificar a qualidade da assistência prestada pelos sujeitos desta investigação.

Como já mencionado anteriormente a dimensão institucional é de extrema relevância, tendo em vista que o estabelecimento da política institucional para a assistência de enfermagem determina o modo de agir de todos os enfermeiros da instituição. E também não foram identificados, na Rotina estabelecida pela instituição, quais dados referentes à assistência de enfermagem deveriam ser registrados.

A implicação de dimensão ética é identificada à medida que novamente uma Resolução do COFEN é contrariada em seu conteúdo.

A resolução COFEN nº 358/2009 em seu Art. 6º, diz que a execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, contendo:

4. Um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
5. Os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
6. As ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
7. Os resultados alcançados como conseqüência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

No entanto, a implicação de dimensão tecnológica é encontrada a media que o Prontuário Eletrônico do Paciente utilizado na instituição cenário deste estudo não contempla ícones específicos para o registro de todas das etapas do PE. Contudo, acreditamos que esta dimensão tecnológica está intimamente relacionada à implicação de dimensão institucional já descrita.

Para Peres e Leite (2010) "O Sistema de Informação está fundamentalmente relacionado coma cultura organizacional do grupo em que ele ocorre, uma vez que representa as formas de comunicação utilizadas por uma organização." (p. 64)

No que diz respeito aos registros dados da assistência de enfermagem, tem-se discutido a partir da inserção de sistemas de informação computadorizados na prática assistencial do enfermeiro, quais os dados de enfermagem devem estar presentes nestes

sistemas de informação e no PEP.

Sobre esta temática, os sujeitos deste estudo refletiram, em suas respostas, o que já nos foi possível identificar: a fragmentação do PE com a supressão de algumas etapas.

Apenas uma enfermeira pontuou sobre a importância de todas as etapas do PE estarem presentes no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e sinalizou sobre o estado de saúde do cliente e não o estado de enfermidade.

"(...) Para a assistência sistematizada, é importante determinar: o estado de saúde do paciente, a história de saúde, exame físico, hábitos e comportamento, aspecto psicossocial, sinais vitais, nível de consciência e estado mental, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, planejamento, evolução e avaliação de enfermagem." (S25)

Os demais enfermeiros deixaram transparecer em seus discursos, sobre quais dados de enfermagem são importantes para estarem contidos no PEP, aspectos relacionados à dimensão institucional já abordada nesta categoria temática.

"As queixas e anseios do paciente, alterações dos sistemas e respostas aos cuidados implementados." (S07)

"A própria prescrição de Enfermagem, direcionando o cuidado; a evolução registrando as alterações orientadas pelos problemas dos clientes." (S10)

"Exame físico, história pregressa, diagnóstico de enfermagem, evolução." (S15)

"Doença pregressa, atual, alergia a alguma medicação, medicamentos que faz uso. No exame físico alterações em que precise de intervenção imediata no cuidado (ex: úlceras, feridas não cicatrizadas, infecções urinárias, alterações na pele, etc.)." (S26)

Os dados de enfermagem são instrumentos básicos para o planejamento e registro do Processo de Enfermagem. Tais dados, quando processados, produzem a informação de enfermagem, e esta informação quando analisada e interpretada, produz o conhecimento de

enfermagem. (SILVEIRA e MARIN, 2006)

Para Peres et. al. (2009) a agregação de três elementos tem sido estudada com o objetivo de melhorar a documentação de enfermagem, são eles: a definição dos dados essenciais que devem estar contidos nos registros do cuidar em enfermagem, internacionalmente reconhecidos como *Nursing Minimum Data Set* (NMDS), a utilização de sistemas padronizados de linguagem (ou sistemas de classificação) e a informatização da documentação clínica do paciente.

Atualmente é sabido que a informação é um elemento essencial para a prática de qualquer profissão, tendo em vista que sua utilização define os parâmetros da prática, caracteriza seu alvo de ação, define as necessidades dos serviços e estabelece os critérios de avaliação. (REIS et. al., 2004)

Deste modo, fica clara a importância dos dados que retratam o cuidado de enfermagem para a promoção do conhecimento da enfermagem e neste sentido Marin (2003) destaca como é difícil ou quase impossível evidenciar e quantificar a contribuição da enfermagem para o processo de saúde dos indivíduos. Tamanha dificuldade tem origem em dados que não são documentados e logicamente não são utilizados para demonstrar o desempenho da enfermagem, o custo do cuidado e a evidência da melhor prática.

Com o desenvolvimento das Novas Tecnologias de Informação e Comunicação (NTICs) e a sua inserção nos vários ambientes de trabalho do enfermeiro, os dados que emergem do cuidar em enfermagem e os demais dados oriundos do atendimento de saúde do cliente, traduzem uma ordem de grandeza difícil de ser processada rapidamente pela mente humana. Portanto, estamos presenciando cada vez mais a adoção de sistemas de informação que tem como objetivo implementar e gerenciar a assistência à saúde dos indivíduos.

Sobre este novo paradigma de registros de enfermagem (SILVEIRA e MARIN, 2006) enfatizam a necessidade do enfermeiro conhecer os dados referentes ao cliente, para a tomada de decisão clínica, para o gerenciamento da qualidade e para estipular o cuidado adequado. Relatam também que os dados específicos que fazem parte dos sistemas de informação em enfermagem visam: o auxílio na elaboração do diagnóstico de enfermagem, a formulação e implementação de plano de cuidados, a avaliação do cuidado prestado, em estudos de comparação de efetividade dos cuidados prestados, o gerenciamento das unidades com relação aos recursos materiais e humanos, a realização de auditorias e outros.

Por conseguinte, diante das modificações irreversíveis na forma de produzir, gerenciar

e tratar os dados procedentes do cuidado de enfermagem, e para que possamos obter informações relevantes de nossa prática para a construção do saber em enfermagem, cabe a nós enfermeiros aproveitar o desenvolvimento das tecnologias de informação para garantir a nossa fatia de conhecimento neste novo contexto.

Para Santos e Nóbrega (2004): “Mas o grande desafio é saber de que informação o enfermeiro necessita para gerenciar com qualidade os cuidados de enfermagem.” (p. 461)

Entretanto, para isso, precisamos determinar quais são as informações fundamentais para a prática da enfermagem e garantir a sua inclusão nos Sistemas de Informação em Saúde e/ou no Prontuário Eletrônico do Paciente.

A Enfermagem deve definir aquilo que quer, antes que, com as modificações vivenciadas tão rapidamente na atualidade e com a introdução dos computadores em todos os seguimentos de atividades na saúde, alguém faça por nós. (MARIN, 1995)

4.2.1.2 “Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP): implicações de sua utilização frente ao cotidiano da prática de enfermagem contemporânea.”

Esta categoria temática foi elaborada através do nucleamento de idéias contidas no primeiro e quinto inventários. A nucleação das idéias emergentes dos inventários procedeu-se através da identificação das unidades de registro, contextos de significação e o emprego das quatro regras estabelecidas por Laurence Bardin (1977).

Após a elaboração dos inventários, no caso desta categoria o primeiro e quinto inventários, emergiram as principais unidades de registro: atualização do programa, conter o ícone histórico de enfermagem, treinamento, auxílio para diagnóstico de enfermagem, sistema de informação moderno e rápido, unificar a SAE, conscientização da importância pela equipe multiprofissional, facilita o desenvolvimento da assistência de enfermagem, acesso por várias pessoas ao mesmo tempo, menor perda de dados, organização, agiliza a prática assistencial e gerencial, meio de comunicação multidisciplinar, menos burocracia, falta treinamento, todo processo da SAE no PEP, melhor administração dos cuidados, o paciente ganha, o PEP é insuficiente, pouco explorado pelos profissionais, inviável se afastar do cuidado, tem-se mais tempo para os cuidados ao paciente, evolução legível, previsões de exames, não senti acréscimo e otimiza as ações.

Diante destas unidades de registro foi possível, então, elaborar os seguintes contextos

de significação: deve conter um ícone para realizar o histórico de enfermagem; ampliação do treinamento da equipe de enfermagem; inclusão de todas as etapas da SAE; conscientização de toda equipe multiprofissional da importância do PEP para assistência; facilita e agiliza a comunicação entre a equipe multidisciplinar, a prática assistencial e de gerência; disponibilidade de acesso aos dados simultaneamente; legibilidade dos dados; é pouco explorado pelos profissionais quando o PEP é insuficiente; dificuldades em relação ao quantitativo de computadores disponíveis, após o uso do PEP houve maior disponibilidade de tempo para os cuidados diretos ao cliente e não sentiu nenhum acréscimo nas atividades do enfermeiro.

Com objetivo de introduzir a discussão que se dará a seguir, explicitaremos alguns pontos relevantes para esta categoria temática.

O acesso à informação na área de saúde é um dos principais recursos que o profissional necessita ter para desempenhar suas atividades com eficiência e com qualidade. O fato de ter ou não acesso à informação, pode corroborar tanto para o sucesso ou para o insucesso de um tratamento e / ou um cuidado implementado. (MARIN, 1995)

Para Hannah et. al. (2009), a utilização das tecnologias de informação em saúde tem o potencial de modificar a documentação clínica em uma ferramenta multidisciplinar unificada, com o objetivo de melhorar os resultados clínicos, fortalecendo a assistência à saúde.

Segundo o Institute of Medicine (1997) o Prontuário Eletrônico do Paciente é um registro eletrônico que caracteriza-se como um sistema especificamente projetado para dar suporte aos usuários, através da disponibilidade de informações completas e confiáveis, lembretes e alertas, sistemas de apoio à decisão, atalhos para bases de conhecimentos virtuais entre outros.

A tecnologia de informação em saúde não pode mudar a assistência à saúde, mas, o seu uso faz parte desta mudança. (LOONSK, 2008)

Após a introdução da temática que será abordada nesta categoria, daremos início a descrição e discussão dos discursos dos enfermeiros que participaram desta investigação.

Os discursos dos sujeitos, que participaram desta pesquisa, no tocante às implicações acerca da utilização do PEP no desenvolvimento de suas ações como enfermeiro, foram majoritariamente positivos. Contudo, alguns enfermeiros pontuaram implicações negativas referentes ao seu uso. E apenas um indivíduo não percebeu nenhuma implicação da utilização do PEP em suas ações como enfermeiro.

Os discursos que retrataram as implicações positivas da utilização do PEP, igualmente evidenciaram algumas dimensões que caracterizam estas implicações, tais como: dimensão tecnológica e dimensão assistencial. Em alguns discursos foi possível notar que estas dimensões podem estar intimamente correlacionadas ou estarem interdependentes.

As implicações positivas de dimensão tecnológica foram abordadas em alguns discursos que enfatizaram o caráter de praticidade, de acesso simultâneo por vários usuários, de maior legibilidade dos dados, de menor tempo de consulta dos dados do paciente, de facilidade de acesso dos dados e de agilidade na utilização do PEP no cotidiano assistencial do enfermeiro. Como dito anteriormente, a implicação positiva de dimensão técnica influencia as implicações de dimensões assistenciais como podemos observar nos discursos abaixo:

"A utilização do prontuário eletrônico facilita o desenvolvimento da assistência de enfermagem, pois pode ser acessado por várias pessoas ao mesmo tempo, a possibilidade de perda de dados e resultados de exames é menor e sua organização facilita o registro e acesso às informações." (S01)

"Estou satisfeito, acredito que esta ferramenta possibilite agilização na prática assistencial e administrativa sem causar danos na qualidade da assistência prestada a este paciente. É um importante meio de comunicação entre a equipe interdisciplinar, rápido e eficiente. Há uma maior disponibilização dos dados. (...)." (S02)

"Acho excelente pois além de agilizar o serviço, os dados são relatados com clareza facilitando o entendimento de todos que querem consultar os dados registrados."(S13)

Reafirmando o conteúdo dos discursos apresentados que ilustram as implicações positivas de dimensão tecnológica, e no que se refere às potenciais vantagens do PEP sobre o prontuário em papel, Pires et. al. (2003) fazem menção ao acesso, maior disponibilidade, mais rapidez na localização de informações, melhor qualidade e confiabilidade. O uso simultâneo e distribuído deste importante conjunto de informações por diversos profissionais é um atrativo adicional.

E Marin et. al.(2003) apontam como vantagens do PEP:

- Acesso remoto e simultâneo, ou seja, vários profissionais podem acessar um mesmo prontuário simultaneamente e de forma remota;
- Legibilidade, porque, os registros feitos manualmente, na maioria das vezes, são difíceis de ler. Contudo, os dados digitados e visualizados na tela ou mesmo impressos facilitam a leitura;
- Segurança de dados através de sistemas projetados com recursos de “backup” seguros e planos de desastres;
- Confidencialidade dos dados do paciente, onde o acesso ao prontuário pode ser dado em níveis de direitos dos usuários e o acesso monitorado continuamente por meio de auditorias que identifiquem acessos não autorizados;
- Flexibilidade de “lay-out”, onde o usuário pode usufruir formas diferentes de exposição dos dados, visualizando em ordem cronológica ou não, orientado ao problema e orientado à fonte;
- Integração com outros sistemas de informação, uma vez em formato eletrônico, os dados do paciente podem ser integrados a outros sistemas de informação e bases de conhecimento, sendo armazenados localmente ou à distância;
- Captura automática de dados por meio de monitores, equipamentos de imagens e resultados laboratoriais, evitando erros de transição;
- Processamento contínuo de dados, onde os dados devem ser estruturados de forma não ambígua;
- Auxílio à pesquisa, pois o dado estruturado pode facilitar os estudos epidemiológicos;
- Saídas de dados diferentes, onde o dado processado pode ser apresentado ao usuário em diferentes formatos: voz, imagem, gráfico, impresso, e-mail, alarmes e outros;
- Relatórios, os dados podem ser impressos de diversas fontes e em diferentes formatos, de acordo com o objetivo de apresentação – gráficos, listas, tabelas, imagens isoladas, imagens sobrepostas, etc.;
- Dados atualizados, pois, por ser integrado, o PEP possui os dados atualizados: um dado que entra no sistema em um ponto, automaticamente atualiza e compartilha a informação nos outros pontos do sistema.

Ainda discutindo as implicações positivas da utilização do PEP que foram extraídas

dos discursos dos enfermeiros, podemos mencionar que estas implicações têm também uma dimensão assistencial. Esta, por sua vez, nos pareceu fortemente influenciada pela dimensão técnica. Sendo assim, podemos inferir que estas duas dimensões, tecnológica e assistencial, estão intimamente ligadas.

Podemos exemplificar esta correlação quando os enfermeiros relatam que um PEP que tem como característica técnica ser rápido e de fácil manuseio interfere de forma positiva na sua assistência, pois desta forma o profissional terá maior tempo disponível para estar pessoalmente envolvido no cuidado de seu cliente.

Seguem abaixo os discursos que trataram desta dimensão assistencial:

"Facilita a realização dos cuidados pertinentes aos clientes, tornando possível o ganho de tempo para que as atividades assistenciais sejam cumpridas em tempo hábil e a dedicação ao cliente seja maior." (S19)

"Acho que foi um avanço, ou melhor, é um avanço tecnológico muito grande que facilitou muito a nós, digo: profissionais da área de saúde. Através do prontuário eletrônico do cliente conseguimos visualizar todos os dados do cliente de forma clara e objetiva. Melhorando assim minhas ações enquanto enfermeira." (S11)

"O prontuário eletrônico veio trazer agilidade no desenvolvimento de nossas ações. A possibilidade de acesso à resultados de exames, laudos, e registros de outras internações faciltaram demais a aquisição de detalhes importantes à assistência ao cliente. (...)" (S22)

"(...) A utilização do prontuário eletrônico proporciona melhor entendimento da equipe multiprofissional, otimiza o tempo para a assistência de enfermagem, facilita a manutenção da saúde do paciente. (...)" (S25)

"Houve um ganho de tempo para assistência direta ao cliente além de obter informações dos dias anteriores ao plantão. (...)" (S26)

No que se refere às implicações positivas da utilização do PEP na assistência de enfermagem, Marin (2003) diz que os benefícios encontrados na literatura são: menor tempo gasto no registro dos dados, maior disponibilidade de tempo par a dedicação ao cliente, diminuição de erros e melhoria na qualidade dos registros.

Para Peres e Leite (2010) as consequências das implicações positivas da utilização de um sistema de informação em saúde são o aumento do tempo que os enfermeiros passam a ter para o cuidado direto ao cliente, melhora na qualidade da documentação, melhora da produtividade com redução de erros e aumento de satisfação com o trabalho e ainda sinalizam a possibilidade do desenvolvimento de uma base de dados clínica comum a todos os profissionais envolvidos na assistência.

Desse modo, e diante do exposto, podemos afirmar que a construção do novo paradigma pautado nas NTICs, particularmente no que diz respeito à inserção do computador no cotidiano das praticas da enfermagem, o Prontuário Eletrônico do Paciente abre inúmeras possibilidades. Também podemos reafirmar que os discursos dos sujeitos desta investigação revelaram que o PEP, facilita, agiliza, organiza e, em muito, contribui, de forma positiva, para o desenvolvimento das ações do enfermeiro no seu cotidiano assistencial e gerencial.

Contudo, apesar disso, este padrão de registro eletrônico em saúde ainda é uma tecnologia recente e bastante incipiente para a enfermagem, necessitando do enfermeiro uma capacitação constante com vistas a uma correta e adequada organização dos dados clínicos referentes ao seu cliente, bem como à sua própria práxis no contexto global do PEP.

Isso deve ser considerado, pois, conforme já mencionamos, se uma determinada informação não é registrada, ela tenderá a ser desconhecida e perdida no conjunto de informações sobre a assistência em saúde do cliente. E para que possamos obter o reconhecimento social e científico, nossas práticas devem estar rigorosamente consubstanciadas e descritas para que, então, possam ser validadas e reconhecidas.

Em um estudo elaborado por Taneguti et. al. (2006), sobre as facilidades e dificuldades no uso do PEP por enfermeiros, os autores descreveram que 88% dos enfermeiros que fizeram parte da amostra concordaram que o PEP auxilia a prática de enfermagem e torna o trabalho mais fácil. Porém, os mesmos autores concluíram que ainda existem aspectos a serem corrigidos, reformulados e construídos para que se possa alcançar um PEP ideal.

Todavia, alguns sujeitos que participaram desta pesquisa levantaram pontos muito importantes e que devem fazer parte do conjunto de nossas discussões e reflexões, para que

possamos, então, compreender de forma global as reais implicações da utilização do PEP para nossas práticas.

As implicações que serão abordadas neste momento têm um caráter negativo, ou seja, foram identificadas pelos sujeitos como implicações negativas da utilização do PEP para a assistência de enfermagem.

Assim como as implicações positivas, estas também foram classificadas de acordo com suas dimensões para que possamos melhor apresentá-las e compreende-las. As dimensões apreendidas nas implicações negativas da utilização do PEP para a assistência de enfermagem são: dimensão institucional, dimensão assistencial, dimensão tecnológica, dimensão comportamental e dimensão ética. Nas implicações negativas, novamente foi possível encontrar duas ou mais dimensões envolvidas numa mesma implicação para a enfermagem.

Baseados nos discursos dos enfermeiros, detectamos as seguintes implicações negativas da utilização do PEP para a assistência de enfermagem: falta de treinamento; ausência das etapas da Sistematização do PE no PEP; a ferramenta PEP pouco explorada e desvalorizada por seus usuários e; a relação entre o quantitativo de usuários e o número de computadores disponíveis para uso.

Apresentamos abaixo alguns discursos que sustentaram estas reflexões:

"Falta de treinamento no setor, para prescrição de enfermagem se houver alguma alteração a ser modificada." (S04)

"Seria ótimo para o setor e conseqüentemente para a instituição se todo o procedimento de sistematização de enfermagem pudesse ser realizado via prontuário eletrônico, o enfermeiro ganharia tempo, o trabalho seria melhor executado, a supervisão dos cuidados de enfermagem seria melhor administrada, quem ganharia com o processo é o paciente." (S05)

"Considero pouco explorado pelos profissionais. A ferramenta foi criada para que a equipe multiprofissional acompanhasse a evolução do tratamento do cliente, porém poucos acessam, desvalorizando, muitas vezes, estes registros. (S09)

“Em unidade fechada e com nº de pessoas próximo ao ideal, o tempo que se passa no computador fazendo as evoluções não chega a causar problemas. Mas levando em consideração outra unidade, às vezes fica inviável se afastar do cuidado para evoluir (esperar um computador disponível).” (S10)

Sobre os pontos negativos do PEP, Possari (2008) e Massad et. al. (2003) pontuam:

- Necessidade de muito investimento em hardware, software e treinamento;
- Os usuários põem ter resistência a procedimentos informatizados;
- Sujeito a falhas de hardware ou software;
- Dificuldades para a completa e abrangente coleta de dados;
- O PEP necessita de constante manutenção, atualização e preservação dos dados;
- O uso do PEP requer treinamento para a utilização das ferramentas computacionais e para a própria utilização do software;
- Investimento em medidas de segurança dos dados;
- Sujeito a sabotagens;
- Demora em constatar os resultados do investimento inicial.

Desse modo, podemos observar que os discursos acima apresentados contiveram aspectos referentes às desvantagens no uso do PEP, já descritos pela literatura, devendo, assim, serem levados em consideração para seu aprimoramento.

Ao analisar os discursos que traziam em seu conteúdo as implicações negativas da utilização do PEP, constatamos que todos eles apontaram problemas de dimensão institucional associados a outras dimensões. Esta constatação evidenciou a importância de uma política institucional voltada a aprimoração do PEP.

Neste sentido Peres e Leite (2010) dizem que:

> O Sistema de Informação de determinada organização de saúde e de serviço de enfermagem é conseqüência de uma construção histórica, sofrendo interferências do contexto sociopolítico no qual está inserido, das exigências colocadas pela realidade social sobre as finalidades da saúde em diferentes momentos e, portanto, determinando o papel e o modelo de sistema de informação a ser implantado. (PERES e LEITE, 2010, p. 69)

Exemplificando a dimensão institucional vinculada as implicações negativas da

utilização do PEP, podemos apontar que alguns enfermeiros mencionaram em seus discursos aspectos relacionados à: falta de treinamento, impossibilidade de realizar toda a Sistematização da Assistência de Enfermagem via PEP, pouca exploração do PEP como ferramenta de trabalho, e problemas relativos ao quantitativo de computadores disponíveis em relação ao número de usuários.

Para Possari (2008) a utilização do PEP requer treinamento para o uso das ferramentas computacionais genéricas e para a utilização do software que estrutura o PEP.

Concordamos com Possari na medida em encontramos sujeitos que participaram desta pesquisa, que não são nativos digitais, ou seja, são indivíduos que já dominavam o conhecimento prático e teórico da enfermagem e tiveram que inserir em seu contexto laboral ferramentas computacionais que eram estranhas ao seu uso. Logo, faz-se necessário uma política de treinamento para utilização de ferramentas computacionais básicas para que posteriormente estes enfermeiros sejam capazes de dominar amplamente o software do PEP.

Portanto, acreditamos que uma falha no desenvolvimento de estratégias para o treinamento de utilização do PEP pelos enfermeiros envolve não somente a dimensão institucional, mas também a dimensão assistencial. Pois, mediante a um treinamento ineficaz ou inexistente o enfermeiro não será capaz de utilizar a ferramenta, o PEP, para potencializar suas ações assistenciais, como já descritas como implicações positivas da utilização do PEP.

Em relação a pouca exploração pelos usuários e a conseqüente desvalorização do PEP, apresentado no discurso do Sujeito 09, estão envolvidas as dimensões institucional, comportamental e assistencial.

Sobre esta temática, Massad et. al. (2003) enfatizam a importância da aceitação do usuário através do seu envolvimento no processo desde o início, participando ativamente e colaborando. Também pontuam a necessidade de mudança de comportamento, pois, sistemas que alteram hábitos rotineiros demoram algum tempo para serem aceitos.

Logo, podemos dizer que o envolvimento dos usuários do PEP em seu planejamento, implementação e manutenção, deveria fazer parte da política institucional. Pois, desta forma os usuários estariam estimulados a participar de todo o processo de desenvolvimento do PEP e desta forma estariam familiarizados com o conteúdo software e a importância de sua utilização.

Neste sentido Peres e Leite *apud* Peres (2001) enfatizam que o sistema de informação na saúde e na enfermagem traz o reflexo da política organizacional, dos valores e propósitos,

a respeito da tecnologia, do processo saúde-doença, trabalho em equipe.

Outra implicação negativa da utilização do PEP na assistência de enfermagem, mencionada pelos sujeitos, refere-se ao quantitativo de computadores disponíveis serem insuficientes, em alguns setores, e desta forma a utilização do PEP não acontece de forma rápida, o que acarretaria em maior tempo despendido a atividade burocrática e menor tempo para o cuidado direto.

Nesta implicação negativa, podemos constatar a presença da dimensão tecnológica, institucional e assistencial. Estas dimensões estão representadas à medida que um problema de origem tecnológico (computadores insuficientes) não foi identificado e resolvido pela instituição, podendo acarretar um problema assistencial (afastamento do enfermeiro do núcleo do cuidado).

Citando Massad et. al (2003), no que diz respeito aos terminais de acesso: estes devem ser em número suficiente e sua distribuição deve ser baseada em um estudo criterioso de utilização esperada (ajustes sempre são necessários). A intenção é alocar os terminais no "ponto de cuidado", freqüentemente a beira do leito.

Demonstrando preocupação constante com o ato de cuidar e do não afastamento do enfermeiro de sua essência, Sperandio (2008) apresenta sua Tese de Doutoramento em Enfermagem, onde avalia o uso da tecnologia computacional móvel para realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem, proporcionando assim ao enfermeiro utilizar a ferramenta informacional junto à cena do cuidado.

Retomando as implicações da utilização do PEP reveladas nos discursos, e remetendo-nos ao discurso do sujeito 05, fica evidente a ausência de todas as etapas da SAE no Prontuário Eletrônico do Paciente e a possibilidades que estes dados proporcionariam a enfermagem e aos seus clientes. Logo, fazem parte desta implicação negativa as dimensões institucional, ética e assistencial.

Em consonância ao referido discurso, estão os dados quantitativos apresentados no início deste capítulo onde foram abordadas quais etapas da Sistematização do PE possuíam ícone específico no PEP (gráfico 13). Nesta variável constatamos que 100% dos enfermeiros dizem ter um ícone para evolução, 96,15% identificam um ícone para prescrição de enfermagem, 92,30% conhecem um ícone para relatório de enfermagem dentro do PEP. Contudo, apenas 7,70% identificaram um ícone para diagnóstico de enfermagem, 3,85% ícone para histórico e nenhum enfermeiro identificou um ícone específico para exame físico

dentro do PEP.

Com a ausência de algumas etapas do Processo de Enfermagem, que são interdependentes, no Prontuário Eletrônico do Paciente, informações de extrema relevância para o corpo de conhecimento da enfermagem serão inexistentes perante a documentação da assistência em saúde dos clientes.

Ou seja, estas informações serão invisíveis ao realizarmos buscas nestes prontuários para subsidiarem pesquisas de relevância assistencial e acadêmica. Faz-se caracterizada então a dimensão assistencial desta implicação negativa da utilização do PEP.

Para Marin (2003) mesmo diante do desenvolvimento do PEP, onde todas as especialidades deveriam estar presentes, pode-se verificar que componentes de enfermagem ainda não estão incluídos. Ou seja, informações que irão apoiar decisões de outros profissionais, embora inseridos por enfermeiros no sistema de informação, estão presentes; contudo, os componentes que irão apoiar e descrever as ações da enfermagem são, quase sempre, omitidos.

Não podemos deixar de sinalizar a dimensão ética neste fenômeno, pois a ausência das etapas do Processo de Enfermagem e, por conseguinte, a impossibilidade de realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem no Prontuário Eletrônico do Paciente, contraria a Resolução COFEN nº358/2009 em seu Artigo 6º, que trata do registro formal da execução do Processo de Enfermagem.

Contudo, acreditamos que esta implicação negativa da utilização do PEP para assistência de enfermagem possui a origem numa dimensão institucional. Esta afirmação é contundente, porém ao nosso entendimento está adequada à medida que não foi evidenciada pelos pesquisadores uma política institucional voltada para a execução e registro do Processo de Enfermagem, como estabelecido pela legislação vigente (Resolução COFEN nº358/2009) e como a comunidade científica da Enfermagem reconhece como ideal.

Como já exposto na descrição do cenário do estudo e anexado a esta pesquisa (Anexo B), a rotina estabelecida pelo Setor Responsável desta Instituição não deixa claro qual a Teoria de Enfermagem é adotada na Instituição para embasar o Processo de Enfermagem, e também não recomenda de forma explicita a execução de algumas etapas do Processo de Enfermagem (diagnóstico de enfermagem e resultados alcançados). Outro fator relevante é o ano de sua publicação, ano 2000, ou seja, foi elaborado há cerca de dez anos e é anterior as Resoluções do COFEN que tratam deste assunto.

Contudo, não podemos afirmar que todos os enfermeiros desta instituição conduzem a assistência sem o embasamento do Processo de Enfermagem, mas como já descrito por alguns autores o sistema de informação que é utilizado por uma instituição traduz em seu conteúdo aspectos da política institucional. E diante desta constatação, é possível afirmar que o PEP utilizado pelos sujeitos deste estudo também sofreu e sofre influência da política institucional.

Tendo em vista as implicações positivas e negativas do PEP já descritas pelos enfermeiros que participaram deste estudo, passaremos agora a apresentar as propostas elaboradas pelos mesmos no que se refere ao Prontuário Eletrônico do Paciente.

"Acredito que seria viável o ícone para 1ª evolução, o qual solicitasse todas as informações necessárias para o histórico de enfermagem, fazendo com que os enf^{os} /médicos e outros compreendessem a real importância de todos os dados." (S02)

"Atualização dos programas (ditar o texto das evoluções e não digitar) e aumentar a quantidade de computadores ou adotar o "sistema de Palm", com aparelhos individuais." (S01)

"Sistema de Informatização moderna, mais rápida, uma sistematização moderna unificando a assistência de enfermagem." (S06)

"O treinamento pelo qual recebi foi com os próprios colegas do setor, e as dúvidas foi no dia a dia, ou quando entrava em contato com algum funcionário. Formularia a presença constante de 01 funcionário para melhor entendimento do Prontuário Eletrônico." (S07)

"O Prontuário Eletrônico deveria auxiliar no diagnóstico de enfermagem também." (S04)

Para Barra e Sasso (2010), a integração entre o Processo de Enfermagem e as Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) pode favorecer a adoção do pensamento crítico; a discussão clínica entre os enfermeiros e equipe multidisciplinar; o crescimento do raciocínio investigativo e; a busca contínua de informações que visam obter evidência científica. Alguns estudos apóiam estas afirmações ao considerar que as TICs melhoram o

cuidado direto, os resultados do cliente e os ambientes da prática, assim como, diminuem o tempo de documentação e registro.

Esta potencialidade do PEP, como um sistema de informação que apóia a Sistematização do Processo de Enfermagem está representado nos estudos apresentados por Freire et. al. (2004), Sperandio e Évora (2004), Barra et. al. (2009), Santos (2010).

Contudo não podemos deixar mencionar as demais propostas apresentadas pelos enfermeiros. No âmbito da tecnologia computacional móvel, citada em um dos discursos, o objetivo é permitir que o enfermeiro utilize o PEP à beira do leito, já em 1999 Évora descrevia esta possibilidade ao dizer:

> Introduzir o computador em unidades de internação hospitalar não é um processo simples, principalmente quando se pretende utilizar tecnologia a beira do leito que requer recursos mais avançados. Trata-se de uma tarefa complexa que além de disponibilidade de recursos financeiros demanda tempo e muita responsabilidade dos envolvidos. (ÉVORA, 1999, p.134)

Porém, coma evolução dos computadores e dos sistemas de informação estudos têm sido desenvolvidos, para que possamos utilizar pequenos comutadores móveis junto ao cliente e onde realizamos os cuidados de enfermagem. Trabalhos como os de Sperandio (2008), e Barra e Sasso (2010) têm contribuído para a divulgação e fortalecimento do emprego desta tecnologia móvel pelos enfermeiros.

No que diz respeito ao treinamento e no envolvimento dos usuários do PEP e de qualquer outro Sistema de Informação, Hannah et. al. (2009) relatam ser essencial o envolvimento de seus usuários em cada fase da instalação do sistema de informação em saúde. Cada grupo de usuários, de acordo com sua atividade clínica, tem um papel relevante na seleção, na implantação e no uso bem sucedido de um sistema de informação. Gerentes e enfermeiros devem estar envolvidos nas decisões críticas a respeito do emprego da tecnologia da informação.

Portanto, diante dos discursos acima apresentados, podemos constatar que os enfermeiros sentem a necessidade da inclusão de dados de extrema relevância para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem pautada na metodologia descrita pela própria enfermagem, o Processo de Enfermagem. Tais discursos descrevem a importância da presença do histórico de enfermagem e dos diagnósticos de enfermagem, ambas são etapas iniciais e essenciais para o planejamento do cuidar em enfermagem.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista a inserção, cada vez mais presente, de ferramentas das Tecnologias da Informação no cenário das Instituições de Saúde com o objetivo de instrumentalizar os registros clínicos dos clientes, estamos presenciando um novo paradigma de registros em saúde, o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

Como todo processo de mudança e transformação, a transição do Prontuário do Paciente, tradicionalmente manuscrito, para o PEP requer de todos, equipe de saúde e equipe de tecnologia da informação, esforços no sentido de reconhecer neste novo modelo de registro suas potencialidades e os desafios propostos pela sua utilização. Utilização esta que se dá por usuários que em sua maioria não tem formação específica em Tecnologia da Informação, mas que necessitam fundamentalmente de informação de qualidade para implementar a assistência à saúde.

Logo, esta investigação científica nasceu do encontro das inquietações de uma Enfermeira usuária do PEP e de um Professor do Programa de Mestrado em Enfermagem que desenvolve estudos sobre o diagnóstico do uso do computador no cotidiano da enfermagem.

Estas inquietações foram lapidadas pelo rigor científico que uma Dissertação de Mestrado requer e o produto final nos possibilitou, por meio dos discursos dos enfermeiros, a compreensão das implicações da utilização do PEP para a assistência de enfermagem.

Ao término desta pesquisa, acreditamos que o objetivo deste estudo foi alcançado e que os que os pressupostos inicialmente apresentados podem ser reafirmados, pois o PEP mostrou-se: um instrumento de auxílio ao enfermeiro durante a sua prática assistencial, tendo em vista que permite com maior facilidade e rapidez o acesso aos dados do paciente, amplia a possibilidade de comunicação da equipe multiprofissional, proporciona a legibilidade dos dados e com isso, torna-se uma importante ferramenta de desburocratização da assistência de enfermagem.

Contudo, ao término das reflexões apresentadas é possível afirmar também que com uma ferramenta recente, o PEP, necessita de ajustes em seu conteúdo relativo à enfermagem. Os possíveis ajustes têm como objetivo assegurar aos nossos clientes uma assistência de enfermagem de qualidade e para os enfermeiros a garantia do cumprimento de aspectos científicos e legais que norteiam a profissão.

Os dados qualitativos deste estudo complementados pelos dados quantitativos, que

traduziram o perfil dos enfermeiros usuários do PEP, apontam que estes indivíduos reconhecem em sua maioria as implicações positivas da utilização do PEP para a assistência de enfermagem. Estas implicações positivas se apresentam nas dimensões assistenciais e tecnológicas. Contudo, percebemos que as implicações de dimensão tecnológica são o esteio das implicações de dimensão assistencial.

As implicações positivas, de dimensão tecnológica que servem de alicerce para as de dimensão assistencial, segundo os sujeitos do estudo, se referem principalmente à possibilidade desta ferramenta facilitar e agilizar o acesso aos dados do paciente, dados da internação atual e de internações anteriores, também foi enfatizada a importância da contribuição para a legibilidade dos registros, a possibilidade de múltiplos acessos ao mesmo conjunto de dados. Para os sujeitos todas essas características tecnológicas do PEP facilitam a assistência de enfermagem.

No entanto, alguns enfermeiros pontuaram aspectos negativos da utilização do PEP para a assistência de enfermagem e devemos estar atentos a esses relatos. As implicações negativas de utilização do PEP, segundo os enfermeiros, são multidimensionais, pois estas alcançam as dimensões tecnológicas, assistencial, ética e institucional. E diante de nossa análise sobre este dado, foi possível apontar para uma correlação entres estas dimensões, onde a implicação de dimensão institucional nos parece ser a origem das demais implicações.

Para os enfermeiros que participaram deste estudo, as implicações negativas da utilização do PEP para a assistência de enfermagem estão relacionadas: ao quantitativo diminuto de computadores, em alguns setores, disponíveis frente ao número de usuários; a deficiência no treinamento contínuo para utilização do PEP; a ausência da tecnologia computacional móvel para facilitar a utilização do PEP junto ao ponto de cuidado; aos aspectos pertinentes à ausência de ícones sobre algumas etapas do Processo de Enfermagem, especificamente segundo os sujeitos deste estudo o histórico e diagnóstico de enfermagem.

Com o objetivo de compreender a possível origem das principais implicações negativas da utilização do PEP para a assistência de enfermagem, e tendo como entendimento que os Sistemas de Informação são criados segundo a ótica da instituição que o utilizará, foi necessária a compreensão do contexto institucional a que os sujeitos do estudo estavam inseridos.

Ao aprofundar nosso olhar para a estrutura Institucional do hospital cenário do estudo, foi possível perceber que os enfermeiros estão diretamente subordinados a Divisão de Enfermagem, e a esta divisão cabe nortear as ações dos seus enfermeiros através do

estabelecimento de normas e rotinas de enfermagem. Contudo, ao consultar as rotinas de assistência de enfermagem encontramos lacunas no que diz respeito à adoção de uma metodologia própria e a adoção do Processo de Enfermagem como método de trabalho.

Acreditamos então, que diante destas lacunas a assistência de enfermagem proposta pela Divisão de (DEN) do hospital cenário do estudo vai de encontro ao que a comunidade científica e os seus órgãos normativos e fiscalizadores caracterizam como o ideal para a enfermagem e seus clientes, caracterizando a dimensão ética da implicação negativa da utilização do PEP.

Portanto, os dados quantitativos caracterizaram a adoção, pelos sujeitos da pesquisa, de uma assistência de enfermagem estruturada segundo as normas institucionais a que estão subordinados, ou seja, foi possível constatar a ausência de algumas etapas do Processo de Enfermagem (PE). Assim como foi possível observar a plena execução de etapas que são preconizadas pela DEN.

Sobre a realização das etapas do PE foi observado que todos (100%) dos sujeitos realizam a evolução, 42,30% dos sujeitos relataram realizar o histórico, o diagnóstico de enfermagem é realizado por 46,15% dos sujeitos, o exame físico é executado por 65,38% dos sujeitos, a prescrição de enfermagem e o relatório de enfermagem são realizados por 96,15% dos sujeitos.

Diante do exposto, nos parece irrefutável a afirmação que a dimensão institucional da implicação negativa da utilização do PEP pelos enfermeiros está caracterizada a media que a instituição e a DEN não possuem uma política clara de adoção do PE como método de trabalho dos enfermeiros, e a estrutura do PEP nada mais faz do que refletir este posicionamento institucional.

Assim sendo, acreditamos que a missão do PEP vai além da desburocratização das ações assistências do enfermeiro. O uso do Prontuário Eletrônico do Paciente, como um sistema de informação, tem em sua essência a potencialidade de facilitar a elaboração das etapas do Processo de Enfermagem. Pois, esta ferramenta informacional é capaz de processar inúmeros dados e desta forma auxiliar o enfermeiro a planejar o seu cuidado pautado em todas as informações necessárias para um julgamento clínico eficiente e buscando a qualidade de suas intervenções.

Deste modo, após tecer nossas considerações sobre as implicações da utilização do PEP para a assistência de enfermagem gostaríamos de apontar algumas questões que a nosso ver necessitam ser revistas.

A política de assistência de enfermagem de uma instituição é de suma importância, pois ela norteia todo o planejamento e execução da assistência de enfermagem. Logo, esta política deve atender aos aspectos éticos, legais e científicos a que está relacionada.

O Prontuário Eletrônico do Paciente, como um sistema de informação, não é capaz de sozinho estabelecer mudanças rumo à qualidade da assistência de enfermagem. Ele é planejado de acordo como a pretensão das pessoas que o idealizaram, ou seja, é um produto das concepções e aspirações de seus arquitetos.

Neste sentido, acreditamos que cabe a enfermagem primeiramente determinar as suas concepções sobre a assistência de enfermagem, tendo como instrumento norteador o Processo de Enfermagem, para que posteriormente seja possível a construção de um PEP que possa além de desburocratizar nossas ações possa servir de apoio as nossas decisões rumo a uma assistência de enfermagem individualizada e de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMANTE, Lúcia Nazareth; ROSSETTO, Annelise Paula; SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta**. Rev. Esc. enferm. USP**,São Paulo, v. 43, n. 1, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Ago. 2010.

ARONE, E.M.; CUNHA, I.C.K.O. Tecnologia e Humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59, n.3, p.354-7, maio/jun.2006.

AZEREDO, L., SILVA, R., GIUSTINA, A., LIMA, A.. Aspects concerning the implementation of the nursing care systematization: descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, North America, 8, jul. 2009. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2392. Acesso em: 12 Aug. 2010.

AZEVEDO, S.A. **Diagnósticos de Enfermagem:** Orientadores do Cuidado do Cliente Diabético. 2001. 204f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Editora Setenta, 1977.

BARRA, D.C.C.; DAL SASSO, G.T.M. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da cipe 1.0®. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, Mar. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Set. 2010

BARRA, D.C.C.; DAL SASSO, G.T.M.; Monticelli, M. Processo de enfermagem informatizado em unidade de terapia intensiva: uma prática educativa com enfermeiros**. Revista Eletrônica de Enfermagem.** [Internet], v.11, n.3, p. 579-89, 2009. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a15.htm. Acesso em: Jan. 2010.

BINI, S.M.; BASTOS, L.; MORO, C.M.C. Metodologia centrada no usuário para especificação de informações do prontuário eletrônico do paciente. **JFMBE Proceedings**.[Internet], v.18, p. 961-965, 2007. Disponível em: http://www.springerlink.com/content/mwl478566171k427/. Aceso em: Jan. 2009.

BRASIL, Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM Nº 1.821/2007. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. Brasília: Diário Oficial da União de 09 de Agosto de 2002.

BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM Nº 1.638/2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. Brasília: Diário Oficial da União de 09 de Agosto de 2002.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei № 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobe a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Código de Ética e Legislações mais utilizadas no dia a dia da Enfermagem, COREN-RJ, 2OOO.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução № 272/2002. Dispõe sobe a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Instituições de Saúde Brasileiras. Disponível em: http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7100&sectionID=34Acesso em: 01 Nov. 2008.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução № 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Anexo: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=7323&sectionID=37. Acesso em: 10 Jun. 2010.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução № 358/2009. Dispõe 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. Disponível em: http://site.portalcofen.gov.br/node/4384. Acesso em: Jan. de 2010.

BRETON, Philippe. **História da informática**. São Paulo: Editora Unesp, 1991.

CAMPOS, Luiz Fernando de Barros. Web 2.0, Biblioteca 2.0 e a Ciência da Informação (I): om protótipo para disseminação seletiva de informação na Web utilizando *mashups* e *RSS feeds*. In: Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação. **Anais VIII ENANCIB 2007.** Salvador, 2007. Disponível em: http://www.enancib.ppgci.ufba.br/artigos/GT2--232.pdf Acesso em: Novembro de 2010.

CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI, R. Pesquisa Qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. In: **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Vol. 15, n° 4, p. 679-684, Out/Dez. 2006.

CARVALHO, M.D.B.; VALLE, E.R.M. A pesquisa fenomenológica e a enfermagem. **Acta sci**; v.24, n.3: 843-847 jun. 2002.

CARVALHO, Vilma de. Por uma epistemologia do cuidado de enfermagem e a formação dos sujeitos do conhecimento na área da enfermagem - do ângulo de uma visão filosófica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, June 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Set. 2010.

CIANCIARULLO, T.I. et. Al. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução tendências** . São Paulo: Ícone, 2008 4ª edição.

CORREA, Consuelo G. **Raciocínio clínico: o desafio do cuidar**. 2003.175f. Dissertação (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

COSTA, Claudio Giulliano Alves da. **Desenvolvimento e avaliação tecnológica de um sistema de prontuário eletrônico do paciente, baseado nos paradigmas da World Wide Web e da engenharia de software**. 2001. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Engenharia Elétrica e de Computação, Faculdade de Engenharia Elétrica e de Computação, Campinas, 2001.

CREUTZBERG M, Funck L, Kruse MHL, Mancia JR, organizadores. **Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem**; Enfermagem hoje: coragem de experimentar muitos modos de ser [livro em formato eletrônico]; 2004 Out 24-29; Gramado (RS), Brasil. Brasília (DF): ABEn; 2005. Disponível em: http://bstorm.com.br/enfermagem. Acesso em: 16 Ago de 2010.

CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da. Metodologia da assistência de enfermagem: impasses e perspectivas. **Online Brazilian Journal of Nursing.** Rio de janeiro, v. 08, n. 3. 2009. Diponível em: www.objnurnig.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2678/html_63. Acesso em: 16 Ago de 2010.

DESLANDES, S.F. e Assis, S.G. **Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças**, pp. 195-226. In MCS Minayo & SF Deslandes (orgs.). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002.

DUCAN, Peter. Saúde: o que devemos achar sobre ela e como temos de pensá-la? Um problema central para a profissão do enfermeiro. Editorial. **Rev. Esc. Enf. USP.** v 41, n. 4, 2007. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/00.pdf. Acesso em: 16 Ago de 2010.

ÉVORA, Y.D.M.; FÁVERO, N; TREVIZAN, M.A.; MELO, M.R.A. **Evolução histórica da aplicação do computador na enfermagem (1965 – 1988).**Acta Paulista, São Paulo, v.13, número especial, parte 11, p. 143 – 47, 2000.

EVORA, Yolanda Dora Martinez. O computador a beira do leito. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, Dec. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000500019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Set. 2010.

_____.**Processo de Informatização em enfermagem – orientações básicas**. EPU. São Paulo, 1995.105p.

FONSECA, C.M.B.M.; SANTOS, M.L dos. Tecnologias da informação e cuidado hospitalar: reflexões sobre o sentido do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva [online].**,v.12, nº3. 2007. Disponível: www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/20.pdf. Acesso em: 12 Set. 2010

FREIRE, Sergio M.; Fuly, Patricia S. C.; Almeida, Rosimary T. Desevolvimento de um Sistema de Informação para a aplicação do Processo de Enfermagem. In: Congresso Brasileiro de Informática em Saúde. 2004, Ribeirão Preto. **Anais do CBIS'2004**. Ribeirão Preto: SBIS, 2004. Disponível em: telemedicina.unifesp.br/pub/SBIS/CBIS2004/trabalhos/arqivos/678.pdf. Acesso em: 10 dez. 2008.

FULY, Patrícia dos Santos Claro; LEITE, Joséte Luzia; LIMA, Suzinara Beatriz Soares. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm,** Brasília, v. 61, n. 6, Dec. 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Sept. 2010.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O. O uso da informática na rede Básica hospitalar da Cidade de Ribeirão Preto (S. P.). **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, número especial, p. 51-60, abril. 1996.

GARBIN, L.M.et al. Classificação de resultados de enfermagem (NOC): identificação da produção científica relacionada. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre 2009 set; 30 (3): 508-515.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc. Anna Nery Rev Enferm** 2009 jan-mar;13 (1): 188-193.

GATES, Bill. **A estrada do futuro**. São Paulo. Editora Companhia das Letras, 1995.

GRANDO, S.R.; BASTOS, L.C. Sistema de apoio à decisão para a taxonomia NANDA: diagnósticos de enfermagem para pacientes com AVC. In: **XIII Congresso Brasileiro de Engenharia Biomédica**, 2000. Florianópolis. Disponível em: www.sbis.org.br/cbis/arquivos/1054.pdf. Acesso em: 12 Sept. 2010.

HANNAH, Kattry J.**Introdução à Informática em enfermagem**. 3ª Ed. Porto Alegre; Artmed, 2009. 388p.

HERMINDA, Patricia Madalena Vieira; ARAÚJO, Izilda Esmênia Muglia. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. **Rev Bras Enferm** 2006 set-out; 59(5): 675-9.

HORTA, Vanda A. de. **Processo de Enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO (HUCFF). Site oficial. Disponível em: http://www.hucff.ufrj.br/. Acesso em: Jan. de 2009.

HULLEY, S. B. **Delineando a Pesquisa Clínica**: uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed, 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). The computer –based patient record: na essencial technology of health care. Institute of Medicine.Nacional Academy Press. Washington, DC. 1997. Disponível em: http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=5306. Acesso em: 12 Sept. 2010.

INTERSYSTEMS. História de sucesso do Caché: Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Disponível em: http://www.intersystems.com.br/isc/publicador/imgpublicador/casocli9.pdf. Acesso em: Outubro de 2010.

KLETEMBERG, D.F.; SIQUEIRA, M.D e MANTOVANI, M.F.Uma história do Processo de Enfermagem nas publicações da revista brasileira de Enfermagem no período 1960 – 1986**.Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro,v.10, n.3, p. 478-86,dez.2006.

KOERICH, Magda Santos et al. Sistematização da assistência: aproximando o saber acadêmico, o saber-fazer e o legislar em saúde. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 4, Dec. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Aug. 2010.

LAKATOS, Eva M.; MARCONI, Marina, de A. **Fundamentos de Metodologia Científica.** - Editora: Atlas, 6ª ed, 2005, 320p.

LAURINDO, Fernando José Barbin et al . O papel da tecnologia da informação (TI) na estratégia das organizações. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 8, n. 2, Aug. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2001000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Set. 2010.

LEADEBAL, Oriana Deyze Correia Paiva; FONTES, Wilma Dias de; SILVA, César Cavalcanti da. Ensino do processo de enfermagem: planejamento e inserção em matrizes curriculares. **Rev. Esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Set. 2010.

LESSA, M.C.; PINHA, T.V. B da; SILVA, T.T et al. **Communication in nursing: modernization of the hospital information system – the use of eletronic chart.** In: Brazilian Nursing Communication Symposium, 2002, São Paulo. Disponível em: http: // www.Proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=MSC0000000052002000200038&Ing=en&nrm=abnt. Acesso em: 01 de Nov. 2008.

LÉVY, Pierre. **As tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática.** Rio de Janeiro: Editora 34, 2004. 203p.

_____. **A inteligência coletiva** – por uma antropologia do ciberespaço. 4º Ed. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

LIMA, Washington Campos Barbosa; Sampaio, Sueli Fátima. Competência política do enfermeiro: achados bibliográficos. **Rev. Gaúch. Enferm**; 28(4):564-569, dez. 2007. Disponível em: http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3315/1726. Acesso em: 01 de Nov. 2008.

LOBIONDO-WOOD, G.; HARBER, J. **Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOONSK J. **The Role of Science and Technology in Establishing the Nationwide Health Information Network and Improving the Healthcare System in the United States**. Presentation at Argonne Labs, May 14, 2008.

LUCENA, Amália de Fátima et al . Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, June 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Ag. 2010.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli, E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986. 100p.

LUIS, M.A.V.; MOALA, F. A; ÉVORA, Y. D.M. Et al. Avaliação de uma disciplina de informática por graduandos de enfermagem. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n.2, p. 69 - 82, julho. 1995

MADUREIRA, Catia M.R. **O enfermeiro e os equipamentos clínicos:** estudo em um Centro de Terapia Intensiva. 1993. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). UFRJ/EEAN, 1993.

MARIN, H. F.; CUNHA, I.C.K.O. Perspectivas atuais da informática em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59, n.3,p.354-7, maio/jun.2006.

MARIN, H. F.; GRANITOFF, N. Informática em Enfermagem: uma experiência. **Acta Paulista**, São Paulo, v.11, número especial, p. 42 – 45,1998.

MARIN, H. F.; MARQUES, E. Nursing informatics: learning from the past to build a new future. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.58, n.2, p.143-6, março. 2005.

MARIN, Heimar de Fátima. **Informáica em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1995. 100p.

MARIN, Heimar de Fátima; Azevedo, Camila Moraes de. Avaliação da informação registrada em prontuários de pacientes internadas em uma enfermaria obstétrica. **Acta Paulista enfermagem**;16(1):7-13, jan.-mar. 2003. tab

MARIN, Heimar de Fátima; Sigulem, Daniel. Informática em Saúde: oportunidade em busca da melhor qualidade em saúde. **Journal of Health Informatics**. 01, vol 1, jul/ag/set 2009.

MARTINS, C. R.; SASSO, G.T.M.D. Tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e enfermagem**. Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17. n.1, jan/mar,2008.

MASSAD, E; MARIN, H.F; AZEVEDO, R.S.N.; NETO, R.S.A. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico.** São Paulo: Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial de Saúde, Washington, D.C.; 2003.

MATSUDA LM, SILVA DMP, ÉVORA YDM, COIMBRA JAH. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado **Rev. Eletr. Enf**. [Internet]. 2006; 8(3):415-21. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm. Acesso em: 01 de Nov. 2008

MC DONALD, C.J.; BARNETT, G.O. Medical Informatics: computer applications in Health Care. **New York: Addison- Wesley Publishing**, 1990, p. 181 -218.

MELO, Francisca Nellie de Paula; DAMASCENO, Marta Maria Coelho. A construção e um software educativo sobre ausculta dos sons respiratórios. **Rev. Esc. Enferm. USP.** 2006, 40 (4). 563-9. Disponível em: www. ee. usp.br/reeusp/uplod/pdf/290.pdf. Acesso em: 01 de Nov. 2008

MENDES, Isabel Amelia Costa, TREVIZAN, Maria Auxiliadora; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez. Comunicação e enfermagem: tendências e desafios para o próximo milênio. **Esc. Anna Nery Rev. de Enferm**. Rj v4 n.22 p. 217-224. agosto 2000.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11 ed. – São Paulo: Hucitec, 2008.

MOTA, Francisca Rosaline Leite. Prontuário Eletrônico do Paciente: estudo de uso pela equipe de saúde do Centro de Saúde Vista Alegre. 2005, p.109. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) Pós Graduação em Ciência da Informação da Escola de Ciência da informação da UFMG, 2005. Disponível em: www.bibliotecadigital.ufmg.br/.../mestrado_francisca_rosaline_leite_mota.pdf. Acesso em: 01 de Nov. 2008

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do et al . Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Aug. 2010.

NEVES, Rinaldo de Souza; SHIMIZU, Helena Eri. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 63, n. 2, Apr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Ag. 2010

NÓBREGA, Maria Miriam Lima da; SILVA, Kenya de Lima. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2ª edição, Belo Horizonte: ABEN, 2008/2009. 232p.

OLIVEIRA, Maria Taborda Corrêa. **As concepções e reações dos sujeitos sobre o processo de Inclusão Digital**: que diretrizes podem ser supridas para futuras ações. 2005.105f. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

PEREIRA, Juliana Cristina; STUCHI, Rosamary Aparecida Garcia; SENA, Cristina Arreguy. Proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem pelas taxonomias NANDA/NIC/NOC para o diagnóstico de conhecimento deficiente. **Cogitare Enferm** 2010 Jan /mar: 15 (1): 74-81. Disponível em: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17175/11310.Acesso em: 10 Jun. 2010.

PERES, Heloisa Helena Ciqueto et al . Desenvolvimento de Sistema Eletrônico de Documentação Clínica de Enfermagem estruturado em diagnósticos, resultados e intervenções. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. spe2, Dec. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Agosto de 2010.

PERES, H.H.C.; DUARTE, Y.A.O.; MAEDA, S. T. et al. Estudo exploratório sobre a utilização dos recursos de informática por alunos do curso de graduação em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.35, n.1, p. 88 – 94, mar. 2001.

PERES, Heloisa Helena Ciqueto; LIMA, Antônio Fernandes Costa; ORTIZ, Diley Cardoso Franco. Processo de Informatização do Sistema de Assistência de Enfermagem de um Hospital Universitário. In: Congresso Brasileiro de Informática em Saúde. 2006. Florianópolis. **Anais do CBIS'2006**. Florianópolis: SBIS, 2004. Disponível em: http://www.sbis.org.br/cbis/anaiscbis2006.htm. Acesso em: 10 dez. 2008.

PERES, Heloisa Helena Ciqueto; MEIRA, Karina Cardoso; LEITE, Maria Madalena Januário. Ensino de didática em enfermagem mediado pelo computador: avaliação discente. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, June 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Set.2010.

PERES, Heloisa Helena Ciqueto e LEITE, Maria Madalena Januário. Sistemas de Informação em Saúde. In: KURCGANT, Paulina et. al. **Gerenciamento em Enfermagem**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2010.

PETERLINE, Olga Laura Giraldi. **Cuidado gerencial e gerência do cuidado na interface da utilização do sistema de informação em saúde pelo enfermeiro**. 2004. 132f.Dissertação (Mestrado em Enfermagem), UFPR, 2004. Disponível em: http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/1884/980/1/Peterlini,%20Olga.pdf. Acesso em: 12 Set.2010.

PINHO, Leandro Barbosa de; SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos; KANTORSKI, Luciane Prado. Análise do processo de trabalho da enfermagem na unidade de terapia intensiva. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 4, Dec. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Ag. 2010.

PIRES, F. A. et. al. Prontuário Eletrônico: aspectos legais e situação atual. In: Congresso Brasileiro de Informática em Saúde. 2004. Ribeirão Preto. **Anais do CBIS'2004**. Ribeirão Preto: SBIS, 2004. Disponível em: www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/476.pdf. Acesso em: 10 dez. 2008.

POLIT, D.F; BECK, CT; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** Métodos, avaliação e utilização. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POSSARI, João Francisco. **Prontuário do Paciente e os registros de Enfermagem**. Ed. Iátria, 2008, 2 ed.- São Paulo. 246p.

PRIMO, Alex. O aspecto relacional das interações na Web 2.0. **E- Compós**, Brasília, v. 9, p.1-21, 2007. Disponível em: http://www6.ufrgs.br/limc/PDFs/web2.pdf . Acesso em : Novembro de 2010.

RANGEL, Alexandre Leite. **Desenvolvimento de um sistema de apoio à decisão para elaboração da escala periódica de pessoal de enfermagem**. 2006. 61p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem).. USP, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.Ribeirão Preto, 2006 Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-22032007-165341/ Acesso em: 10 dez. 2008.

REPPETTO, Maria Ângela; SOUZA, Mariana Fernandes de. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 3, June 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Set. 2010.

REZENDE, Priscila Oliveira; GAIZINSKI, Raquel Rapone. Tempo despendido no sistema de assistência de enfermagem após implementação de sistema padronizado de linguagem. **Rev. Esc. Enferm**. USP 2008; 42(1): 152-9.

SABBATINI, R M. E. História da Informática em Saúde no Brasil. Informática Médica. Vol 1 n5 – Set/Out 1998. Disponível em: http://www.informaticamedica.org.br/informaticamedica/n0105/sabbatini.htm. Acesso em: 10 dez. 2008.

SALOMAO, Graciela da Silva Miguéis; AZEVEDO, Rosemeiry Capriata de Souza. Produção bibliográfica sobre o processo de enfermagemAnálise da produção bibliográfica sobre o processo de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 5, Oct. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Ag. 2010.

SANTIAGO, Luiz Carlos. **A multimídia como recurso didático-pedagógico para o ensino teórico-prático da Semiologia em Enfermagem**. Tese (Doutorado em Enfermagem). 2003. 118p USP. Escola de Enfermagm de Ribeirão Preto.Ribeirão Preto, 2003..

SANTOS, Marcílio S. **Informatização de atividades administrativo-burocráticas de enfermagem relacionadas ao gerenciamento da assistência.** 2003. 144p. Dissertação (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SANTOS, Sérgio R. dos Sistema de Informação em enfermagem: interação do conhecimento tácito – explícito**. Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.58, n.1,p.100-4, jan/ fev .2005.

_____ Análise das atitudes de enfermeiros e estudantes de enfermagem na Paraíba – Br quanto à utilização do computador. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n.6, p. 56 – 61, nov/dez. 1995.

_____ Informática em enfermagem: desenvolvimento de software livre com aplicação assistencial e gerencial. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, June 2010 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 Ago. 2010.

_____ Sistema de informação em enfermagem: interação do conhecimento tácito-explícito. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n.1, Fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Set. 2010.

SANTOS, Sérgio Ribeiro dos; NOBREGA, Maria Miriam Lima da. A busca da interação teoria e prática no sistema de informação em enfermagem: enfoque na teoria fundamentada nos dados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, June 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Aug. 2010.

SANTOS, Rafaela Souza da Silva; COSTA, Arlete Eli Kunz da. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: implantação em um hospital do Vale do Taquari e Rio Pardo.** Disponível em: http://www.webartigos.com/articles/26330/1/Sistematizacao-do-processo-de-enfermagem-implantacao-em-hospital-do-vale-do-Taquari-e-Rio-Pardo/pagina1.html#ixzz16zKVpgS9. Acesso em: Novembro de 2010.

SARACEVIC, T,. **Information Science: origin, evolucion and relations**. In: Vakkari, P. & Cronin, B (Eds). Concepntions of library and informations science. Proceedings of the international conference for the celebration of 20th aniversary of the Departamento f Information Studies, University of Tapmpere, Finland.

SILVA, Flávia Borges da; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli; ZEM-MASCARENHAS, Silvia Helena. A Internet e a enfermagem: construção de um site sobre administração de medicamentos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, Jan. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Sept. 2010.

SILVEIRA, Denise Tolfo; MARIN, Heimar de Fátima. Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem: construindo um modelo em sáude ocupacional. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 2, June 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Aug. 2010.

SPERANDIO, D.J. ; ÉVORA, Y.D.M. Planejamento da Assistência de Enfermagem: proposta de um software - protótipo. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n.6, p. 937 – 43, nov/dez. 2005.

_____. A introdução de tecnologias na prática de enfermagem: construção de software para o planejamento da assistência de Enfermagem. In: Congresso Brasileiro de Informática em Saúde. 2004, Ribeirão Preto. **Anais do CBIS'2004**. Ribeirão Preto: SBIS, 2004. Disponível em: www.sbis.org.br/arquivos/623.doc. Acesso em: 10 dez. 2008.

SPERANDIO, Dircelene Jussara. **A tecnologia computacional móvel na sistematização da assistência de enfermagem: avaliação de um software – protótipo.** 2008. 141p. Dissertação (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

TAKAHASHI, Alda Akie et al. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 1, Mar. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Sept. 2010.

TAKAHASHI, Tadao. **Sociedade da informação no Brasil**: livro verde. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia, 2000.

TRUPPEL, Thiago Christel et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 2, Apr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Set. 2010.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico- qualitativa: construção teórico – epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde humanas.** Petrópolis. Editora Vozes, 2003, 685p.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Projeto MAC Multimídia**. Material Didático para disciplinas de Introdução à Computação**. Disponível em: http://www.ime.usp.br/~macmulti/historico/histcomp1_11.html. Acesso em: Maio de 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ (UFPA). **História do Computador e da Internet**. Disponível em: http://www.cultura.ufpa.br/dicas/net1/int-hind.htm. Acesso em: Maio de 2009.

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Instrumento para coleta de dados para o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **"PRONTUÁRIO ELETRÔNCIO DO PACIENTE: implicações para a Sistematização da Assistência de Enfermagem"**

Autora: Enfª Tatiane Fernandes Florencio

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Santiago

Questionário

1. Setor de trabalho: ( ) 8D ( ) CTI 13º andar ( ) Enfermarias

2. Idade: ( ) 20 – 30 anos ( ) 31 – 40 anos
( ) 41 – 50 anos ( ) 51 – 60 anos
( ) 61 anos ou mais.

3. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

4. Tempo de formação:
( ) 0 – 5 anos ( ) 6 – 10 anos ( ) 11 – 15 anos ( ) 16 – 20 anos
( )21 – 25 anos ( ) 26 anos ou mais

5. Tempo de atuação nesta instituição:
( ) 0 – 5 anos ( ) 6 – 10 anos ( ) 11 – 15 anos ( ) 16 – 20 anos
( )21 – 25 anos ( ) 26 anos ou mais

6. Qualificação:
( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado

7. Nível de Conhecimento sobre informática:

( ) básico ( ) intermediário ( ) avançado

8. Nível de interesse sobre informática:

( ) pouco ( ) médio ( ) grande

Quanto a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE):

9. Quais etapas da SAE você realiza diariamente com seus clientes?

( ) histórico
( ) exame físico
( ) diagnóstico de enfermagem
( ) prescrição de enfermagem
( ) evolução
( ) relatório de enfermagem
( ) nenhuma das opções

10. Você tem dificuldade para realizar a SAE?

( ) Não tenho dificuldades ( ) Tenho pouca dificuldade
( ) Tenho muita dificuldade ( ) Não realizo a SAE

11. Quais etapas da SAE você registra diariamente no Prontuário Eletrônico?

( ) histórico
( ) exame físico
( ) diagnóstico de enfermagem
( ) prescrição de enfermagem
( ) evolução
( ) relatório de enfermagem
( ) nenhuma das opções

12. Você acredita que a SAE pode melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem?

( ) Sim ( ) Não

Quanto ao Prontuário Eletrônico:

13. Quais etapas da SAE possuem ícone específico dentro do Prontuário Eletrônico?

( ) histórico
( ) exame físico
( ) diagnóstico de enfermagem
( ) prescrição de enfermagem
( ) evolução
( ) relatório de enfermagem
( ) nenhuma das opções

14. Você recebeu treinamento para utilizar o Prontuário Eletrônico?

( ) Sim ( ) Não

15. Ao utilizar o Prontuário Eletrônico para **registro** de suas atividades como enfermeiro, você:

( ) Tem dificuldades

( ) Não tem dificuldade

( ) Tem dificuldades em alguns itens

( ) Não realiza o registro

16. Prontuário Eletrônico:

( ) trouxe melhorias para a assistência de enfermagem

( ) não percebi diferença na melhoria da assistência de enfermagem

( ) piorou a assistência de enfermagem

17. Qual o seu nível de satisfação com o Prontuário Eletrônico?

( ) Não atinge as minhas necessidades;

( ) Atinge pouco;

( )Atinge satisfatoriamente;

( ) Atinge plenamente;

( ) Supera as necessidades.

18. Você desejaria formular propostas para o Prontuário Eletrônico?

( ) Não

( ) Sim. Qual / quais?

_____

_____

_____

Responda as questões seguintes, com clareza e descrevendo o que realmente acontece no seu cotidiano de trabalho.

19. Ao admitir um cliente em seu setor, como você realiza o **planejamento** do cuidado de enfermagem? _____

_____
_____
_____
_____

20. Quais os **dados referentes ao cuidado de enfermagem** você julga importante **estar presente** no Prontuário Eletrônico do Paciente?

_____
_____
_____
_____

21. Como os dados referentes ao cuidado de enfermagem são **registrados** no Prontuário Eletrônico do Paciente?

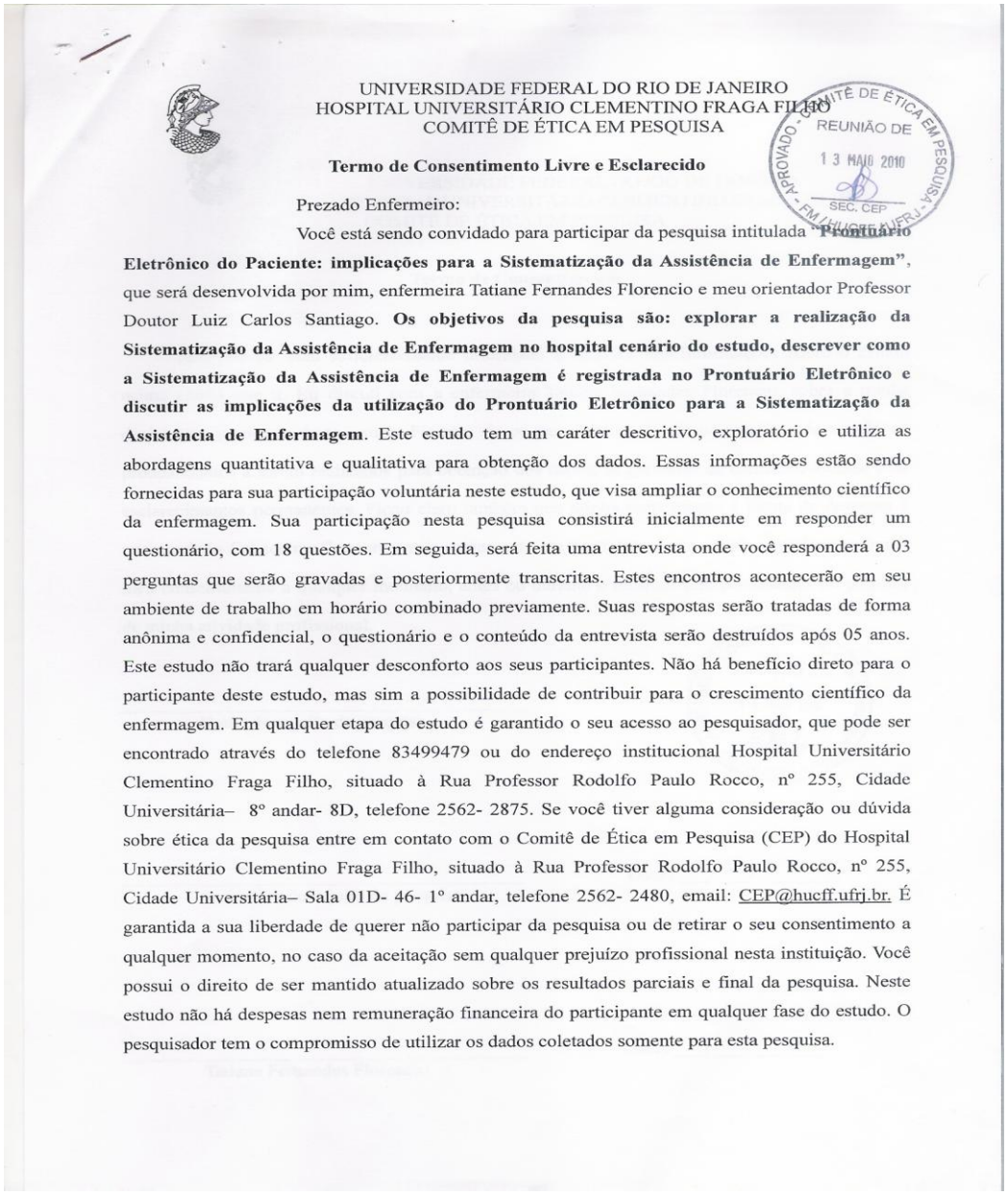
_____
_____
_____
_____

22. Qual a sua opinião acerca da utilização do Prontuário Eletrônico no desenvolvimento de suas ações como enfermeiro?

_____
_____
_____

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

APROVADO - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FM / HUCFF / UFRJ
REUNIÃO DE
13 MAIO 2010
SEC. CEP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Enfermeiro:

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada **"Prontuário Eletrônico do Paciente: implicações para a Sistematização da Assistência de Enfermagem"**, que será desenvolvida por mim, enfermeira Tatiane Fernandes Florencio e meu orientador Professor Doutor Luiz Carlos Santiago. **Os objetivos da pesquisa são: explorar a realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem no hospital cenário do estudo, descrever como a Sistematização da Assistência de Enfermagem é registrada no Prontuário Eletrônico e discutir as implicações da utilização do Prontuário Eletrônico para a Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Este estudo tem um caráter descritivo, exploratório e utiliza as abordagens quantitativa e qualitativa para obtenção dos dados. Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa ampliar o conhecimento científico da enfermagem. Sua participação nesta pesquisa consistirá inicialmente em responder um questionário, com 18 questões. Em seguida, será feita uma entrevista onde você responderá a 03 perguntas que serão gravadas e posteriormente transcritas. Estes encontros acontecerão em seu ambiente de trabalho em horário combinado previamente. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, o questionário e o conteúdo da entrevista serão destruídos após 05 anos. Este estudo não trará qualquer desconforto aos seus participantes. Não há benefício direto para o participante deste estudo, mas sim a possibilidade de contribuir para o crescimento científico da enfermagem. Em qualquer etapa do estudo é garantido o seu acesso ao pesquisador, que pode ser encontrado através do telefone 83499479 ou do endereço institucional Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, situado à Rua Professor Rodolfo Paulo Rocco, nº 255, Cidade Universitária– 8º andar- 8D, telefone 2562- 2875. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, situado à Rua Professor Rodolfo Paulo Rocco, nº 255, Cidade Universitária– Sala 01D- 46- 1º andar, telefone 2562- 2480, email: CEP@hucff.ufrj.br. É garantida a sua liberdade de querer não participar da pesquisa ou de retirar o seu consentimento a qualquer momento, no caso da aceitação sem qualquer prejuízo profissional nesta instituição. Você possui o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais e final da pesquisa. Neste estudo não há despesas nem remuneração financeira do participante em qualquer fase do estudo. O pesquisador tem o compromisso de utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Termo de Consentimento

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li. Eu discuti com a enfermeira Tatiane Fernandes Florencio, sobre a minha decisão em participar deste estudo. Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados para obtenção dos dados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e remuneração financeira. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo de minha atividade profissional.

APROVADO - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FM / HUCFF / UFRJ - REUNIÃO DE 13 MAIO 2010 SEC. CEP

_____
Nome do sujeito da pesquisa

_____ Data : ___/ ___/ _____
Assinatura do sujeito da pesquisa

_____ Data : ___/ ___/ _____
Tatiane Fernandes Florencio

APÊNDICE C

CRONOGRAMA

	2009	**2009**	**2010**	**2010**
Atividades	**1º semestre**	**2º semestre**	**1º semestre**	**2° semestre**
Elaboração do Projeto de Dissertação	**X**	**X**		
Encaminhamento ao Comitê de Ética e Pesquisa			**X**	
Avaliação e ajustes no projeto com auxílio das disciplinas e orientador		**X**		
Elaborar revisão bibliográfica	**X**	**X**		
Coleta e análise dos dados			**X**	
Elaboração do relatório preliminar				**X**
Exame de qualificação				**X**
Elaboração do relatório final				**X**
Defesa da dissertação				**X**

APÊNDICE D

INVENTÁRIOS

4.2.1.1 Primeiro Inventário

Primeira questão: Quais as suas propostas para o Prontuário Eletrônico?

Discurso Original	Sujeitos envolvidos por analogia	Total	
		fx	f%
S1 – Atualização do programa; utilização de "Palm" individuais; fazer as evoluções utilizando o microfone.	S1, S6	2/10	20
S2 – Conter o item histórico de enfermagem	S2, S5, S9, S 10	4/10	40
S3 – Treinamento maior para o plantão noturno	S3, S7	2/10	20
S4 – Auxilio para o diagnóstico de enfermagem	S4	1/10	10
S5- Folha para admissão	S2, S5, S9, S 10	4/10	40
S6 – Sistema de informação moderno e rápido; unificar a sistematização da assistência de enfermagem	S1, S6	2/10	20
S7 – Presença de um funcionário para melhor entendimento do PEP	S3, S7	2/10	20
S8 – Possibilidade de selecionar diagnósticos de enfermagem.	S4, S8	2/10	20
S9 – Ícone para 1ª evolução, histórico de enfermagem, conscientização da importância pela equipe multiprofissional de todos dos dados.	S2, S5, S9, S 10	4/10	40
S 10 - Criar ícone para histórico.	S2, S5, S9, S10	4/10	40

Apesar de 26 enfermeiros terem feito parte da amostra deste estudo, somente 10

sujeitos responderam a esta pergunta. Tendo em vista, que esta pergunta é uma combinação entre uma questão fechada e uma aberta, e somente 10 enfermeiros fizeram parte da amostragem para esta questão.

4.2.1.2 Segundo Inventário

Segunda questão: Ao admitir um cliente em seu setor, como você realiza o planejamento do cuidado de enfermagem?

Discurso Original	Sujeitos envolvidos por analogia	Total	
		fx	f%
S1 – Através do histórico de enfermagem e anamnese, exame físico.	S1, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S10, S11, S12, S13, S15, S19, S20, S21, S22 e S26.	17	65,38
S2 – Coleta sistematizada dos dados, histórico de enfermagem, identificação dos problemas (diagnósticos de enfermagem), traçando a prescrição de enfermagem, objetivando atender as necessidades da saúde.	S1, S2, S3, S5, S6, S7, S8, S9, S11, S12, S15, S21 e S26.	13	50
S3 – A partir de informações coletadas dos profissionais, familiares, do paciente e do prontuário; exame físico; diagnóstico das necessidades	S1, S2, S3, S4, S7, S11, S12, S13, S19, S20, S21, S22 e S26.	13	50
S4 – Exame clínico, abordagem ao cliente, Sistematização da Assistência de Enfermagem, raciocínio clínico, selecionar intervenções, criar um plano de cuidados, observar a melhoria dos clientes.	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S11, S12, S13, S15, S18, S19, S20, S21, S22 e S26.	16	61,53
S5- Anamnese do paciente, levantados os problemas e em cima destes são	S1, S2, S4, S5, S6, S9, S10, S13, S15, S18, S20 e S21.	12	46,15

traçados os cuidados de enfermagem.			
S6 – De acordo com o histórico do paciente traço a conduta incluindo a prescrição de enfermagem.	S1, S2, S4, S5, S6, S7, S8, S15, S17, S21, S22 e S26.	12	46,15
S7 – A partir do histórico e exame físico, associação a intervenções médicas.	S1, S2, S3, S6, S7, S8, S11, S13, S17, S19, S20, S21, S22 e S26.	14	53,84
S8 – Qual o diagnóstico, quais os sinais e sintomas, coleta de toda história do cliente.	S1, S2, S6, S7, S11, S15, S19, S20 e S22.	09	34,61
S9 – Verifico as necessidades básicas prejudicadas e planejo os cuidados de enfermagem para atendê-las.	S1, S5, S9, S11, S12, S16, S18, S22, S23, S24 e S25.	11	42,30
S 10 – Anamnese, individualização dos cuidados, adaptação do kit medtrak ao cliente.	S1, S5, S10, S18, S20, e S21.	06	23,07
S 11- Exame físico, diagnóstico do cliente, procurando atender as necessidades de cada indivíduo.	S1, S2, S3, S4, S7, S8, S9, S11, S12, S13, S15, S19, S20, S21, S22, S23, S24 e S26.	18	69,23
S 12- Na admissão, após o exame físico, necessidades do cliente, de acordo como diagnóstico do cliente.	S1, S2, S3, S4, S9, S11, S12, S13, S15, S16, S19, S20, S21, S22, S23, S24, S25 e S26.	18	69,23
S 13- Através da entrevista, exame físico.	S1, S3, S4, S5, S7, S11, S12, S13, S15, S19, S20, S21, S22 e S26.	14	53,84
S 14- Com base na sua história clínica.	S6, S7, S14, S17 e S22.	05	19,23
S 15- Exame físico, história pregressa, evolução e prescrição de enfermagem.	S1, S2, S4, S5, S6, S8, S11, S12, S13, S15, S17, S19, S20, S21, S22	16	61,53

	e S26.		
S 16- Mediante as necessidades do cliente.	S9, S12, S16, S23, S24 e S25.	06	23,07
S 17- Mediante a história do paciente.	S6, S7, S14, S15 e S17.	05	19,23
S 18- Após avaliação do paciente, é feito o plano de cuidados personalizado.	S4, S5, S9, S10 e S18.	05	19,23
S 19- Exame físico, observação dos sinais e sintomas.	S1, S3, S4, S7, S8, S11, S12, S13, S15, S19, S20, S21, S22 e S26.	14	53,84
S20 - Através da investigação, entrevista, exame físico, diagnóstico, intervenções planejadas, conhecimento científico.	S1, S3, S4, S5, S7, S8, S10, S11, S12, S13, S15, S19, S20, S21 e S22.	15	57,69
S21 – Conversa, anamnese, exame físico, prescrição de enfermagem.	S1, S2, S3, S4, S5, S6 S7, S10, S11, S12, S13, S15, S19, S20, S21, S22 e S26.	17	65,38
S22 – Noções antes da admissão sobre condições clínicas e diagnóstico; após admissão coleto o histórico, exame físico e faço plano de cuidados.	S1, S3, S4, S6 S7, S8, S9, S11, S12, S13, S14, S15, S19, S20, S21, S22 e S26.	17	65,38
S23 – Planejo a partir de suas necessidades.	S9, S11, S12, S16, S23, S24 e S25.	07	26,92
S24 – De acordo com as necessidades.	S9, S11, S12, S16, S23, S24 e S25.	07	26,92
S25 – Após coleta de dados,	S9, S12, S16, S23, S24 e S25.	07	26,92

identificação de suas necessidades, implementação de ações integrais de enfermagem, atendimento qualificado ao paciente.			
S26 - Monitorar, verificar sinais vitais, normas da CCIH, exame físico, história pregressa, história atual, prescrição de enfermagem, diagnóstico de enfermagem.	S1, S2, S3, S4, S6 S7, S11, S12, S13, S15, S19, S21, S22 e S26.	14	53,84

4.2.1.3 Terceiro Inventário

Terceira questão: Como os dados referentes ao cuidado de enfermagem são registrados no Prontuário Eletrônico do Paciente?

Discurso Original	Sujeitos envolvidos por analogia	Total	
		fx	f%
S1 – No ícone de evolução de enfermagem, de forma discursiva.	S1, S2, S3, S7, S8, S10, S11, S13, S14, S15, S18, S20, S21, S22, S23, S24, S25 e S26.	18	69,23
S2 – No ícone da evolução, e na prescrição de enfermagem.	S1, S2, S3, S5, S6, S8, S10, S11, S13, S14, S15, S18, S19, S20, S21, S22, S23, S24, e S26.	19	73,23
S3 – Ditados na evolução do cliente.	S1, S2, S3, S8, S10, S11, S13, S14, S15, S18, S20, S21, S22, S23, S24 e S26.	16	61,53
S4 – Através da coleta de informações sobre o indivíduo.	S4.	01	03,84

S5- No prontuário eletrônico, através das prescrições.	S2, S5, S6, S8, S19, S20 e S24.	07	26,92
S6 – Na prescrição de enfermagem.	S2, S5, S6, S8, S19, S20 e S24.	07	26,92
S7 – De forma clara, objetiva e discursiva.	S1, S7 e S25.	03	11,53
S8 – Na evolução e prescrição de enfermagem.	S1, S2, S3, S5, S6, S8, S10, S11, S13, S14, S15, S18, S19, S20, S21, S22, S23, S24, e S26.	19	73,23
S9 – Textualizados, para melhor compreensão.	S9	01	03,84
S 10 – Através de evoluções diárias.	S1, S2, S3, S5, S6, S8, S10, S11, S13, S14, S15, S18, S20, S21, S22, S23, S24, e S26.	18	69,23
S 11- Sinais vitais, Balanço hídrico, evolução e mudança de decúbito.	S1, S2, S3, S8, S10, S11, S13, S14, S15, S18, S20, S21, S22, S23, S24, e S26.	16	61,53
S 12- Não respondeu a questão.	----------	-------	------
S 13- Através da evolução de enfermagem.	S1, S2, S3, S8, S10, S11, S13, S14, S15, S21, S22, S23, S24, e S26.	14	53,84
S 14- Na evolução de enfermagem, nas evoluções dos técnicos de enfermagem.	S1, S2, S3, S8, S10, S11, S13, S14, S15, S18, S20, S21, S22, S23, S24, e S26.	16	61,53
S 15- Evolução de enfermagem.	S1, S2, S3, S8, S10, S11, S13, S14,	16	61,53

	S15, S18, S20, S21, S22, S23, S24, e S26.		
S 16- Após os cuidados, a enfermagem relata.	S16.	01	03,84
S 17- Nome completo do cliente, localização, idade, sexo e número do prontuário.	S17	01	03,84
S 18- Seqüência lógica, cabeçalho, evolução em ordem da cabeça para baixo, nível de consciência, exame físico, parte respiratória, eliminações fisiológicas, tipos de infusão, sinais vitais.	S1, S2, S3, S5, S6, S8, S10, S11, S13, S14, S15, S18, S19, S20, S21, S22, S23, S24, e S26.	19	73,23
S 19- Através de uma prescrição previamente incluída no sistema, permite alterações.	S2, S5, S6, S8, S19, S20, S24 e S25.	08	30,76
S20 – Através da evolução e plano de cuidados.	S1, S2, S3, S5, S6, S8, S10, S11, S13, S14, S15, S18, S19, S20, S21, S22, S23, S24, e S26.	19	73,23
S21 – Através do ícone evolução e através do ícone enfermagem os técnicos evoluem.	S1, S2, S3, S8, S10, S11, S13, S14, S15, S18, S20, S21, S22, S23, S24, e S26.	16	61,53
S22 – São registrados na evolução.	S1, S2, S3, S8, S10, S11, S13, S14, S15, S18, S20, S21, S22, S23, S24, e S26.	16	61,53
S23 – Na evolução de enfermagem.	S1, S2, S3, S8, S10, S11, S13, S14, S15, S18, S20, S21, S22, S23, S24,	16	61,53

	e S26.		
S24 – Na evolução de enfermagem, na prescrição de enfermagem, podem ser alteradas.	S1, S2, S3, S5, S6, S8, S10, S11, S13, S14, S15, S18, S19, S20, S21, S22, S23, S24, S25 e S26.	20	76,92
S25 – De forma clara e objetiva, com data e hora, identificação da pessoa que faz a anotação, retificar anotação errada.	S1, S7, S19, S24 e S25.	05	19,23
S26 – Através da evolução diária do cliente, exame físico e estado hemodinâmico, podem ocorrer modificações durante o plantão.	S1, S2, S3, S5, S6, S8, S10, S11, S13, S14, S15, S18, S20, S21, S22, S23, S24, S25 e S26.	19	73,23

4.2.1.4 Quarto Inventário

Quarta questão: Quais os dados referentes ao cuidado de enfermagem você julga importante estar presente no Prontuário Eletrônico do Paciente?

Discurso Original	**Sujeitos envolvidos por analogia**	**Total**	
		fx	**f%**
S1 – Ao paciente crítico todos os dados são vitais.	S1, S2, S5, S8, S18 e S22.	06	23,07
S2 – Todos os dados.	S1, S2, S5, S8, S18 e S22.	06	23,07
S3 – Histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição, evolução e relatório.	S3, S6, S10, S11, S13, S15, S16, S20, S21, S24, S25 e S26.	12	46,15
S4 – Nível de consciência, Diagnósticos, Acessos venoso, curativos, lesões, eliminações	S4, S9, S19, S22 e S23.	05	19,23

fisiológicas, informações claras de fácil entendimento.			
S5- Todos os dados são importantes, maior relevância é o processo alérgico, anamnese.	S1, S2, S5, S8, S18, S22 e S26.	07	26,92
S6 – Prescrição, nível de colaboração do paciente.	S3, S6, S10, S11, S13, S15, S16, S20, e S21.	09	34,61
S7 – Queixas e anseios do paciente, alterações dos sistemas e respostas aos cuidados implementados.	S7 e S25.	02	07,69
S8 – Todos os dados são importantes.	S1, S2, S5, S8, S18 e S22.	06	23,07
S9 – Sinais vitais, estado emocional, condições físicas, eliminações fisiológicas e higiene pessoal.	S4, S9, S19 e S23.	04	15,38
S 10 – Prescrição de enfermagem para direcionar o cuidado, a evolução.	S3, S6, S10, S11, S13, S15, S16, S20, S21, e S25.	10	38,46
S 11- Plano de cuidados, medicamentos, diagnóstico de enfermagem, evolução de enfermagem, exames laboratoriais e outros, histórico de enfermagem.	S3, S6, S10, S11, S13, S15, S16, S20, S21, S24 e S25.	11	42,30
S 12- Atualização diária do histórico.	S3, S11 e S126.	03	11,53
S 13- Evolução de enfermagem, prescrição de enfermagem, exame físico e diagnósticos de enfermagem.	S3, S6, S10, S11, S13, S15, S16, S20, S21, S24 e S25.	11	42,30
S 14- Conduta tratada e evolução do	S14.	01	03,84

paciente..			
S 15- Exame físico, história pregressa, evolução e diagnóstico de enfermagem.	S3, S6, S10, S11, S13, S15, S16, S20, S21, S24, S25 e S26.	12	46,15
S 16- Exame físico, histórico e diagnóstico de enfermagem.	S3, S6, S10, S11, S13, S15, S16, S20, S21, S25 e S26.	11	42,30
S 17- Cuidados de biosegurança.	S17.	01	03,84
S 18- Tudo que envolve o paciente é importante.	S1, S2, S5, S8, S18 e S22.	06	23,07
S 19- Sinais vitais, eliminações fisiológicas, controle hídrico, mudança de decúbito, avaliação da pele, higiene e curativos.	S4, S9, S19 e S23.	04	15,38
S20 – Exame físico, diagnóstico e planejamento das ações de enfermagem e evolução de enfermagem.	S3, S6, S10, S11, S13, S15, S16, S20, S21, S24, S25 e S26.	12	46,15
S21 – Evolução e prescrição de enfermagem.	S3, S6, S10, S11, S13, S15, S16, S20, S21, S24 e S26.	11	42,30
S22 – Todos os cuidados, curativos.	S1, S2, S4, S5, S8, S18 e S22.	07	26,92
S23 – Sinais vitais, curativos eliminações e alimentação.	S4, S9, S19 e S23.	04	15,38
S24 – Evolução com todos os dados referente ao cuidado de enfermagem.	S3, S11, S13, S15, S20, S21, S24 e S25.	08	30,76
S25 – Informações objetivas e	S3, S7, S10, S11, S13, S15, S16,	11	42,30

subjetivas, problemas /preocupações do paciente, sinais e sintomas, cuidados prestados, efeito das intervenções de enfermagem, exame físico, hábitos e comportamento, aspecto social, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, planejamento, evolução e avaliação de enfermagem.	S20, S21, S24 e S25.		
S26 - Exame físico, doença pregressa e atual, alergia medicamentosa.	S3, S5, S15, S16, S20 e S26.	06	23,07

4.2.1.5 Quinto Inventário

Quinta questão: Qual a sua opinião acerca da utilização do Prontuário Eletrônico no desenvolvimento de suas ações como enfermeiro?

Discurso Original	Sujeitos envolvidos por analogia	Total	
		fx	f%
S1 – Facilita o desenvolvimento da assistência de enfermagem, acesso por várias pessoas ao mesmo tempo, menor possibilidade de perda de dados e resultados de exames, a organização facilita o registro e acesso.	S1, S2, S3, S6, S8, S11, S13, S14, S19, S20, S23, S24, S25 e S26.	14	53,84
S2 – Agiliza a prática assistencial e administrativa, não causa danos na qualidade da assistência prestada, importante meio de comunicação multidisciplinar, maior disponibilização de dados, possibilita consultas mais amplas em menor	S1, S2, S8, S13, S14, S17, S19, S21, S22, S23, S24, S25 e S26.	13	50

tempo, melhor compreensão (letra legível), menos tempo com a burocracia.			
S3 – Facilita a sistematização da assistência.	S1, S3, S8, S11, S13, S14, S19, S20, S23, S24, S25 e S26.	12	46,15
S4 – Falta treinamento no setor para alterar a prescrição de enfermagem, deveria ter um ícone para deletar informações incorretas, ter constantemente um funcionário do medtrak plantonista.	S4	01	03,84
S5- Seria ótimo se todo o procedimento de sistematização de enfermagem pudesse ser realizado via prontuário eletrônico, ganharia tempo, melhor execução do trabalho, melhor administração dos cuidados de enfermagem, o paciente ganharia com esse processo.	S5, S9, S15 e S23.	04	15,38
S6 – Facilita a rotina de trabalho, é importante imprimir os dados para que não ocorram possíveis perdas no sistema de informação.	S1, S6, S8, S11, S13, S14, S19, S20, S23, S24, S25 e S26.	12	46,15
S7 – É utilizado para obter informações e para o registro, só utiliza o prontuário antigo quando o prontuário eletrônico é insuficiente para fornecer alguns dados, uso no relato de ordens e ocorrências do setor.	S7.	01	03,84
S8 – Fica prático e rápido.	S1, S2, S3, S6, S8, S11, S13, S14, S19, S20, S21, S22, S23, S24, S25	16	61,53

	e S26.		
S9 – Considero pouco explorada pelos profissionais, foi criado para a equipe multiprofissional, poucos acessam, desvalorizam.	S5, S9, S21 e S23.	04	15,38
S 10 – Fica inviável se afastar do cuidado para evoluir a espera de um computador disponível.	S10.	01	03,84
S 11- Foi um avanço, facilitou, é possível visualizar todos os dados de forma clara e objetiva, melhorando as ações como enfermeira.	S1, S3, S6, S8, S11, S13, S14, S17, S19, S21, S23, S24, S25 e S26.	14	53,84
S 12- Não respondeu a questão.	----------	-------	------
S 13- Acho excelente, agiliza o serviço, dados com clareza, facilita o entendimento, consulta.	S1, S2, S3, S6, S8, S11, S13, S14, S17, S21, S22, S23, S24, S25 e S26.	15	57,69
S 14- Prático, facilita a consulta.	S1, S2, S3, S6, S8, S11, S13, S14, S19, S20, S23, S24, S25 e S26.	14	53,84
S 15- Muito proveitosa, tem-se mais tempo para os cuidados ao paciente.	S9, S15, S19 e S20.	04	15,38
S 16- Não senti nenhum acréscimo.	S16	01	03,84
S 17- Evolução legível, de cada profissional.	S2, S11, S13, S17, S21, S23, S24, S25 e S26.	09	34,61
S 18- Extrema importância, elucida qualquer dúvida, acompanhar a evolução do paciente, previsões de	S18.	01	03,84

exames e cirurgia.			
S 19- Facilita os cuidados, ganho de tempo, maior dedicação ao cliente.	S1, S2, S3, S6, S8, S11, S14, S15, S19, S20, S21, S22, S23, S24, S25 e S26.	16	61,53
S20 – Otimiza as ações, menor tempo para preenchimento de impressos, facilita a evolução, pesquisa e organização do trabalho, mas não melhora a qualidade da assistência.	S1, S3, S6, S8, S14, S15, S19, S20, S21 e S22.	10	38,46
S21 – Acho muito válido, mais rápido, não há rasura, não é preciso decifrar o que está escrito, acesso multiprofissional.	S2, S8, S9, S11, S13, S17, S19, S20, S21 e S22.	10	38,46
S22 – Agilidade das ações, aquisição de detalhes importantes a assistência ao cliente, importância dos registro administrativos, dificuldade de uso pela população idosa, excluídos digitais, imposição do prontuário eletrônico.	S2, S8, S13, S19, S20, S21 e S22.	07	26,92
S23 – Facilita a assistência, acesso da equipe multidisciplinar, acesso no seu setor ou outra parte do hospital, a enfermagem explora pouco este recurso.	S1, S2, S3, S5, S6, S8, S9, S11, S13, S14, S17, S19, S23, S24, S25 e S26.	16	61,53
S24 – Agente facilitador, centraliza as informações da equipe multiprofissional, agendamento de exames a qualquer momento.	S1, S2, S3, S6, S8, S9, S11, S13, S14, S17, S19, S23, S24, S25 e S26.	15	57,69
S25 – Documento de informação e	S1, S2, S3, S6, S8, S9, S11, S13,	15	57,69

comunicação, facilita, organiza e padroniza os procedimentos e a linguagem, melhor entendimento da equipe multiprofissional, otimiza tempo da assistência de enfermagem, segurança dos dados, prontuário convencional ultrapassado .	S14, S17, S19, S23, S24, S25 e S26.		
S26 – Ganho de tempo para a assistência direta, obter informações dos dias anteriores, facilidade para leitura, interação multiprofissional, sempre a mão os resultados de exames.	S1, S2, S3, S6, S8, S9, S11, S13, S14, S17, S19, S23, S24, S25 e S26.	15	57,69

ANEXO A

IMPRESSO DO PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
Faculdade de Medicina
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Coordenador:
■ Alice Helena Dutra Violante
Médico - Prof. Associado
Secretário:

Membros Titulares:
■ Beatriz Maria Alasia de Heredia
Antropólogo – Prof. Associado
□ Eliza Regina Ambrosio
Assistente Social - Mestre
■ Helena Warzynsky
Representante dos Usuários
□ Luzia da Conceição de Araújo Marques
Enfermeiro - Mestre
■ Marlene Zomitta
Psicologa
□ Mario Teixeira Antonio
Farmacêutico - Especialista
■ Nunimar Conceição Fernandes
Médico - Prof. Adjunto
■ Paulo Fejó Barroso
Médico - Prof. Assistente
□ Roberto Coury Pedrosa
Medico - Doutor
■ Roberto Takashi Sudo
Médico- Prof. Titular
Membros Suplentes:
■ Anna Paola Trindade Rocha Pierucci
Nutricionista - Professor Auxiliar
□ Beatriz Moritz Trope
Medico - Doutora
■ Carlos Alberto Guimarães
Medico - Prof. Associado
■ Ana Teresa Rocco Suassuna
Assistente Social - Mestre
□ Lucia Helena Luiza Vieira Amim
Biologo - Mestre
□ Maria da Conceição Lopes Buarque
Assistente Social
■ Mariangelica Oliveira da Silva
Enfermeiro
■ Gilvan Renato Muzy de Souza
Médico – Prof. Associado
■ Nathalie Henrique Silva Canedo
Médico - Professor Adjunto
■ Renan Moritz Varnier Rodrigues Almeida
Engenheiro - Professor Adjunto
■ Maria Bernadete Tavares Soares
Representante dos Usuários
□ Rui Haddad
Medico - Prof. Adjunto

CEP - MEMO – n.º 396/10 Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2010.

Da: Coordenadora do CEP

A (o): Sr. (a) Pesquisador (a): Dra Tatiane Fernandes Florêncio

Assunto: Parecer sobre projeto de pesquisa.

Sr. (a) Pesquisador (a),

Informo a V. S.a. que o CEP constituído nos Termos da Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo de pesquisa páginas 001 a 036 e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

Protocolo de Pesquisa: 019/10 - CEP

Título: "Prontuário eletrônico do paciente: implicações para a sistematização da assistência de enfermagem".

Pesquisador (a) responsável: Dra Tatiane Fernandes Florêncio

Data de apreciação do parecer: 13/05/2010

Parecer: "APROVADO"

Informo ainda, que V. Sa. deverá apresentar relatório semestral, previsto para 13/11/2010, anual e/ou relatório final para este Comitê acompanhar o desenvolvimento do projeto. (item VII. 13.d., da Resolução n. º 196/96 – CNS/MS).

Atenciosamente,

Profª. Alice Helena Dutra Violante
Coordenadora do CEP

ANEXO B

ROTINA DE ADMISSÃO DO CLIENTE NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO

05

UFRJ - HUCFF Div. de Enfermagem / Serv. de Desenvolvimento - Seção de Organização e Métodos

1

Rotina de Admissão do Cliente na Unidade de Internação (05/00)

Os clientes podem ser admitidos nas Unidades de Internação, provenientes de 2 (dois) locais:

Do Serviço de Admissão e Alta (SAA)

- As agendadas previamente.
- Como urgência de ambulatório.

Do Serviço de Emergência

ROTINA DE ADMISSÃO

1- Agendadas Previamente pelo SAA

horário da admissão: Internação Cirúrgica de Curta Permanência (ICCP) pela manhã
"MD" pela manhã
Eletivas à tarde.

Fluxograma:

Enfermeiro do SAA -

- Receber do Controle de Leitos a listagem dos clientes a serem internados.
- Receber os prontuários do Controle de Leitos.
- Receber os clientes a serem internados.
- Orientar os clientes a serem internados sobre as rotinas do hospital.
- Proceder registros conforme normas estabelecidas.
- Informar às Unidades de Internação sobre a admissão dos clientes, fornecendo dados de localização de enfermarias , leitos e as condições dos mesmos.

Enfermeiro da Unidade de Internação -

- Solicitar ao Técnico/Auxiliar de enfermagem ou Atendente, o preparo da unidade do cliente, onde ele será internado.

Técnico/Auxiliar de Enfermagem -

- Preparar a unidade do cliente.



Enfermeiro do SAA -
- Providenciar a remoção do cliente com o seu respectivo prontuário para a Unidade de Internação junto ao profissional do Transporte do SAA.

Transporte do SAA -
- Encaminhar o cliente à Unidade de Internação, acompanhado do prontuário.

Enfermeiro da Unidade de Internação -
- Receber o cliente.
- Providenciar a acomodação do cliente ao leito reservado.
- Fazer a admissão em formulário denominado "Ficha de Admissão", colhendo dados através da entrevista e exame físico do cliente.
- Elaborar o plano de cuidados de enfermagem .
- Computar a admissão no Relatório Diário do Setor.
- Identificar o prontuário do cliente.
- Solicitar o Médico responsável pelo cliente para proceder a admissão médica.

Médico -
- Realizar a entrevista com o cliente e /ou familiar.
- Fazer o exame físico no cliente.
- Elaborar a prescrição médica.
- Solicitar exames e/ ou tratamentos.
- Fornecer à Enfermeira do Setor a prescrição médica e solicitações de exames.

Nutricionista -
- Fazer entrevista com o cliente e /ou familiar e checar a prescrição de dieta.

Enfermeiro da Unidade de Internação -
- Receber a prescrição médica, aprazar a primeira via (folha branca).
- Colocar a segunda via da prescrição médica (folha rosa), no balcão do Setor, para ser recolhida pelo Mensageiro do Serviço de Farmácia.
- Providenciar a realização de exames de urgência e/ou anexar em prancheta específica, os exames para serem realizados em caso de rotina.
- Providenciar o encaminhamento de solicitação de exames e/ou tratamentos a serem agendados, conforme rotina estabelecida.
- Prestar cuidados específicos de enfermagem, sempre que necessário.

Mensageiro do Serviço de Farmácia -
- Recolher a prescrição médica do balcão e enviar à Farmácia, para posterior entrega de medicamentos do cliente ao Setor.



Técnico/Auxiliar de Enfermagem-
- Receber o cliente, procedendo os registros no plano de cuidados de enfermagem.
- Preparar a papeleta do cliente , iniciando registro de controle hídrico, se necessário.
- Prestar cuidados de enfermagem.
- Administrar medicamentos conforme prescrição médica.

2- Urgência Ambulatorial

Horário de Admissão : Nos dias úteis, no período diurno.

Fluxograma:

Médico do Ambulatório-
- Preencher a Solicitação de Internação.
- Solicitar a vaga ao Controle de Leitos.
- Comunicar à Equipe de Enfermagem do Ambulatório.

Enfermeiro do Ambulatório -
- Providenciar o encaminhamento do cliente ao SAA com o seu respectivo prontuário.

Serviço de Admissão e Alta (SAA) -

- Providenciar a troca da capa do prontuário junto ao Controle de Leitos.
- Encaminhar o cliente para o Enfermeiro do SAA.

Enfermeiro do SAA -

- Comunicar ao Enfermeiro da Unidade de Internação a necessidade de Admissão como Urgência Ambulatorial, fornecendo dados de localização da enfermaria, leito e as condições do cliente.
- Orientar o cliente sobre as rotinas do Hospital.

Enfermeiro da Unidade de Internação -
- Solicitar ao Técnico/Auxiliar de enfermagem ou Atendente, o preparo da unidade do cliente, onde ele será internado.

Técnico/Auxiliar de Enfermagem -
- Preparar a unidade do cliente.

Enfermeiro do SAA -
- Providenciar a remoção do cliente com o prontuário para a Unidade de Internação, junto ao Transporte do SAA.



Transporte do SAA -
- Encaminhar o cliente à Unidade de Internação, acompanhado do prontuário.

Enfermeiro da Unidade de Internação -
- Receber o cliente.
- Providenciar a acomodação do cliente ao leito reservado.
- Fazer a admissão em formulário denominado "Ficha de Admissão", colhendo dados através da entrevista e exame físico do cliente.
- Elaborar o plano de cuidados de enfermagem .
- Computar a admissão no Relatório Diário do Setor.
- Solicitar o Médico responsável pelo cliente para proceder a admissão médica.
- Comunicar à Nutricionista a admissão do cliente na Unidade de Internação.

Agente Administrativo da Unidade de Internação -
- Identificar o prontuário do cliente.
- Registrar o cliente no livro de " Registro de Clientes" .

Médico -
- Realizar a entrevista com o cliente e/ ou familiar.
- Fazer o exame físico no cliente.
- Elaborar a prescrição médica.
- Solicitar exames e/ou tratamentos.
- Providenciar a colheita de exame de sangue, se necessário.
- Fornecer à Enfermeira do Setor a prescrição médica e solicitações de exames.

Nutricionista-
- Fazer entrevista com o cliente e / ou familiar e checar a prescrição de dieta.

Enfermeiro da Unidade de Internação-
- Receber a prescrição médica, aprazar a primeira via (folha branca).
- Colocar a segunda via da prescrição médica (folha rosa), no balcão do Setor, para ser recolhida pelo Mensageiro do Serviço de Farmácia.
- Providenciar a realização de exames de urgência e/ou anexar em prancheta específica os exames para serem realizados, em caso de rotina.
- Providenciar o encaminhamento de solicitação de exames e/ou tratamentos a serem agendados, conforme rotina estabelecida.
- Prestar cuidados específicos de enfermagem, sempre que necessário.

Mensageiro do Serviço de Farmácia -
- Recolher a prescrição médica do balcão e enviar à Farmácia, para posterior entrega de medicamentos do cliente ao Setor.



Técnico/Auxiliar de Enfermagem -
- Receber o cliente, procedendo os registros no plano de cuidados de enfermagem.
- Preparar a papeleta do cliente , iniciando registro de controle hídrico, se necessário.
- Prestar cuidados de enfermagem.
- Administrar e checar os medicamentos conforme prescrição médica.

3- Do Serviço de Emergência

Horário de Admissão no Setor: Diariamente de 8 às 22 horas.
Após às 22 horas o cliente permanece no Setor de Emergência, exceto em situações extraordinárias.

Fluxograma:

Recepcionista da Emergência -
- Receber o cliente.
- Solicitar o médico para a avaliação.

Médico da Emergência -
- Avaliar o cliente.
- Solicitar abertura do "Boletim de Emergência".

Recepcionista da Emergência -
- Preencher os dados sociais do "Boletim de Emergência".
- Fornecer o "Boletim de Emergência" ao Médico.

Médico da Emergência -

- Realizar a entrevista com o cliente e/ou familiar
- Fazer exame físico do cliente.
- Prestar cuidados imediatos ao cliente, se necessário.
- Solicitar atendimento de cuidados de enfermagem ao cliente.
- Preencher o "Boletim de Emergência" elaborando a prescrição médica no verso.
- Providenciar a internação na Emergência após 12 horas de permanência do cliente em observação quanto a sua condição clínica e elaborar a prescrição médica (folha branca e folha rosa).

Enfermeiro da Emergência -

- Aprazar a prescrição médica.
- Solicitar o prontuário à Documentação Médica.
- Colocar a segunda via da prescrição médica (folha rosa) no balcão do "Repouso", para ser encaminhada à Farmácia pelo Mensageiro da Emergência.



Mensageiro da Emergência -

- Encaminhar a folha rosa ao Serviço de Farmácia e pegar os medicamentos.
- Encaminhar os clientes para exames, sempre que necessário.

Equipe de Enfermagem -

- Prestar cuidados de Enfermagem , administrar e checar os medicamentos conforme prescrição médica.
- Proceder os registros necessários no "Boletim de Emergência" e/ou Plano de Cuidados de Enfermagem., quanto ao atendimento prestado, conforme rotina estabelecida.

Médico da Emergência -

- Solicitar ao Enfermeiro da Emergência providências para a admissão do cliente na Unidade de Internação.

Equipe da Emergência -

- Solicitar leito da Unidade de Internação ao Controle de Leitos.
- Informar ao Setor de Internação sobre a admissão, fornecendo dados de localização da enfermaria, leito e as condições do cliente.

Enfermeiro da Unidade de Internação -

- Solicitar ao Técnico/Auxiliar de enfermagem ou Atendente, o preparo da unidade do cliente, onde ele será internado.

Técnico/Auxiliar de Enfermagem -

- Preparar a unidade do cliente.

Enfermeiro da Emergência -

- Providenciar a remoção do cliente com o prontuário para a Unidade de Internação, junto ao Transporte da Emergência.
- Acompanhar o cliente à Unidade de Internação, dependendo das condições do cliente.

Transporte da Emergência -

- Encaminhar o cliente à Unidade de Internação, acompanhado do prontuário.



Enfermeiro da Unidade de Internação -

- Receber o cliente.
- Providenciar a acomodação do cliente ao leito reservado.
- Fazer a admissão em formulário denominado "Ficha de Admissão", colhendo dados através da entrevista e exame físico do cliente, se o mesmo não tiver sido internado na Emergência (com menos de 12 horas de atendimento na Emergência).Neste caso, proceder os registros no formulário "Evolução", registrando as condições clínicas do cliente.
- Elaborar o plano de cuidados de enfermagem .
- Computar a admissão no Relatório Diário do Setor.
- Identificar o prontuário do cliente.
- Solicitar o Médico responsável pelo cliente para proceder a admissão médica.
- Comunicar à Nutricionista a admissão do cliente no Setor.
- Prestar cuidados específicos de enfermagem, sempre que necessário.

Agente Administrativo da Unidade de Internação -

- Identificar o prontuário do cliente.
- Registrar o cliente no livro de "Registro de Clientes"

Médico -

- Realizar a entrevista do cliente e/ou familiar.
- Fazer o exame físico no cliente.
- Elaborar a prescrição médica.
- Solicitar exames e/ou tratamentos.
- Providenciar a colheita de exame de sangue, se necessário.
- Fornecer ao Enfermeiro do Setor a prescrição médica e solicitações de exames.

Nutricionista-

- Fazer entrevista com o cliente e/ou familiar e checar a prescrição de dieta.

Enfermeiro da Unidade de Internação -

- Receber a prescrição médica, aprazar a primeira via (folha branca).
- Colocar a segunda via da prescrição médica (folha rosa), no balcão do Setor, para ser recolhida pelo Mensageiro do Serviço de Farmácia.
- Providenciar a realização de exames de urgência e/ou anexar em prancheta específica os exames para serem realizados, em caso de rotina.
- Providenciar o encaminhamento de solicitação de exames e/ou tratamentos a serem agendados, conforme rotina estabelecida.



Mensageiro do Serviço de Farmácia -

- Recolher a prescrição médica do balcão e enviar à Farmácia, para posterior entrega de medicamentos do cliente ao Setor.

Técnico/Auxiliar de Enfermagem -

- Receber o cliente, procedendo os registros no plano de cuidados de enfermagem.
- Preparar a papeleta do cliente , iniciando registro de controle hídrico, se necessário.
- Prestar cuidados de enfermagem.
- Administrar e checar os medicamentos ,conforme prescrição médica.