

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

**AVALIAÇÃO DO USO DE PRONTUÁRIOS POR
GESTORES E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO
BÁSICA EM MUNICÍPIOS DO SERTÃO
PARAIBANO**

BRUNO VIEIRA CARIRY

Santos
2013

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

AVALIAÇÃO DO USO DE PRONTUÁRIOS POR GESTORES E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA EM MUNICÍPIOS DO SERTÃO PARAIBANO

BRUNO VIEIRA CARIRY

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Ambiente e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Lourdes
Conceição Martins

Santos
2013

Dedico este trabalho a Emmanuelle,
a pessoa que me ensinou o amor e
tomou como seus os meus sonhos,
celebrando comigo os momentos
felizes e enxugando as minhas
lágrimas em momentos difíceis.
Ainda bem que você vive comigo...

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Antonio e Giselda, por me amarem incondicionalmente e me ensinarem a lutar por minhas aspirações;

Ao amigo Vinícius Ximenes Muricy da Rocha, por haver me sugerido a participar da seleção do programa de Mestrado da Unisantos;

A minha orientadora, Lourdes Conceição Martins, pela disponibilidade, auxílio, compreensão e paciência durante a execução deste trabalho. E por haver acreditado no meu potencial desde o processo de seleção do Mestrado. Você é o exemplo de profissional que pretendo me tornar;

Aos professores Paulo Ângelo Lorandi e Luiz Alberto Amador Pereira, pelas contribuições realizadas durante o processo de construção deste trabalho;

Ao meu irmão Bertrand, por ter estado presente no momento da qualificação deste trabalho, torcendo pelo meu sucesso.

Aos demais professores pertencentes ao programa de Mestrado em Saúde Coletiva, pelo profissionalismo e dedicação, e por me enriquecerem com os seus conhecimentos;

Aos meus professores da graduação Sérgio D'Ávila Lins Bezerra Cavalcanti e Rilva Suely de Castro Cardoso Lucas, por me mostrarem que a Odontologia vai muito além dos problemas bucais;

A todos os profissionais e gestores que, gentilmente, dedicaram uma parcela de seu tempo para responder aos questionários. Sem eles, não seria possível a realização desta pesquisa.

*“Se vario no verso e ideias mudo
É que assim me desliza a
fantasia...,
Mas a crítica, não... Eu rio dela...
Prefiro a inspiração de noite bela!”*

Álvares de Azevedo

RESUMO

CARIRY, B.V. **Avaliação do Uso de Prontuários por Gestores e Profissionais da Atenção Básica em Municípios do Sertão Paraibano.** Dissertação do Mestrado em Saúde Coletiva da UNISANTOS, Santos, 2013.

Introdução: A expansão da Estratégia de Saúde da Família no Brasil torna necessária a construção de indicadores que avaliem a coerência da abordagem efetivamente realizada e os seus princípios orientadores. O registro em prontuário é importante para os gestores em saúde, pois representa um indicador de qualidade da atenção básica. Também pode se constituir em instrumento para respaldo ético e legal aos profissionais responsáveis pelo cuidado ao paciente, bem como auxiliar na construção de diagnósticos e escolha de tratamentos empregados.

Objetivo: Avaliar o uso de prontuários pelos profissionais e gestores da Atenção Básica em municípios do sertão paraibano.

Metodologia: Foi aplicado entre os participantes um questionário semiestruturado com perguntas sobre dados biodemográficos e questões relacionadas a atitudes práticas do profissional de saúde ou gestor frente à utilização do prontuário. Foi realizada a análise descritiva de todas as variáveis.

Resultados: Emergiram da análise sete temáticas de discussão que refletem o posicionamento dos grupos pesquisados sobre o uso de registros e saúde e suas variáveis: necessidade de sistema informatizado, incentivo para o uso do prontuário e sistema informatizado; insatisfação com o registro manual; pouco conhecimento sobre sistemas de informação; desejo de classificar todas as fases do atendimento, insegurança quanto ao sistema informatizado; e desvalorização dos registros em saúde.

Conclusão: Gestores e profissionais devem compreender a importância de uso do prontuário, nas suas mais diferentes formas de apresentação, para o processo de gestão da assistência na saúde, bem como devem desenvolver estímulo em si mesmos e nos seus colegas para a correta utilização desse instrumento.

PALAVRAS-CHAVE: Prontuário. Atenção Básica. Saúde da Família. Registros em Saúde. Qualidade.

ABSTRACT

CARIRY, B.V. **Evaluation of the Use of Patient Records by Managers and Employees of Primary Care in cities of hinterland in Paraiba state.** Masters Dissertation in Public Health at UNISANTOS, Santos, 2013.

Introduction: The expansion of Family Health Estrategy in Brazil requires a construction of indicators that will evaluate the coherence of the approach effectively carried through and their guiding principles. The register in patient records is important for managers in health because it represents an indicator of quality in primary care. It can also work as an instrument of legal and ethical support for the professionals in charge of patient care, and helps in diagnosis and choosing of treatment.

Objective: Evaluate the use of patient records by employees and managers of Primary Care in cities of hinterland of Paraiba state.

Methodology: A semi-structured questionnaire with questions about biodemographic data and practical actions of healthcare professionals and managers towards the use of patient records was applied. Descriptive analysis was performed for all variables.

Results: From analysis of the questionnaires, seven thematic categories that reflects the position of the group on the use of health records and their variables emerged: the need for a computerized system; incentive for use of records and information system; dissatisfaction with manual registers; lack of knowledge of information systems; desire to classify all phases of care; uncertainty with regard to computerized system; and devaluation of records in Health.

Conclusion: Managers and professionals must understand the importance of the use of patient records, in all their forms of presentation, for the process of health assistance managing as well as they should develop the stimuli in themselves and in their colleagues to make correct use of this instrument.

KEY WORDS: Patient Records. Primary Care. Family Health. Register in Health. Quality.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Regiões de Saúde do Estado da Paraíba	52
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa	62
Tabela 2: Uso do prontuário nos atendimentos	63
Tabela 3: Opinião sobre o preenchimento correto do prontuário	64
Tabela 4: Opinião sobre a implantação do sistema de prontuário eletrônico ..	64
Tabela 5: Considero o sistema manual de prontuário clínico limitado	65
Tabela 6: Considero o sistema manual de prontuário clínico ultrapassado	66
Tabela 7: Percebo que as informações registradas no prontuário clínico não são lidas pela equipe de saúde	67
Tabela 8: Tenho a impressão de que as informações registradas no prontuário não são valorizadas pelos demais profissionais	68
Tabela 9: Considero desmotivante fazer o registro manual dos cuidados com o paciente	69
Tabela 10: Penso que o sistema manual de prontuário não satisfaz as complexas exigências do Sistema de Saúde	70
Tabela 11: Penso que registrar manualmente as informações é burocratizar o trabalho de atendimento ao paciente	71
Tabela 12: Penso que se tivéssemos um sistema de prontuário eletrônico haveria mais tempo para cuidar do paciente	72
Tabela 13: Considero o registro correto do prontuário clínico indispensável para nortear a continuidade da assistência	73
Tabela 14: Penso que os problemas nos registros das informações seriam minimizados com o uso de um sistema informatizado	74
Tabela 15: Desejaria utilizar um sistema de prontuário eletrônico	75

Tabela 16: Desejaria utilizar um sistema informatizado	76
Tabela 17: Sinto dificuldades em me adaptar às mudanças que ocorrem no sistema de informação	77
Tabela 18: Sinto-me incapaz de utilizar a tecnologia da informática na minha prática assistencial	78
Tabela 19: Tenho dificuldade em dominar o conteúdo da informática	78
Tabela 20: Escondo das pessoas que não domino o conhecimento sobre sistema informatizado	79
Tabela 21: Escondo das pessoas a minha insegurança quanto ao uso do computador na prática assistencial	80
Tabela 22: Recebo incentivo de colegas para a utilização de sistema informatizado	81
Tabela 23: Recebo incentivo do gestor para a utilização de sistema informatizado	82
Tabela 24: Recebo incentivo do gestor para o correto preenchimento do prontuário clínico	83
Tabela 25: Recebo incentivo dos colegas para o correto preenchimento do prontuário clínico	84
Tabela 26: Preocupo-me por não desenvolver o processo de atendimento clínico em todas as suas fases	85
Tabela 27: Desejaria utilizar um sistema de classificação (diagnóstico, intervenção e resultado) informatizado	86
Tabela 28: Sinto-me desapontado por não utilizar um sistema de classificação	87
Tabela 29: Percebo a necessidade de padronização nos prontuários clínicos	88
Tabela 30: Não consigo estimular a necessidade de padronização dos prontuários clínicos nos colegas	89

Tabela 31: Não consigo participar de todas as fases do processo clínico do paciente	89
Tabela 32: Análise fatorial	90

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Modelo de Questionário Aplicado na Pesquisa

APÊNDICE B – Carta de Apresentação

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica à Saúde

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

CD – Cirurgião-dentista

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FSESP - Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

NOBs – Normas Operacionais Básicas

NOAS – Normas Operacionais de Assistência em Saúde

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

PSB – Programa de Saúde Bucal

PSF – Programa de saúde da Família

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
2. REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1. O surgimento da Estratégia de Saúde da Família como elemento fortalecedor da Atenção Básica no Brasil.....	24
2.2. Documentos tradicionais e eletrônicos.....	30
2.3. A evolução e constituição dos Registros em Saúde.....	32
2.4. O Uso do prontuário como sinônimo de qualidade na Atenção Básica.....	43
2.5. Justificativa	48
3. OBJETIVOS	50
3.1. Objetivo geral	50
3.1. Objetivos específicos	50
4. METODOLOGIA	52
4.1. Local do estudo	52
4.2. Amostra	53
4.3. Tipo de estudo.....	54
4.4. Coleta de dados	55
4.5. Seleção da amostra	56
4.6. Análise estatística	56
4.7. Aspectos éticos	57
5. RESULTADOS	60
6. DISCUSSÃO	92
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	108

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
APÊNDICES	122
ANEXOS	128

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado através da Constituição de 1988, e regulamentado pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) e Normas Operacionais de Assistência em Saúde (NOAS), estabeleceu a hierarquia do sistema de saúde pública como sendo um dos seus princípios organizacionais, preconizando a existência de um gestor em cada instância do poder público (municipal, estadual e nacional). No âmbito municipal, a gestão é exercida pelos secretários de saúde, coordenadores de atenção básica e saúde bucal e também por cargos comissionados semelhantes (BRASIL, 1990). Estes servem de elo entre o Poder Executivo Municipal e os profissionais e serviços de saúde de cada município, utilizando um conjunto articulado de saberes e práticas necessários para a implementação de políticas na área da saúde e para que se se façam cumprir todos os princípios do SUS (SOUZA, 2002).

A Atenção Básica à Saúde (ABS), também designada de Atenção Primária à Saúde (APS), de acordo com a Carta de Ottawa (WHO, 1986) constitui o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

O Programa de Saúde da Família (PSF) – hoje denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) – surgiu em 1994 como estratégia principal para reorientação da assistência e fortalecimento da atenção básica, através da compreensão e operacionalização da abordagem integral do

processo saúde-doença, respondendo de forma mais eficaz aos problemas de saúde da população. A integralidade e o desenvolvimento de ações de educação em saúde, eixos fundamentais do PSF, foram aplicados em níveis mais próximos da população, credenciando-a a assumir papel de destaque nessa nova estratégia assistencial (PRADO; FUJIMORI, 2006).

Principal elemento constituinte da ESF, a Unidade Básica de Saúde (UBS) é a porta de entrada do SUS e, como tal, deve absorver a demanda geral e dar resolutividade a cerca de 80% das intercorrências e encaminhar para as unidades de referência ou internação os casos de maior complexidade (BRASIL, 2001; BOTAZZO, 1999). As UBS podem variar em sua formatação, adequando-se às necessidades de cada localidade. Cada Unidade é responsável pela saúde dos habitantes de uma determinada região, chamada área de abrangência. Todo planejamento das ações de saúde da unidade é voltado para esta comunidade, entendendo as situações socioeconômicas e priorizando grupos de risco de uma determinada região (BRASIL, 2001).

Cada UBS conta com uma equipe multidisciplinar, composta principalmente por profissionais graduados em ensino superior (enfermeiro, médico e, na maior parte das equipes, cirurgião-dentista) e profissionais técnicos (técnico em enfermagem e técnico ou auxiliar em saúde bucal). Esses profissionais são responsáveis por recepcionar o paciente/usuário e resolver os problemas de saúde mais comuns dentro da própria UBS, deixando os centros de referência de especialidades e hospitais cumprirem seus verdadeiros papéis, o que resulta em maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes (BRASIL, 2002).

Um dos requisitos fundamentais do PSF é o uso do prontuário familiar enquanto instrumento de trabalho. É elemento decisivo à melhor atenção prestada à família, reunindo as informações necessárias à continuidade dos cuidados à saúde de seus membros (PEREIRA et al., 2008). Define-se prontuário/ficha clínica como um documento básico que permeia as atividades de assistência, pesquisa, ensino, controle administrativo e acompanhamento jurídico das atividades médicas em uma unidade sanitária. Ele é ainda o elemento de comunicação entre os vários setores dos serviços e entre a instituição e os usuários, além de ser o depositário de um conjunto de informações para gerar conhecimento sobre as intervenções realizadas (SAMPAIO; BARROS, 2007).

Os registros em saúde evidenciaram a sua importância na prática ambulatorial a partir do momento em que os profissionais de saúde perceberam a necessidade de recorrer à história clínica e evolutiva para melhor acompanhamento dos pacientes (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008).

Os dados registrados no prontuário possibilitam um atendimento, diagnóstico e tratamento mais rápidos, eficientes e econômicos. Para o médico, possibilita o fornecimento de laudos com maior segurança, servindo ainda como um instrumento da defesa de sua atividade profissional. Para o ensino e pesquisa, possibilita o conhecimento de inúmeros casos com todas as variáveis antecedentes, concomitantes e consequentes da enfermidade, sendo campo para pesquisa e fonte dos mais diversos dados estatísticos de incidência, prevalência e mortalidade. Quanto à equipe de saúde, funciona como um

instrumento bastante eficiente de intercomunicação, por meio do qual os profissionais se comunicam, fornecendo informações dentro da própria especialidade. Assim, o prontuário é grande fator de integração da equipe de saúde do hospital (PINHEIRO e LOBO, 2005).

Com a mudança de modelo assistencial, houve uma resposta significativa à política do Ministério da Saúde de fortalecimento da atenção básica. Assim, a ESF se difundiu no Brasil a ponto de se fazer necessária a criação de indicadores para avaliar a coerência da abordagem efetivamente realizada e a adesão desta aos princípios que regem o programa, tendo sempre como alicerce a incorporação do contexto familiar no processo de tomada de decisões (PEREIRA, et al., 2008).

Avaliar a coerência da abordagem da Estratégia de Saúde da Família é, primordialmente, avaliar a qualidade do trabalho realizado por gestores e profissionais de saúde. O termo qualidade geralmente denota um grande espectro de características desejáveis de cuidados que incluem a efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnica científica. Avaliar a qualidade da assistência é um procedimento complexo, que demanda muitas vezes conhecimentos ainda não disponíveis e que precisam ser desenvolvidos na prática cotidiana (RATTER, 1996).

A integralidade pode ser considerada uma característica essencial na qualidade do cuidado, dos serviços e dos sistemas de saúde, principalmente para aqueles direcionados à atenção básica. O registro sistematizado representa uma das dimensões da integralidade: a continuidade, pois permite

maior conhecimento e melhor compreensão do processo saúde-doença, facilitando a socialização dos dados entre os diferentes profissionais e promovendo um acompanhamento ampliado e diferenciado ao paciente (CONILL, 2004). Os prontuários constituem importante fonte de informação referente ao acompanhamento da saúde dos pacientes. Refletem, de alguma maneira, o que foi aprendido e valorizado acerca do que é importante e deve ser registrado em termos de entrevista clínica, exame físico, diagnóstico e terapêutica (SARTI; ANDERSON; MARTO, 2008). Assim, segundo Vasconcellos, Gribel e Morais (2008), tais registros podem ser considerados como critérios de avaliação da qualidade da prestação de serviço, estratégicos para as decisões clínicas e gerenciais, para o apoio à pesquisa e formação profissional.

As informações registradas apresentam caráter fundamental no processo gerencial, uma vez que simbolizam uma fonte de dados, tanto para a pesquisa como para suplementar a administração de uma unidade de saúde (MASSAD et al., 2003).

Desse modo, o prontuário representa um indicador de qualidade da atenção ofertada, assim como uma ferramenta para avaliar a necessidade de educação permanente, além de ser um elemento fundamental em casos de auditoria ou de conflitos legais e éticos (PEREIRA, et al., 2008).

REFERENCIAL TEÓRICO

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 . O surgimento da Estratégia de Saúde da Família como elemento fortalecedor da Atenção Básica no Brasil

Antes do advento da Carta Magna de 1988 incorporar novas dimensões ao conceito de saúde, o Ministério da Saúde (MS), com o apoio dos estados e municípios, desenvolvia ações de promoção da saúde e prevenção de doenças em caráter universal, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. A assistência à saúde no País tinha uma estreita vinculação com as atividades previdenciárias, e o caráter contributivo do sistema existente gerava uma divisão da população brasileira que não podia pagar por conta própria pelos serviços de saúde em dois grandes grupos: os contribuintes e os não-contribuintes da previdência. Esse primeiro grupo possuía acesso mais amplo à assistência à saúde, dispondo de uma rede de serviços e prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares providos pela previdência social por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS (BRASIL, 2003).

Enquanto a assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes, não possuindo caráter universal, a assistência médico-hospitalar prestada à parcela da população não-contribuinte, caracterizada como indigente se dava por meio de alguns poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) em algumas

regiões específicas, com destaque para o interior do Norte e Nordeste (SOUZA, 2002).

Nos anos 70, houve uma grande expansão da assistência médica financiada pela Previdência Social, com expansão em número de leitos, em cobertura e em volume de recursos arrecadados decorrentes, sobretudo, da construção de clínicas e hospitais privados utilizando os recursos da Previdência, favorecendo o processo de corrupção e conseqüente desfalque para o orçamento previdenciário (AGUIAR, 2011).

Com a crise de financiamento da Previdência, o INAMPS adota várias providências para racionalizar suas despesas e começa, na década de 80, a financiar serviços do setor público (redes de unidades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), inicialmente por meio de convênios. A assistência à saúde prestada pela rede pública, apesar do financiamento do INAMPS apenas para os seus beneficiários, preservou o seu caráter de universalidade (SOUZA, 2002).

A desarticulação dos serviços de saúde existentes até então, bem como os evidentes prejuízos à saúde da população decorrentes do modelo vigente naquela época incitaram entre profissionais da saúde, sanitaristas e a própria sociedade brasileira, um movimento na direção de uma reforma sanitária e de uma transformação dos paradigmas do sistema de saúde, de modo a encerrar as suas iniquidades e reconhecer a saúde como direito social a ser garantido pelo Estado. Dentro deste processo, o INAMPS adotou uma série de medidas que aproximam sua ação de uma cobertura universal de clientela, dentre as quais se destaca o fim da exigência da carteira do INAMPS

para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública (BRASIL, 2003).

Ao longo dos anos 70 e 80, o projeto de Reforma Sanitária foi se consolidando, estimulando a transformação da relação entre Estado e Sociedade, com clara defesa da participação social em caráter institucionalizado nos rumos da política de saúde e pela construção da cidadania. Tinha-se como ambição a universalização do direito à saúde, compreendida como qualidade de vida e um modelo de atenção baseado na integralidade da assistência. Com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, foi debatida a reforma mais completa do setor saúde, de modo a sua inscrição na Constituição Federal haver sido pactuada (AGUIAR, 2011).

A Constituição Federal de 1988 determinou, em seu artigo 196 que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Dessa forma, foi definido princípio mais importante do novo sistema de saúde: a universalidade da cobertura da assistência. As demais definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 originaram o Sistema Único de Saúde (SUS). A criação do SUS proporcionou a expansão da cobertura assistencial à grande parcela da população que antes não tinha garantido o cuidado à saúde. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada no ano de 2008 revelou que cerca de 95% dos indivíduos que buscaram atendimento de saúde obtiveram sucesso e utilizaram o serviço e,

dentre estes, 59% foram atendidos em serviços públicos (CARDOSO; VIEIRA-DA-SILVA, 2012; IBGE, 2008).

O processo de implantação do SUS foi orientado pelas suas Normas Operacionais Básicas (NOBs), as quais definiram as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e Municípios pudessem assumir as novas posições no processo de implantação do SUS. Definem critérios para que estes se habilitem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde. A habilitação às condições de gestão definidas nas NOBs é condicionada ao cumprimento de uma série de requisitos e ao compromisso de assumir um conjunto de responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde. Embora o instrumento que formaliza as Normas seja uma portaria do Ministro da Saúde, o seu conteúdo é definido de forma compartilhada entre o Ministério e os representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Dessa forma, todas as decisões sobre medidas para a implantação do SUS têm sido sistematicamente negociadas nessas comissões após amplo processo de discussão (BRASIL, 2003).

De acordo com Aguiar (2011), O SUS é norteado através de princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários expressam as ideias filosóficas que permeiam a criação e implementação do sistema. São eles:

- Universalidade: garantia constitucional de acesso de toda a população aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

- **Equidade:** assegura que a disponibilidade das ações e serviços de saúde considere a diferença entre os grupos populacionais e indivíduos, de modo a priorizar aqueles que possuem maior necessidade em função das suas condições de vida e saúde;

- **Integralidade:** articulação de ações e serviços de prevenção, promoção e recuperação do cuidado prestado a cada cidadão.

Os princípios ou diretrizes organizativas, ainda de acordo com Aguiar (2011), podem ser definidos como sendo:

- **Descentralização:** redistribuição das responsabilidades e recursos quanto às ações e serviços de saúde entre as três esferas de governo – federal, estadual e municipal, de modo a prevenir a desarticulação entre os serviços e garantir assistência integral e resolutiva à população;

- **Regionalização e hierarquização do sistema:** distribuição dos serviços de forma adequada para a promoção da equidade de acesso, otimização dos recursos e racionalidade dos gastos, bem como organização dos serviços de saúde em níveis de complexidade de atenção crescente;

- **Participação da comunidade e controle social:** garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas públicas de saúde, do controle e de sua execução, desde o nível local até o federal.

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) implantou a Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil, instituindo, em substituição ao modelo assistencial tradicional, a prática de atenção à saúde regida por novas bases, incorporando

e reafirmando os princípios do SUS. As ações de saúde passaram a se organizar sob a égide da integralidade e hierarquização, territorialização e cadastramento dos usuários, através do trabalho de equipes multiprofissionais compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários, bem como trabalhadores da saúde bucal. Cada equipe de saúde da família é responsável por cerca de 1.000 famílias adscritas (ZURITA et. al., 2010).

A implementação da ESF envolve necessariamente as três esferas de governo, cabendo a cada um delas funções específicas e complementares. Compete aos três níveis contribuir para a organização da atenção básica de acordo com os preceitos do SUS. É caracterizada como sendo a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, constituído por um território definido e uma população delimitada, sob sua responsabilidade. Tem como objetivo conceder assistência integral, permanente e de qualidade às comunidades, intervindo sobre os fatores de risco de cada grupo e realizando atividades de educação e promoção da saúde, com o intuito de estabelecer vínculos de compromisso e corresponsabilidade com os usuários (AGUIAR, 2011).

Para o SUS, todos os níveis de atenção são igualmente importantes. Contudo, a vivência demonstra que a atenção básica deve ser sempre tomada como prioridade, uma vez que permite uma melhor organização e funcionamento também dos serviços de média e alta complexidade, reduzindo filas nos prontos-socorros e hospitais, o consumo abusivo de medicamentos e o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia. Com o aumento da

resolutividade dos problemas de saúde mais comuns pelas equipes multidisciplinares pertencentes às UBS, os ambulatórios de especialidades e hospitais passam a desempenhar seus verdadeiros papéis, o que resulta em maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes (ZURITA et. al., 2010).

2.2 Documentos tradicionais e eletrônicos

De acordo com Marcacini (1999), o conceito de documento pode ser tido como sendo simplesmente o registro de um fato. Sob a ótica do direito, é o instrumento através do qual objetiva-se conservar e provar a existência de algum fato, decorrendo o elemento de convicção da representação exterior e concreta do *factum probandum* em alguma coisa, podendo ser, por exemplo, cartas, telegramas, fotografias a até fonografias (MARQUES, 2007; DINIZ, 2002).

Esse registro de um fato, segundo Trevisan (2005) é permeado por três elementos básicos:

- Autor: não quem materialmente o elabora, mas aquele por conta de quem se forma, seja o executor material ou uma terceira pessoa;
- Conteúdo: uma declaração, testemunhal ou constitutiva, conforme pretenda o declarante representar ou modificar determinada situação jurídica;

- Meio: entendido como o continente da declaração, o resultado da elaboração em papel, metal, pedra, tela, cera, etc.

É importante entender que, embora alguns autores considerem apenas os fatos quando escritos em papel ou algum material palpável, o conceito de documento evoluiu com a popularização do uso da informática e expansão da Internet, colocando em evidência e integrando no vocabulário comum das pessoas que usam computador a expressão documento eletrônico (MARCACINI, 1999).

Entretanto, devido a volaticidade, alterabilidade e fácil falsificação dessa categoria documental, existe resistência de alguns juristas em aceitá-lo. Outra questão é que um documento eletrônico não pode ser assinado no modo tradicional, pelo qual o autor se identifica. Para validar juridicamente um documento digital, este precisa possuir integridade – estimativa que se faz se houve modificações posteriores no documento, autenticidade: verificação da certeza de quem é o seu autor e a tempestividade: garantia da confiabilidade probatória do documento analisado (GANDINI; SALOMÃO; JACOB, 2002).

A Medida provisória Nº 2.200-2 (BRASIL, 2001b) instituiu a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil) e constituiu a cadeia de certificação digital, de modo a garantir aos documentos em forma eletrônica os requisitos supracitados e atestar a segurança das transações. Essa Medida foi a primeira iniciativa governamental concreta propensa a regulamentar o documento eletrônico no nosso país, suscitando a validade jurídica do documento eletrônico (ARAÚJO, 2007).

2.3. A Evolução e constituição dos registros em saúde

De acordo com Freire (1997), a escrita materializa e dá concretude ao pensamento, permitindo que seja possível voltar ao passado enquanto se está construindo a marca do presente.

Para que a relação entre o profissional de saúde e o paciente esteja em conformidade com as leis que a regulamenta, se faz necessária a sua documentação, ou seja, o profissional deverá registrar todos os passos seguidos durante o tratamento do seu paciente, além do que achar necessário, seja para fins legais, administrativos e/ou clínicos. Essa documentação deverá conter todos os atos realizados no atendimento do paciente e todas as outras informações necessárias ao bom andamento do tratamento (MACIEL et al., 2003).

O Conselho Federal de Medicina (CFM, 2002), em sua resolução nº 1638, de 10/07/2002, no Art 1º, resolve:

Definir prontuário médico como o 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.

A evolução histórica dos registros em saúde se confunde com o desenvolvimento da medicina. Sinais evidentes de sua existência encontram-se desde a Idade da Pedra, 25.000 anos a.C., com a gravação em murais de histórias de amputação de dedos. O primeiro prontuário conhecido data do período entre 3000 e 2500 a.C., com as anotações em papiro de dados sobre

48 casos cirúrgicos pelo médico e arquiteto egípcio Imhotep, fundador da escola de medicina Asclépiion, em Mênfis. Atualmente, esses registros estão expostos na Academia de Medicina de Nova York (SANTOS, 2010).

Em 460 a.C., Hipócrates fez descrições das doenças dos seus pacientes, recomendando a seus alunos que o registro médico deveria refletir o curso da doença, relatando a sua história natural com precisão e indicando as suas possíveis causas. Dessa forma, seu registro era sempre feito em ordem cronológica, contendo descrições de eventos que precediam as doenças no lugar de reais classificações causais (PINTO, 2006).

Após esse período, existe uma janela de muitos séculos em que temos pouquíssimos registros sobre moléstias. Em 1137, o Hospital São Bartolomeu, de Londres, Inglaterra, foi o primeiro hospital a fazer anotações relativas a seus pacientes. Em 1580, na Itália, o religioso Camilo de Lellis aperfeiçoou a assistência aos doentes hospitalizados, exigindo com mais organização a prescrição médica individual, prescrição alimentar, passagem de plantão e relatórios de enfermagem em cada plantão (RIOLINO, 2003).

Durante a Guerra da Criméia (1853 – 1856), Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna, ao tratar os enfermos, atentou quanto à necessidade de existência de registros de informações relativas a estes indivíduos para realizar comparações quanto a sinais e sintomas e analisar onde estão sendo empregados os investimentos em saúde (MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003).

Em 1897, nos Estados Unidos, o Hospital Geral de Massachussets foi o primeiro a organizar o Serviço de Arquivo Médico e Estatística. Em 1913, o Colégio Americano de Cirurgiões, para credenciar hospitais, exigia registro completo dos casos e arquivamento dos prontuários (MEZZOMO, 1991).

No final do século XIX, o cirurgião americano William Mayo percebeu que, em sua Clínica, localizada na cidade de Minnessota (Estados Unidos), a maioria dos médicos mantinha o registro de anotações das consultas de todos os pacientes, em ordem cronológica, em um documento único, situação que dificultava a localização de informação específica sobre um determinado paciente. Então, a Clínica Mayo, em 1907, introduziu um prontuário separado para cada médico, podendo cada indivíduo enfermo também ter um prontuário por médico da instituição. Assim, surgiu o registro médico centrado na figura do paciente (MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003).

Massad, Marin e Azevedo Neto (2003) ainda afirmam que, no ano de 1910, Flexner elaborou um relatório sobre educação médica e realizou a primeira declaração formal sobre o conteúdo e a função do registro médico, encorajando os profissionais da medicina a manter um prontuário individual por paciente. E em 1920, ainda na Clínica Mayo, houve um movimento no sentido de padronizar os prontuários através da definição de um conjunto mínimo de dados que deveriam ser registrados, criando uma estrutura mais sistematizada de apresentação da informação médica que caracteriza o prontuário do paciente como conhecemos hoje.

No ano de 1928 foi fundada a Associação Americana de Arquivo Médico. Até 1940, muito se discutiu acerca do conteúdo dos registros médicos,

surgindo a exigência de que estes estivessem bem organizados como forma de se obter crédito hospitalar por parte do governo americano. No Brasil, em 1944, o prontuário médico foi introduzido pela professora Lourdes de Freitas Carvalho ao retornar dos EUA, onde estudou o Sistema de Arquivo e Classificação de Observações Médicas. O sistema foi adotado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que contribuiu para sua consolidação nacional. No ano de 1952, no Brasil, foi criada a Lei Alípio Correia Neto, determinando que todos os hospitais filantrópicos realizassem a documentação das histórias clínicas completas de todos os pacientes (FERREIRA et al., 2009; SANTOS, 2010).

Ainda de acordo com Massad, Marin e Azevedo Neto (2003), em 1969 Lawrence Weed introduziu a conceito de prontuário permeado pelos problemas de saúde do paciente. Suas as anotações deveriam ser realizadas de acordo com uma estrutura sistemática de registro de dados denominada SOAP pelo seu acrônimo em inglês (S = queixas; O = achados; A = testes e conclusões; P = plano de cuidado).

De acordo com a sua evolução histórica, pode-se perceber que o prontuário deve compreender toda a documentação produzida durante a realização do atendimento ao usuário do serviço de saúde. Tais documentos são elaborados por diversos autores, com autonomia profissional, através de ações integradas, com cada profissional registrando suas observações e laudos, em ordem cronológica e sucessiva. A existência de bons prontuários permite aos estabelecimentos de saúde uma maior rotatividade de pacientes, reduz o uso indevido dos equipamentos e serviços, evitando a repetição

desnecessária de exames, e também permite, a qualquer tempo, um conhecimento exato do tratamento feito e do resultado alcançado (PINHEIRO e LOBO, 2005).

Segundo Vanrell e Borborema (2013), o prontuário constitui um documento singular para o conhecimento, a qualquer tempo, do diagnóstico e tratamento realizados, assim como do prognóstico e eventuais intercorrências, sendo o único e mais perfeito instrumento de defesa contra as demandas judiciais promovidas contra profissionais da área.

A resolução nº 1638/02 do CFM determina, em seu artigo 2º, inciso I, que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento (CFM, 2002).

O Código de Ética Odontológica dispõe que é dever do Cirurgião-dentista (CD) elaborar de forma legível e manter atualizados os prontuários, conservando-os em arquivo próprio, seja de forma física ou digital. Neles deverão estar registrados os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchidos, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, nome, assinatura e número de registro do cirurgião-dentista no Conselho Regional de Odontologia (CFO, 2012).

O Conselho Federal de Enfermagem versa que é dever do enfermeiro registrar no prontuário, sejam em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico todas as informações indispensáveis ao processo de cuidado do paciente necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência (COFEN, 2007, 2012).

De acordo com Junqueira e Rode (2007), são elementos primordiais do prontuário:

a) Identificação do profissional e do paciente – Nome, endereço, telefones e tudo mais que possa tornar oficializar e personalizar o documento e facilitar a comunicação do profissional com o paciente a qualquer momento. Em caso de menor de idade, também deve constar a identificação do representante legal;

b) Anamnese – Consiste no inventário de saúde do paciente. É um formulário composto de questões relativas ao paciente (queixa principal, evolução da doença atual e história médico-odontológica);

c) Ficha clínica – Deve conter todas as anotações sobre o exame clínico extra e intra-oral e possuir dois odontogramas: um contendo as condições bucais gerais apresentadas pelo paciente antes de iniciado o tratamento e outro contendo a o estado geral bucal após a sua conclusão;

d) Receitas – Todas as prescrições devem conter o nome completo do profissional de saúde e o número de sua inscrição no Conselho Regional, bem como o endereço do consultório ou residência. Somente será aviada a receita que estiver escrita à tinta, em vernáculo por extenso e de modo legível. Deve conter o nome completo do paciente e expressamente, a denominação genérica do medicamento e o modo de usar a medicação, de acordo com a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais. Também devem estar presentes a data, o carimbo e a assinatura do profissional. Sua cópia deve ser anexada no prontuário.

e) Atestados – Devem conter, de acordo com Vanrell (2009), a identificação do paciente; sua finalidade (fins trabalhistas, escolares, desportivos, etc.; não se deve utilizar o chavão “para os devidos fins”); horário e data do atendimento; se for recomendado repouso, indicá-lo em horas (24 horas, 48 horas, etc.); local e data de expedição; assinatura e carimbo do profissional, mesmo quando for utilizado o impresso do receituário. Quando for exigida a natureza do atendimento, é importante utilizar o Código Internacional de Doenças (CID).

Com relação ao uso do CID como forma de manter o sigilo profissional em casos de necessidade de troca de informações entre profissionais e informação a respeito da situação clínica que envolve o paciente, Ramos (1994) apud Sales-Peres et al. (2004) afirma que, com a evolução dos tempos, o CID pode ser facilmente obtido pelo paciente, através de vários meios, tais como a internet, fato que por si só não assegura a manutenção do sigilo profissional.

O atestado só deve ser executado se o profissional realmente examinou o indivíduo, pois, de acordo com o art. 299 do Código Penal, atestado falso (afirmação que não corresponda à verdade) poderá acarretar ao profissional a imputação de crime de falsidade ideológica, cuja pena é de reclusão de um a cinco anos, além de multa (BRASIL, 2012).

f) Exames complementares – Todos os métodos utilizados para a detecção do diagnóstico e escolha e execução do plano de tratamento devem ser incluídos no prontuário, sejam eles radiografias, modelos de estudo (pelo menos os de casos de maior dificuldade técnica), fotografias ou slides. Exames

como radiografias (com duplicação ou não) e modelos devem ser processados corretamente, para que sejam provas duráveis do trabalho executado.

g) Plano de Tratamento – Apresentação de todas as alternativas de tratamento. Depois de efetuada a escolha do paciente, este deve declarar que está ciente de sua opção. O plano de tratamento deve retratar em detalhes, desde a opção recomendada até as eventuais alternativas. Se bem elaborada, essa documentação comprova a localização dos procedimentos realizados pelo profissional.

h) Evolução do tratamento – São os registros, com data de cada etapa realizada do tratamento, bem como o apontamento de todas as possíveis intercorrências (inclusive as faltas às consultas) e Recomendações pós-operatórias e orientações. De acordo com Silva (1997), estas recomendações e orientações não podem se limitar apenas a palavras. Deve o profissional entregá-las por escrito ao paciente, podendo ser elaboradas em impressos próprios ou não.

Segundo Junqueira e Rode (2007), as receitas, os atestados e os exames complementares são considerados documentos suplementares, podendo, ou não, compor o prontuário.

O prontuário é bastante útil para o paciente, sobretudo nos casos de transferência de setores e/ou de especialistas. É base de informações para a interconsulta e o encaminhamento, uma vez que permite o resgate do histórico de todos os tratamentos realizados e resultados alcançados anteriormente, dispensando exames complementares, simplificando interrogatórios e, por

consequente, reduzindo os custos do atendimento e o tempo de permanência no serviço de saúde, fato que o torna vantajoso também para gestores e profissionais da atenção (GONÇALVES et al., 2013).

O modelo clássico de prontuário escrito em papel foi, por muito tempo, o único dispositivo utilizado para armazenamento de informações. O surgimento e proliferação das tecnologias de informação suscitaram mudanças significativas em tal instrumento. Como proposta para atender às demandas dos novos modelos de atenção e gerenciamento dos serviços de saúde – unindo a tecnologia aos elementos essenciais de organização – além do modelo clássico de prontuário em papel, o desenvolvimento de sistemas de informação propiciou a criação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), sistema proposto a unir todos os diferentes tipos de dados produzidos nos mais variados formatos, em espaços temporais diferentes, criados por diferentes profissionais da equipe de saúde em distintos locais (MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003; OPAS, 2003).

No PEP, os registros residem em um sistema especificamente projetado para fornecer acesso a um completo conjunto de dados corretos, alertas, sistemas de apoio à decisão e outros recursos para servir de apoio ao profissional e ao usuário. Também garante que os dados do paciente possam ser compartilhados de modo efetivo e rápido por toda a equipe que atende o paciente, até mesmo em longas distâncias (GONÇALVES et al., 2013).

Essa ferramenta elimina um problema comum na prática clínica: a ilegibilidade das informações escritas à mão pelos profissionais nos prontuários de papel, prevenindo interpretações errôneas dos dados clínicos e,

conseqüentemente, propedêutica e terapêutica inadequadas para o usuário do serviço. Outra vantagem é a facilidade de arquivamento, pois se tratam de dados virtuais. Os documentos clínicos em papel geram altos custos operacionais e necessidade de grande espaço físico (PATRÍCIO et al., 2011).

Através das resoluções nº 1821/2007 e nº 91/2009, os Conselhos Federais de Medicina e Odontologia, respectivamente, reconhecem a importância do uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informação identificada em saúde, bem como a digitalização dos prontuários em papel, como instrumento de modernização, visando à melhoria no atendimento ao paciente, desde que preencham os Requisitos de Segurança em Documentos Eletrônicos em Saúde (CFM, 2007; CFO, 2009).

Ao se estabelecer uma comparação entre o prontuário de papel e a sua variável eletrônica, pode-se perceber que os registros de papel são sobrepujados pelos registros informatizados devido ao fato de não serem acessíveis à distância, não poderem estar em mais de um lugar ao mesmo tempo, possibilitarem a sua pesquisa de forma lenta e serem sempre acumulativos – possuem a história clínica do paciente, mas não o seu resumo até o 'presente' estado. Para os sistemas administrativos – como faturamento e agendamento – requerem esforço de integração de caráter manual (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2000).

Oliveira e colaboradores (2006) constataram que um banco de dados resultante da informatização dos prontuários pode ser utilizado como ferramenta para cruzamento de dados, possibilitando uma maior praticidade na

realização de estudos comparativos e geração de informações estatísticas que poderão ser exploradas em trabalhos científicos.

Na concepção de Pavão e colaboradores (2011), o uso do prontuário eletrônico apresenta como benefícios a maior completitude das informações, a possibilidade de acesso às informações do paciente em qualquer lugar e sempre que necessário e o fim dos problemas relacionados à caligrafia ilegível, diminuindo, assim, as chances de perda das informações registradas. A modalidade eletrônica ainda possibilita, na atenção primária, o armazenamento e a integração dos dados de todo o núcleo familiar, e não apenas do indivíduo (PEREIRA et al.,2008).

O prontuário digital é um auxiliar rápido, fácil e eficiente na coleta e acesso às informações necessárias de um paciente. Entretanto, o seu uso não elimina a obrigatoriedade da guarda e elaboração do prontuário em papel, assim como da coleta da assinatura do paciente ou de seu representante legal nas diversas fichas e de seus documentos constituintes. Desse modo, deve ser considerado como sendo uma alternativa complementar ao prontuário de papel (CARVALHO, 2000).

Dentre os empecilhos que impedem a implantação do prontuário eletrônico existe o alto custo para a implantação dessa ferramenta e a necessidade de capacitação dos profissionais inseridos diretamente na utilização dessa ferramenta de comunicação em saúde. Outra desvantagem está nos custos de investimento em segurança a fim de garantir o sigilo das informações dos usuários (GONÇALVES et al., 2013).

2.4. O Uso do prontuário como sinônimo de qualidade na Atenção Básica

A Atenção Básica ou Primária consiste no nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção integral sobre a pessoa (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação) e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2004).

É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, desenvolvido por meio de exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade para resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância dessas populações (CONASS, 2004).

De acordo com Mendes (2002), a Atenção Primária à Saúde deve cumprir três funções essenciais:

- **Resolução:** visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população;
- **Organização:** visa organizar os fluxos e contra-fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção, no sistema de serviços de saúde;
- **Responsabilização:** visa responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

Starfield (2004) versa que as ações realizadas pelos serviços de Atenção Primária à Saúde também possuem atributos derivados que as qualificam. São eles:

- Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): deve-se considerar o contexto familiar na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, considerando o seu potencial de cuidado e de ameaça à saúde;
- Orientação comunitária: valorização do contato direto entre o serviço de saúde e a comunidade, através da análise dos seus dados epidemiológicos, planejamento e a avaliação conjunta dos serviços;
- Competência cultural: capacidade da equipe de saúde de compreender as características culturais especiais da população com a qual trabalha de modo a facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

A Constituição de 1988 determinou a elaboração de planos municipais de assistência à saúde, trazendo inovações no campo da organização dos serviços de saúde nos municípios e a possibilidade da criação de formas diferenciadas de intervenção. Essa municipalização exigiu dos departamentos ou secretarias municipais de saúde o planejamento através da avaliação dos serviços realizados, possibilitando o desenvolvimento de análises críticas do que e como são ofertados os serviços de saúde à população (SCOCHI, 1994). Entretanto, o processo de consolidação dos princípios do SUS ainda apresenta dificuldades, sobretudo no que concerne aos aspectos da universalização do direito à saúde, descentralização dos serviços, integralidade das práticas e

participação popular. Tais dificuldades fazem parte de um conjunto de fatores inter-relacionados, dentre os quais se destaca o modelo assistencial vigente (PRADO; FUJIMORI, 2006).

A qualidade é uma meta que vem sendo aspirada por gestores, profissionais e usuários do SUS. Nas últimas décadas, a elaboração de normas e parâmetros norteadores da assistência à saúde esteve limitada às áreas técnicas e a implantação de estratégias, usando como ponto de partida indicadores pré-estabelecidos. Dessa maneira, não foi possível realizar mudanças qualitativas em decorrência da reorientação do modelo assistencial (ZURITA et. al., 2010).

De acordo com Alves (2012), medir qualidade e quantidade em programas e serviços de saúde se faz importante para planejar, organizar, coordenar, direcionar e avaliar todas as atividades desenvolvidas, sejam elas de promoção ou prevenção, bem como ponderar as repercussões dessas atividades na comunidade.

A informação desempenha um papel importante na gestão do SUS, pois oferece subsídios à tomada de decisões sobre a população pertencente a diferentes unidades de saúde, tais como: perfil de morbidade e mortalidade, principais fatores de risco e seus determinantes, características demográficas, dados sobre o funcionamento dos serviços, e disponibilidade de seus recursos humanos e infraestrutura. Esse conhecimento deve ser aplicado ao planejamento, à organização e à avaliação das ações e serviços (MOTA, CARVALHO, 1999).

A promoção da saúde, através da prevenção e tratamento da doença, vem se tornando uma tarefa cada vez mais complexa, exigindo a presença de um número sempre mais elevado de profissionais de diferentes especialidades, os quais concorrem para uma análise mais completa do estudo de saúde real do paciente e sua recuperação. Os profissionais compõem a equipe multiprofissional de saúde devem trabalhar de forma integrada, intercomunicando as observações e pareceres (PINHEIRO; LOBO, 2005).

A gestão exerce evidente papel nos serviços de saúde. Gerenciar uma unidade de saúde envolve a articulação de diversos setores e fatores antes da tomada de qualquer decisão. Primeiramente, deve ser realizado um processo sistematizado de estudo de determinado problema: levantando dados, produzindo informação, estabelecendo propostas de soluções, para que, enfim, seja escolhida a decisão e analisada a sua viabilização, implementação e análise dos resultados obtidos. A tomada de decisão é considerada a função que caracteriza o desempenho da gestão (GUIMARÃES & ÉVORA, 2004).

Registrar as informações clínicas do usuário que adentra na unidade básica de saúde subsidia a melhoria da qualidade no atendimento, contribuindo para a realização de diagnóstico precoce, evitando assim complicações e/ou internações hospitalares desnecessárias (MINAS GERAIS, 2007).

Segundo Wainer (2008), os registros em saúde realizados de maneira eletrônica possuem duas vantagens quando comparados com os registros em papel: o potencial de melhorar a qualidade das ações e decisões do estabelecimento de saúde e o potencial de economia no tratamento do paciente através da reutilização de resultados de exames.

A literatura internacional vem privilegiando análises da associação dos registros na Atenção Primária à Saúde, em formato eletrônico, em relação à qualidade de dados do próprio registro, do cuidado prestado ou ainda da gestão da assistência. (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008).

Thiru et al (2003) e Brouwer et al (2006), afirmam que a falta de padrões e métodos dificulta a comparação dos resultados entre os estudos analisados e apontam a necessidade de adoção de medidas claras para análise da qualidade dos registros eletrônicos.

Bodenheimer & Grumbach (2003) sugerem que os registros eletrônicos podem vir a melhorar a comunicação entre médicos e pacientes e o compartilhamento de informação entre prestadores de serviços de saúde. No entanto, para que tais melhorias ocorram, é preciso levar em consideração o tempo e os custos para implementação do serviço e até falta de interesse dos gestores de saúde nas tecnologias disponíveis da ciência da informação (MAJEED, 2003; STARFIELD, 2004).

Faz-se necessário perceber que o profissional de saúde é ator do cotidiano e protagonista de mudanças, devendo ser um agente motivador da participação nas decisões relativas ao cuidado, de modo que se sinta responsável pela assistência e comprometa-se a executá-la com qualidade (VITURI; MATSUDA, 2009). Contudo, nem sempre a qualidade da informação é proporcional à qualidade da assistência. Na ausência do registro da informação é difícil fazer inferências sobre a qualidade. Não se pretende fazer apologia ao uso do prontuário como sendo a solução para os problemas vividos pela rede de assistência e, tampouco, afirmar que sem informação não se pode

modificar esses problemas, mas sim destacar que as informações existentes precisam ser conhecidas e analisadas, como subsídio para aprimorar a qualidade da assistência. (SCOCHI, 1994).

2.5. Justificativa

O presente estudo se justifica através da percepção, enquanto profissional e usuário da Estratégia de Saúde da Família, acerca do desuso ou mal uso de registro de informações de saúde dos pacientes nos serviços de atenção básica, dificultando o seu acompanhamento, sobretudo no que concerne ao histórico de doenças e planos de tratamento adotados.

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Avaliação do interesse dos profissionais atuantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como dos gestores, no que concerne ao uso de prontuários e fichas clínicas nos serviços de Atenção Básica dos municípios que compõem a 9ª Região de Saúde da Paraíba.

3.2. Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa;
- Identificar se o prontuário é utilizado nos serviços de Atenção Básica dos municípios que compõem a 9ª Região de Saúde da Paraíba;
- Avaliar o conhecimento dos gestores e profissionais de saúde acerca da importância do uso e correto preenchimento do prontuário clínico nos seus atendimentos;
- Ponderar sobre a efetividade do questionário aplicado na pesquisa.

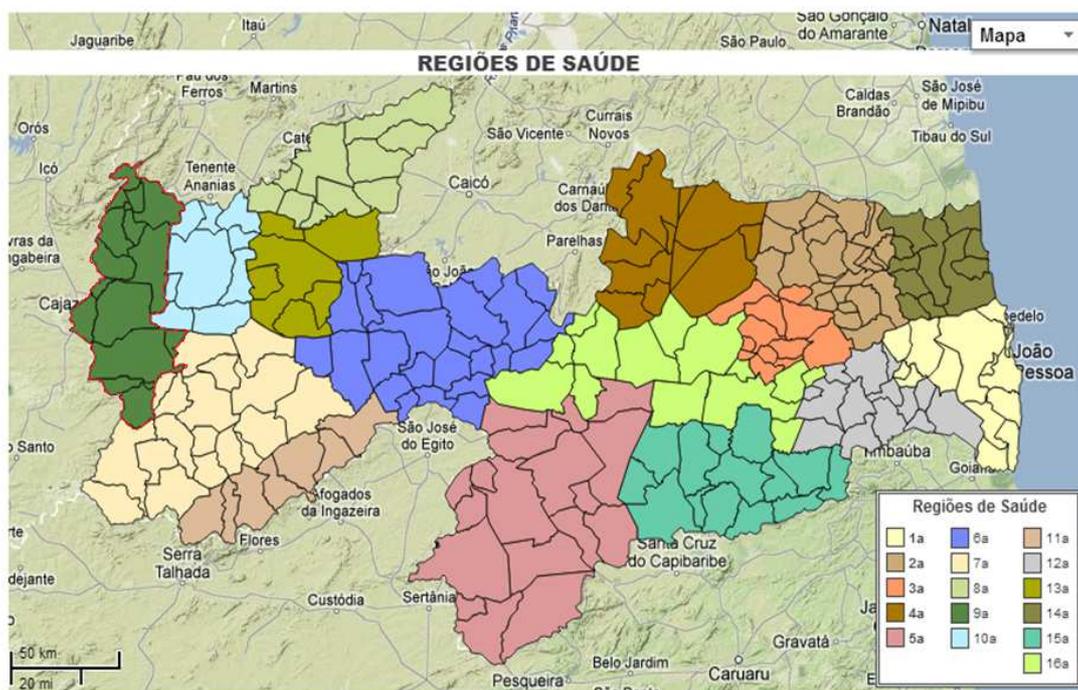
METODOLOGIA

4. METODOLOGIA

4.1. Local do estudo

Esse estudo foi desenvolvido na 9ª Região de Saúde do Estado da Paraíba, composta pelos Municípios de Cajazeiras, São João do Rio do Peixe, São José de Piranhas, Uiraúna, Bonito de Santa Fé, Cachoeira dos Índios, Triunfo, Santa Helena, Monte Horebe, Poço de José de Moura, Poço Dantas, Bernardino Batista, Joca Claudino, Bom Jesus e Carrapateira (figura 1).

Figura 1: Regiões de Saúde do Estado da Paraíba



Fonte: SIM/SINASC

O número de habitantes pertencentes à Região supracitada, em 2010, era 167.819, representando aproximadamente 4,45 % de toda a população paraibana (IBGE, 2010).

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), rede básica de atenção à saúde, em 2013, é composta por 61 (sessenta e uma) equipes pertencentes à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 55 equipes de Saúde Bucal (BRASIL, 2013).

4.2. Amostra

Para o cálculo do tamanho amostral necessitamos conhecer a prevalência ou incidência, ou porcentagem de profissionais que utilizam prontuário eletrônico ou mesmo que preencham completamente o prontuário do paciente. Como na nossa população não havia estudos que pudessem nos fornecer alguma das informações descritas anteriormente, consideramos para o nosso cálculo amostral a chance de 50% do profissional da saúde utilizar/preencher completamente o prontuário do paciente, e 50% de chance do profissional da saúde não utilizar/preencher completamente o prontuário do paciente, isso foi possível, pois se utilizou a distribuição de probabilidade de Bernoulli, a qual é definida como a situação em que se executa um experimento (ensaio), onde se tem uma variável aleatória com o comportamento cujo resultado pode ser um sucesso (p =probabilidade de sucesso=0,50) ou um fracasso (q =probabilidade de fracasso=0,50) (CALLEGARI-JACQUES; CAMPBELL, 1995; PINHEIRO, 2013).

Sendo p a probabilidade de sucesso e q a probabilidade de fracasso, dizemos que:

$$X \sim \text{Bernoulli}(p), \text{ se: } p(x) = p^x(1-p)^{1-x}, x=0,1$$

Finalmente, considerando-se a chance de 50% do profissional da saúde utilizar/preencher completamente o prontuário do paciente, temos um delta de 10%; ou seja, a chance do profissional utilizar/preencher completamente o prontuário poderia variar entre 40% e 60%; um nível de significância de 5%; e um poder de 80%. Chegou-se ao cálculo final de $n = 50$ profissionais, acrescentando-se 20% devido a possíveis perdas chega-se a um tamanho amostral total mínimo de 60 profissionais da saúde.

A partir do número total de casos, e levando-se em consideração que na região há 61 equipes do ESF (61) e 55 equipes do PSB (Programa de Saúde Bucal), realizou-se a amostragem estratificada, sendo necessários portanto 20 médicos, 20 enfermeiros e 20 cirurgiões-dentistas. Com relação aos gestores, estes não entraram para a estratificação, pois se decidiu coletar a informação de todos eles (15 gestores da região de saúde).

Esta é uma amostra representativa da população de profissionais de saúde.

4.3. Tipo de estudo

Estudo transversal realizado através da aplicação de questionário autoexplicativo nos profissionais da saúde atuantes na Atenção Básica

(médicos, enfermeiros e dentistas) e gestores municipais em saúde pertencentes à 9ª Região de Saúde do Estado da Paraíba. Possui também propriedade descritiva, uma vez que procura descrever características da população/amostra escolhida (GIL, 1994).

4.4. Coleta de dados

Foi utilizado um questionário adaptado de Santos, Paula e Lima (2003) (APÊNDICE B). Este questionário é composto de duas partes, sendo uma contendo dados biodemográficos como sexo, idade, tempo de trabalho na profissão, renda, escolaridade e função.

A segunda parte do questionário apresentou questões relacionadas a atitudes práticas do profissional de saúde ou gestor frente à utilização do prontuário existente nas unidades básicas de saúde. As respostas foram avaliadas através de uma escala Likert de até 5 pontos, sendo considerado 5= concordo totalmente, 4= concordo um pouco, 3=neutro, 2=discordo um pouco, 1=discordo totalmente.

No que concerne à pergunta “Usa prontuário nos seus atendimentos?”, esta foi omitida do questionário aplicado aos gestores, uma vez que estes podem não ser profissionais de saúde, logo podem não atuar diretamente na atenção básica enquanto membros de uma unidade básica de saúde.

4.5. Seleção da amostra

Cada equipe de Saúde da Família recebeu um número de 1 a 61, e cada equipe de saúde bucal um número de 1 a 55. A seguir, foi realizado o sorteio aleatório sem reposição das equipes a serem participantes desta pesquisa. Após o sorteio os profissionais de saúde foram convidados a participar deste estudo através de uma carta convite (APÊNDICE A), a qual contém os objetivos desta pesquisa, e também a informação que este seria voluntário e que poderia desistir em qualquer momento da pesquisa. Foi explicado que a sua participação se daria após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). O mesmo procedimento foi realizado para todos os gestores.

Os profissionais que assinaram o TCLE receberam o questionário e o responderam anonimamente.

4.6. Análise estatística

Foi realizada a análise descritiva de todas as variáveis. As variáveis qualitativas foram apresentadas em termos de seus valores absolutos e relativos e as variáveis quantitativas em termos de seus valores de tendência central e de dispersão (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

O teste de qui-quadrado foi utilizado para se verificar possíveis associações entre as respostas às questões e os grupos de estudo (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

Para as variáveis quantitativas a homogeneidade das variâncias e a aderência a curva normal foram avaliadas pelos testes de Levene e Kolmogorov-smirnov, respectivamente. Com as variáveis idade e tempo de serviço não apresentaram esses princípios satisfeitos foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis seguido do teste de comparação múltipla de Dunn (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

Foi utilizada a análise fatorial como ferramenta para a identificação de possíveis domínios que explicariam as ações dos profissionais frente ao uso do prontuário, utilizando-se a rotação varimax e considerando-se significativo valores de eigenvalues acima de 1,90 (KLEINBAUM et al., 1998).

Pacote estatístico utilizado SPSS 17.0 for Windows.

O nível de significância é de 5%.

4.7. Aspectos éticos

O estudo seguiu a resolução 196/96 que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos e foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria e aprovado através da Plataforma Brasil sob o número do parecer 167.592 (ANEXO A).

A resolução dos questionários foi previamente autorizada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Aos voluntários da pesquisa foram explicados os objetivos e benefícios, além dos critérios éticos inerentes à pesquisa envolvendo seres humanos. Os profissionais de saúde que não concordaram em participar foram respeitados, sem nenhum dano ou constrangimento para os mesmos.

RESULTADOS

5. RESULTADOS

Responderam aos questionários 107 profissionais atuantes na atenção básica, sendo 15 (14%) gestores de saúde, 20 (18,7%) médicos e 38 (35,5%) enfermeiros e 34 (31,8%) cirurgiões-dentistas.

Primeiramente, foi estabelecido um sucinto perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa. Este grupo de profissionais se mostrou homogêneo com relação à idade (anos) (teste de Kruskal-wallis, $p > 0,05$), sendo que o grupo de gestores apresentou idade média de 33,80 anos (desvio padrão= 6,27; variando de 23 a 46 anos), o de enfermeiros idade média de 31,47 anos (desvio padrão de 6,46; variando de 24 a 59 anos), o de CDs idade média de 37,94 anos (desvio padrão de 12,60; variando de 23 a 64 anos) e, por fim, o grupo de médicos com idade média de 36,65 anos (desvio padrão de 12,16; variando de 25 a 62 anos).

Com relação ao tempo médio de trabalho (anos), observa-se pelo teste de Kruskal-wallis uma diferença entre os grupos de estudo ($p = 0,002$), pelo teste de comparações múltiplas de Dunn observa-se que o grupo de dentistas possui maior tempo de trabalho (média = 11,47; desvio padrão=11,07; variando de 1 a 35 anos), seguido pelo grupo de médicos (média=9,10; desvio padrão=11,28; variando de 1 a 32 anos). Enquanto que os gestores (média=2,57; desvio padrão=3,13; variando de 1 a 9 anos) e enfermeiros (média=5,47; desvio padrão=3,13; variando de 1 a 17 anos) possuem menor tempo de trabalho. Dessa forma, pode-se entender que os cirurgiões-dentistas

e médicos que atuam na atenção básica da região estudada têm mais tempo de experiência na sua área de formação do que os enfermeiros e gestores.

A tabela 1 apresenta a descrição do perfil de cada grupo estudado, analisando os caracteres de sexo, grau de formação e renda. A análise descritiva do sexo por grupo de estudo apresenta a prevalência do sexo feminino em todos os grupos (teste de Qui-quadrado, $p > 0,05$). A maior parte dos profissionais e gestores apresenta a especialização como maior grau de formação, a exceção dos médicos, os quais, em sua maioria, apenas concluíram a graduação em medicina (teste de Qui-quadrado, $p < 0,05$). É muito pequeno o número de profissionais e gestores com mestrado e não há nenhum que tenha chegado ao nível de doutorado em todos os grupos de estudo. Há uma associação entre renda e grupo de profissional da saúde (teste de Qui-quadrado, $p < 0,001$), onde se observa que a maior renda pertence aos médicos.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa

		Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	Nível de significância^{&}
Sexo						
Feminino		11	28	18	12	
		73,00	74,00	53,00	60,00	
Masculino	Nº	4	10	16	8	p=0,25
	%	27,00	26,00	47,00	40,00	
Formação						
Graduação		4	14	14	12	
		29,00	37,00	41,00	60,0	
Especialização	Nº	7	20	20	7	p<0,001
	%	50,00	53,00	59,00	35,0	
Mestrado		1	1	-	1	
		7,00	2,00	-	5,00	
Outra		2	3	-	-	
		14,00	8,00	-	-	
Renda (salários mínimos)						
Dois		9	23	15	-	
		69,00	62,00	44,00	-	
Três	Nº	4	13	6	6	p<0,001
	%	31,00	35,00	18,00	30,00	
Quatro ou mais		-	1	13	14	
		-	3,00	38,00	70,00	

&: Teste de Qui-quadrado

Quando inquiridos se usam prontuário nos seus atendimentos, a maior parte de cada grupo de profissionais atuantes na atenção básica respondeu afirmativamente. Entretanto, existe uma percentagem significativa dentro dos grupos estudados que não faz uso dos registros em saúde. Vale salientar que tal pergunta só foi realizada nos questionários aplicados com o grupo de gestores, uma vez que estes, no exercício de suas funções administrativas, não realizam atendimentos clínicos (tabela 2).

Tabela 2 – Uso do prontuário nos atendimentos, por grupo de estudo.

		Grupo			Nível de significância ^{&}
		Enfermeiro	Dentista	Médico	
Sim		23	20	13	
	Nº	60,5	58,8	65,0	
Não	%	15	14	7	p=0,90
		39,5	41,2	35,00	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Apesar de uma grande parcela dos profissionais estudados afirmar que não registra os passos de cada tratamento realizado, todos, exceto por um enfermeiro e um médico destacaram a importância de um prontuário bem preenchido. O grupo de gestores corroborou de maneira unânime com essa opinião (tabela 3).

Tabela 3 – Opinião sobre o preenchimento correto do prontuário, por grupo de estudo.

		Grupo				Nível de significância ^{&}
		Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	
Sim		15	37	34	19	
	Nº	100,00	97,00	100,00	95,00	
Não	%	-	1	-	1	p=0,55
		-	3,00	-	5,00	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Tanto gestores quanto profissionais estudados afirmam que a implantação do prontuário eletrônico é muito importante para o bom andamento do serviço de saúde (tabela 4).

Tabela 4 – Opinião sobre a implantação do sistema de prontuário eletrônico, por grupo de estudo.

		Grupo				Nível de significância ^{&}
		Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	
Sim		15	38	32	19	
	Nº	100,00	100,00	94,00	95,00	
Não	%	-	-	2	1	0,38
		-	-	6,00	5,00	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Dando continuidade ao estudo, serão apresentadas, a seguir, as respostas às questões feitas aos profissionais de saúde com relação ao uso do prontuário e a itens do sistema informatizado.

Este questionário apresenta um coeficiente de confiabilidade de Cronbach igual a 0,70 ($p < 0,001$), mostrando a boa consistência interna das respostas.

A maior parcela dos gestores concorda totalmente que o sistema manual de prontuário clínico é limitado. A maioria dos enfermeiros e CDs concorda um pouco com tal afirmativa. Já os médicos, em sua grande maioria, discordam um pouco acerca da limitação do sistema manual de prontuário clínico (teste de Qui-quadrado, $p < 0,001$) (tabela 5).

Tabela 5 – Considero o sistema manual de prontuário clínico limitado

		Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	Nível de significância ^{&}
discordo totalmente	Nº	-	-	-	4	p<0,001
	%	-	-	-	20,00	
discordo um pouco	Nº	3	11	8	10	
	%	20,00	29,00	24,00	50,00	
neutro	Nº	3	4	-	-	
	%	20,00	11,00	-	-	
concordo um pouco	Nº	3	18	20	4	
	%	20,00	47,00	59,00	20,00	
concordo totalmente	Nº	6	5	6	2	
	%	40,00	13,00	18,00	10,00	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Não foi observada, pelo teste de qui-quadrado, associação entre grupo de estudo e a afirmação de que o sistema manual de prontuário clínico seja ultrapassado, uma grande parte dos gestores se posicionou de maneira neutra ou concordaram totalmente, revelando uma grande disparidade de opiniões dentro desse grupo. Quase metade dos médicos e enfermeiros concorda um pouco com tal afirmativa. Já em relação aos dentistas houve outra divergência, pois a maioria destes ou discordam parcialmente ou concordam parcialmente com a assertiva apresentada (tabela 6).

Tabela 6 – Considero o sistema manual de prontuário clínico ultrapassado

		Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	Nível de significância ^{&}
discordo totalmente		1	1	2	4	
		7,00	3,00	6,00	20,00	
discordo um pouco		3	7	10	2	
		20,00	18,00	29,00	10,00	
neutro	Nº	5	3	4	4	0,06
	%	33,00	8,00	12,00	20,00	
concordo um pouco		1	17	10	8	
		7,00	45,00	29,00	40,00	
concordo totalmente		5	10	8	2	
		33,00	26,00	24,00	10,00	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Cerca de um terço da população de gestores e de cirurgiões-dentistas, assim como metade dos enfermeiros concordam um pouco que as informações registradas no prontuário clínico não são lidas pela equipe de saúde. Os

médicos, em sua maioria, se posicionaram de forma neutra diante dessa proposição, porém, uma parcela grande do grupo concordou de modo parcial ou total com essa afirmação (teste de Qui-quadrado, $p > 0,05$) (tabela 7).

Tabela 7 – Percebo que as informações registradas no prontuário clínico não são lidas pela equipe de saúde

		Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	Nível de significância ^{&}
discordo totalmente		4	4	2	2	0,08
		27,00	11,00	6,00	10,00	
discordo um pouco		1	6	4	4	
		7,00	16,00	12,00	20,00	
neutro	Nº	2	-	8	6	
	%	13,00	-	24,00	30,00	
concordo um pouco		5	19	12	4	
		33,00	50,00	35,00	20,00	
concordo totalmente		3	9	8	4	
		20,00	24,00	24,00	20,00	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Observa-se uma associação, teste de qui-quadrado, entre os grupos de estudo e a impressão de que as informações registradas no prontuário não são valorizadas ($p < 0,05$). Gestores, enfermeiros e dentistas acreditam que as informações registradas nos prontuários não são valorizadas pelos demais profissionais, enquanto que metade dos médicos se posicionou de maneira discordante (tabela 8).

Tabela 8 - Tenho a impressão de que as informações registradas no prontuário não são valorizadas pelos demais profissionais

		Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	Nível de significância^{&}
discordo totalmente		3	3	0	2	
		20,00	8,00	0,00	10,00	
discordo um pouco		2	9	2	10	0,004
		13,00	24,00	6,00	50,00	
neutro		2	3	8	0	
	Nº	13,00	8,00	24,00	0,00	
	%					
concordo um pouco		5	18	18	8	
		33,00	47,00	53,00	40,00	
concordo totalmente		3	5	6	0	
		20,00	13,00	18,00	0,00	

[&]: Teste de Qui-quadrado

A maior parte de todos os grupos analisados é discordante quanto ao fato de que o registro manual de cuidados com o paciente seja desmotivante, demonstrando uma homogeneidade entre os grupos (teste de qui-quadrado, $p > 0,05$) (tabela 9).

Tabela 9 – Considero desmotivante fazer o registro manual dos cuidados com o paciente

					Nível de
					significância ^{&}
	Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	
discordo totalmente	3	13	14	8	
	20,00	34,00	41,00	40,00	
discordo um pouco	6	10	10	8	0,33
	40,00	26,00	29,00	40,00	
neutro	N ^o 2	6	2	4	
	% 13,00	16,00	6,00	20,00	
concordo um pouco	3	6	8	-	
	20,00	16,00	24,00	-	
concordo totalmente	1	3	-	-	
	20,00	8,00	-	-	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Os gestores preferiram se manter neutros quanto à assertiva de que o uso do prontuário escrito não satisfaz as complexas exigências do sistema de saúde. A maior parte dos enfermeiros discorda, e os cirurgiões-dentistas concordam com tal ideia. Já os médicos apresentaram um perfil diversificado, com opiniões divididas de modo numericamente igual (tabela 10).

Tabela 10 – Penso que o sistema manual de prontuário não satisfaz as complexas exigências do Sistema de Saúde

		Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	Nível de significância ^{&}
discordo totalmente		3	6	2	4	0,23
		20,00	16,00	6,00	20,00	
discordo um pouco		3	12	6	4	
		20,00	32,00	18,00	20,00	
neutro	Nº	5	5	6	4	
	%	33,00	13,00	18,00	20,00	
concordo um pouco		3	7	16	4	
		20,00	18,00	47,00	20,00	
concordo totalmente		1	8	4	4	
		7,00	21,00	12,00	20,00	

[&]: Teste de Qui-quadrado

A maioria dos gestores e enfermeiros concorda com a afirmativa de que o registro manual burocratiza o trabalho de atendimento ao paciente. Já há uma associação, pelo teste de qui-quadrado, entre dentistas e discordar dessa afirmativa (tabela 11).

Tabela 11 – Penso que registrar manualmente as informações é burocratizar o trabalho de atendimento ao paciente

		Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	Nível de significância ^{&}
discordo totalmente	Nº	1	8	12	8	0,01
	%	7,00	21,00	35,00	40,00	
discordo um pouco	Nº	3	7	6	8	
	%	20,00	18,00	18,00	40,00	
neutro	Nº	3	4	8	-	
	%	20,00	11,00	24,00	-	
concordo um pouco	Nº	2	11	6	4	
	%	13,00	29,00	18,00	20,00	
concordo totalmente	Nº	6	8	2	-	
	%	40,00	21,00	6,00	-	

[&]: Teste de Qui-quadrado

A tabela 12 apresenta a análise descritiva sobre o que os profissionais da saúde acham a respeito da utilização do prontuário eletrônico permitir um maior tempo para cuidar do paciente. A maior parte dos profissionais concorda com essa afirmativa (teste de qui-quadrado, $p > 0,05$).

Tabela 12 – Penso que se tivéssemos um sistema de prontuário eletrônico haveria mais tempo para cuidar do paciente

		Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	Nível de significância ^{&}
discordo totalmente		-	1	2	-	0,39
		-	3,00	6,00	-	
discordo um pouco		-	-	2	-	
		-	-	6,00	-	
neutro	Nº	2	2	8	4	
	%	13,00	5,00	24,00	20,00	
concordo um pouco		3	9	6	4	
		20,00	24,00	18,00	20,00	
concordo totalmente		10	26	16	12	
		67,00	68,00	47,00	60,00	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Mais de dois terços dos gestores e profissionais de saúde reconhecem que o correto preenchimento do prontuário clínico é indispensável para nortear a continuidade da assistência, mostrando independência entre os grupos e a concordância a essa afirmativa (teste de qui-quadrado, $p > 0,05$) (tabela 13).

Tabela 13 – Considero o registro correto do prontuário clínico indispensável para nortear a continuidade da assistência

		Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	Nível de significância ^{&}
discordo totalmente		-	2	-	2	
		-	5,00	-	10,00	
discordo um pouco		1	-	2	-	
		7,00	-	6,00	-	
neutro	Nº	2	2	4	2	0,44
	%	13,00	5,00	12,00	10,00	
concordo um pouco		1	1	-	-	
		7,00	3,00	-	-	
concordo totalmente		11	33	28	16	
		73,00	87,00	82,00	80,00	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Mais da metade dos gestores, enfermeiros, dentistas e médicos afirmam que se houvesse um sistema informatizado, haveria diminuição dos problemas encontrados nos registros das informações dos pacientes (tabela 14).

Tabela 14 – Penso que os problemas nos registros das informações seriam minimizados com o uso de um sistema informatizado

		Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	Nível de significância ^{&}
discordo totalmente		-	1	-	-	0,22
		-	3,00	-	-	
discordo um pouco		2	0	2	4	
		13,00	0,00	6,00	20,00	
neutro	Nº	3	15	14	6	
	%	20,00	39,00	41,00	30,00	
concordo um pouco		10	22	18	10	
		67,00	58,00	53,00	50,00	
concordo totalmente		-	1	-	-	
		-	3,00	-	-	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Não foi observada associação, pelo teste de qui-quadrado, entre os profissionais e o interesse em utilizar um sistema de prontuário eletrônico ($p > 0,05$). Observa-se que quase todos concordam totalmente em utilizar um sistema de prontuário eletrônico (tabela 15).

Tabela 15 – Desejaria utilizar um sistema de prontuário eletrônico

		Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	Nível de significância ^{&}
discordo totalmente		-	-	2	-	0,07
		-	-	6,00	-	
discordo um pouco		1	-	2	-	
		7,00	-	6,00	-	
neutro	Nº	2	1	4	6	
	%	13,00	3,00	12,00	30,00	
concordo um pouco		-	3	2	-	
		-	8,00	6,00	-	
concordo totalmente		12	34	24	14	
		80,00	89,00	71,00	70,00	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Não foi observada associação, pelo teste de qui-quadrado, entre os profissionais e o desejo de utilizar um sistema informatizado ($p > 0,05$). Observa-se que quase todos desejam utilizar um sistema informatizado (tabela 16).

Tabela 16 – Desejaria utilizar um sistema informatizado

		Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	Nível de significância ^{&}
discordo totalmente		-	-	2	-	
		-	-	6,00	-	
discordo um pouco		1	-	2	-	
		7,00	-	6,00	-	
neutro	Nº	1	1	4	6	
	%	7,00	3,00	12,00	30,00	0,06
concordo um pouco		1	4	4	-	
		7,00	11,00	12,00	-	
concordo totalmente		12	33	22	14	
		80,00	87,00	65,00	70,00	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Observa-se uma associação, teste de qui-quadrado, entre os grupos de estudo e a afirmação sobre dificuldades em se adaptar as mudanças no sistema de informação ($p < 0,05$). A maior parte dos gestores e enfermeiros não sente dificuldade de se adaptar ao sistema de informação. Já os cirurgiões-dentistas, em sua maioria, não se posicionaram sobre o assunto, mas uma parcela significativa desse grupo revelou ter problemas para se adaptar às mudanças no sistema supracitado, assim como uma percentagem expressiva dos profissionais da medicina (tabela 17).

Tabela 17 – Sinto dificuldades em me adaptar às mudanças que ocorrem no sistema de informação

		Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	Nível de significância ^{&}
discordo totalmente		5	18	8	4	
		33,00	47,00	24,00	20,00	
discordo um pouco		1	3	-	6	
		7,00	8,00	-	30,00	
neutro	N ^o	4	3	14	4	<0,01
	%	27,00	8,00	41,00	20,00	
concordo um pouco		3	13	10	6	
		20,00	34,00	29,00	30,00	
concordo totalmente		2	1	2	-	
		13,00	3,00	6,00	-	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Gestores e profissionais da saúde se sentem capacitados para utilizar a tecnologia da informática na sua prática assistencial (tabela 18). E não apresentam dificuldades em utilizá-la (tabela 19).

Tabela 18 – Sinto-me incapaz de utilizar a tecnologia da informática na minha prática assistencial

		Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	Nível de significância ^{&}
discordo totalmente		12	30	22	10	0,07
		80,00	79,00	65,00	50,00	
discordo um pouco		1	5	6	6	
		7,00	13,00	18,00	30,00	
neutro	Nº	-	2	6	2	
	%	-	5,00	18,00	10,00	
concordo um pouco		1	1	-	2	
		7,00	3,00	-	10,00	
concordo totalmente		1	-	-	-	
		7,00	-	-	-	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Tabela 19 – Tenho dificuldade em dominar o conteúdo da informática

		Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	Nível de significância ^{&}
discordo totalmente		11	25	16	14	0,23
		79,00	66,00	47,00	70,00	
discordo um pouco		1	8	6	4	
		7,00	21,00	18,00	20,00	
neutro	Nº	1	2	4	2	
	%	7,00	5,00	12,00	10,00	
concordo um pouco		1	3	8	0	
		7,00	8,00	24,00	0,00	
concordo totalmente		-	-	-	-	
		-	-	-	-	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Quase todos os gestores e profissionais afirmam ter conhecimento do sistema informatizado (tabela 20), bem como alegam não demonstrar insegurança com relação ao uso do computador na sua prática assistencial (tabela 21).

Tabela 20 – Escondo das pessoas que não domino o conhecimento sobre sistema informatizado

					Nível de significância ^{&}
	Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	
discordo totalmente	12	29	24	16	
	80,00	76,00	71,00	80,00	
discordo um pouco	.0	3	6	2	0,35
	0,00	8,00	18,00	10,00	
neutro	N ^o	1	4	4	2
	%	7,00	11,00	12,00	10,00
concordo um pouco	2	2	0	0	
	13,00	5,00	0,00	0,00	
concordo totalmente	-	-	-	-	
	-	-	-	-	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Tabela 21 – Escondo das pessoas a minha insegurança quanto ao uso do computador na prática assistencial

		Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	Nível de significância ^{&}
discordo totalmente	N ^o	12	32	26	18	0,32
	%	80,00	84,00	76,00	90,00	
discordo um pouco	N ^o	-	2	6	2	
	%	-	5,00	18,00	10,00	
neutro	N ^o	2	3	2	-	
	%	13,00	8,00	6,00	-	
concordo um pouco	N ^o	1	1	-	-	
	%	7,00	3,00	-	-	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Foi observada, pelo teste de qui-quadrado, associação entre grupos de estudo e a assertiva sobre receber incentivo de colegas para a utilização de sistema informatizado ($p < 0,05$). Suscitando opiniões díspares entre os grupos envolvidos. Os indivíduos atuantes na gestão da saúde corroboram que recebem incentivo de colegas para utilização de um sistema informatizado. A maior parte dos médicos e enfermeiros prefere se manter neutra. Já os profissionais da odontologia declaram, predominantemente, que não recebem incentivo dos colegas (tabela 22).

Tabela 22 – Recebo incentivo de colegas para a utilização de sistema informatizado

					Nível de
					significância ^{&}
	Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	
discordo totalmente	4	9	14	8	
	27,00	24,00	41,00	40,00	
discordo um pouco	1	1	2	2	
	7,00	3,00	6,00	10,00	
neutro	3	15	12	10	0,02
	20,00	39,00	35,00	50,00	
concordo um pouco	5	5	-	-	
	33,00	13,00	-	-	
concordo totalmente	2	8	6	-	
	13,00	21,00	18,00	-	

[&]: Teste de Qui-quadrado

A maioria dos enfermeiros e dentistas alega não receber incentivo por parte do gestor para a utilização do sistema informatizado. Os gestores e médicos preferiram se manter neutros em relação a essa questão (teste de qui-quadrado, $p < 0,05$) (tabela 23).

Tabela 23 – Recebo incentivo do gestor para a utilização de sistema informatizado

		Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	Nível de significância^{&}
discordo totalmente		2	20	20	6	
		13,00	53,00	59,00	30,00	
discordo um pouco		-	3	2	-	0,02
		-	8,00	6,00	-	
neutro	Nº	5	7	8	10	
	%	33,00	18,00	24,00	50,00	
concordo um pouco		4	2	2	2	
		27,00	5,00	6,00	10,00	
concordo totalmente		4	6	2	2	
		27,00	16,00	6,00	10,00	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Observa-se, pela tabela 24, que os dentistas discordam totalmente da afirmativa de que estes recebem o incentivo do gestor para o correto preenchimento do prontuário clínico (teste de qui-quadrado, $p < 0,05$).

Tabela 24 – Recebo incentivo do gestor para o correto preenchimento do prontuário clínico

		Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	Nível de significância ^{&}
discordo totalmente		1	17	18	8	
		7,00	45,00	53,00	40,00	
discordo um pouco		1	4	4	2	<0,001
		7,00	11,00	12,00	10,00	
neutro	Nº	3	6	8	10	
	%	21,00	16,00	24,00	50,00	
concordo um pouco		3	5	2	-	
		21,00	13,00	6,00	-	
concordo totalmente		6	6	2	-	
		43,00	16,00	6,00	-	

[&]: Teste de Qui-quadrado

A maior parte dos enfermeiros e cirurgiões-dentistas afirma não receber incentivo por parte dos colegas para o correto preenchimento do prontuário clínico (tabela 25).

Tabela 25 – Recebo incentivo dos colegas para o correto preenchimento do prontuário clínico

		Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	Nível de significância^{&}
discordo totalmente		2	12	14	6	
		13,00	32,00	41,00	30,00	
discordo um pouco		2	8	2	2	0,17
		13,00	21,00	6,00	10,00	
neutro	Nº	5	8	14	8	
	%	33,00	21,00	41,00	40,00	
concordo um pouco		2	5	4	2	
		13,00	13,00	12,00	10,00	
concordo totalmente		4	5	-	2	
		27,00	13,00	-	10,00	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Pelo teste de Qui-quadrado observa-se uma associação entre profissionais e preocupação com exercer o atendimento clínico aos seus pacientes em todas as suas fases, sendo os médicos e os enfermeiros os mais preocupados (tabela 26).

Tabela 26 – Preocupo-me por não desenvolver o processo de atendimento clínico em todas as suas fases

		Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	Nível de significância ^{&}
discordo totalmente		2	1	6	-	
		13,00	3,00	18,00	-	
discordo um pouco		-	2	-	4	<0,001
		-	5,00	-	20,00	
neutro	Nº	7	7	6	-	
	%	47,00	18,00	18,00	-	
concordo um pouco		3	14	14	2	
		20,00	37,00	41,00	10,00	
concordo totalmente		3	14	8	14	
		20,00	37,00	24,00	70,00	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Observa-se, pelo teste de qui-quadrado, uma associação entre utilizar um sistema de classificação informatizado e os grupos de estudo ($p < 0,05$), sendo o grupo de enfermeiros os que concordam totalmente com essa afirmativa (tabela 27).

Tabela 27 – Desejaria utilizar um sistema de classificação (diagnóstico, intervenção e resultado) informatizado

		Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	Nível de significância ^{&}
discordo totalmente		-	-	-	2	
		-	-	-	10,00	
discordo um pouco		1	-	-	-	<0,005
		7,00	-	-	-	
neutro	N ^o	1	2	-	-	
	%	7,00	5,00	-	-	
concordo um pouco		-	4	12	4	
		-	11,00	35,00	20,00	
concordo totalmente		13	32	22	14	
		87,00	84,00	65,00	70,00	

[&]: Teste de Qui-quadrado

A tabela 28 apresenta a análise da questão sobre o desapontamento do profissional por não utilizar um sistema de classificação. Pelo teste de qui-quadrado, observa-se uma associação entre essa questão e os grupos de estudo ($p < 0,05$), sendo que os dentistas preferiram se manter neutros com relação a essa questão.

Tabela 28 – Sinto-me desapontado por não utilizar um sistema de classificação

		Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	Nível de significância ^{&}
discordo totalmente		2	1	4	-	
		13,00	3,00	12,00	-	
discordo um pouco		2	5	-	6	
		13,00	13,00	-	30,00	
neutro	Nº	3	10	14	8	0,01
	%	20,00	26,00	41,00	40,00	
concordo um pouco		4	10	12	-	
		27,00	26,00	35,00	-	
concordo totalmente		4	12	4	6	
		27,00	32,00	12,00	30,00	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Os gestores e profissionais de saúde percebem a necessidade de padronização nos prontuários clínicos (tabela 29), porém preferem se manter neutros em relação a estimular o uso dessa ferramenta pelos colegas, a exceção dos cirurgiões-dentistas, os quais revelam não conseguir desenvolver tal estímulo nos demais (tabela 30).

Tabela 29 – Percebo a necessidade de padronização nos prontuários clínicos

		Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	Nível de significância^{&}
discordo totalmente		-	1	2	2	
		-	3,00	6,00	10,00	
discordo um pouco		1	-	0	0	
	Nº %	7,00	-	0,00	0,00	
neutro		3	3	2	0	0,05
		21,00	8,00	6,00	0,00	
concordo um pouco		-	7	10	2	
		-	18,00	29,00	10,00	
concordo totalmente		10	27	20	16	
		71,00	71,00	59,00	80,00	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Tabela 30 – Não consigo estimular a necessidade de padronização dos prontuários clínicos nos colegas

		Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	Nível de significância^{&}
discordo totalmente		3	2	2	-	
		20,00	5,00	6,00	-	
discordo um pouco		1	-	-	2	<0,005
	Nº %	7,00	-	-	10,00	
neutro		9	16	12	8	
		60,00	42,00	35,00	40,00	
concordo um pouco		1	13	18	4	
		7,00	34,00	53,00	20,00	
concordo totalmente		1	7	2	6	
		7,00	18,00	6,00	30,00	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Todos os profissionais analisados alegam não conseguir participar de todas as fases do processo clínico do paciente (tabela 31).

Tabela 31 – Não consigo participar de todas as fases do processo clínico do paciente

		Gestor	Enfermeiro	Dentista	Médico	Nível de significância ^{&}
discordo totalmente		3	5	6	-	0,08
		20,00	13,00	18,00	-	
discordo um pouco		2	1	4	6	
		13,00	3,00	12,00	30,00	
neutro	N ^o	4	11	6	2	
	%	27,00	29,00	18,00	10,00	
concordo um pouco		4	14	10	4	
		27,00	37,00	29,00	20,00	
concordo totalmente		2	7	8	8	
		13,00	18,00	24,00	40,00	

[&]: Teste de Qui-quadrado

A tabela 32 apresenta a análise fatorial, onde se observa que as 27 questões respondidas através da escala de atitudes podem ser resumidas em sete fatores ou domínios, com uma variância explicada acumulada de 63,24%. Observa-se que cada um dos domínios apresenta coeficiente de Cronbach maior ou igual a 0,70 demonstrando uma boa consistência interna. Desse modo, dentre os vinte e sete enunciados que descreviam aspectos relacionados à atitude de gestores e profissionais na utilização do prontuário,

foram excluídos três, por não apresentarem a carga fatorial dentro do limite mínimo para este estudo.

Tabela 32 – Análise fatorial

Componentes Principais	Cronbach	Eigenvalues	% de Variância
<p><u>Fator 1 - Necessidade de sistema informatizado</u> 8 - Penso que se tivéssemos um sistema de prontuário eletrônico haveria mais tempo para cuidar do paciente 10 - Penso que os problemas nos registros das informações seriam minimizados com o uso de um sistema informatizado 11 - Desejaria utilizar um sistema de prontuário eletrônico 12 - Desejaria utilizar um sistema informatizado</p>	0,79	3,561	13,2%
<p><u>Fator 2 –Incentivo para uso de prontuário e sistema informatizado</u> 18 - Recebo incentivo de colegas para a utilização de sistema informatizado 19 - Recebo incentivo do gestor para a utilização de sistema informatizado 20 - Recebo incentivo do gestor para o correto preenchimento do prontuário clínico 21 - Recebo incentivo dos colegas para o correto preenchimento do prontuário clínico</p>	0,82	3,32	12,29%
<p><u>Fator 3 –Insatisfação com registro manual</u> 1 - Considero o sistema manual de prontuário clínico limitado 2 - Considero o sistema manual de prontuário clínico ultrapassado 5 - Considero desmotivante fazer o registro manual dos cuidados com o paciente 6 - Penso que o sistema manual de prontuário não satisfaz as complexas exigências do Sistema de Saúde 7 - Penso que registrar manualmente as informações é burocratizar o trabalho de atendimento ao paciente</p>	0,70	2,87	10,63%
<p><u>Fator 4 - Pouco conhecimento sobre sistemas de informação</u> 13 - Sinto dificuldades em me adaptar às mudanças que ocorrem no sistema de informação 14 - Sinto-me incapaz de utilizar a tecnologia da informática na minha prática assistencial 15 - Tenho dificuldade em dominar o conteúdo da informática</p>	0,70	2,35	8,72%
<p><u>Fator 5 –Desejo de classificar todas as fases do atendimento</u> 22 - Preocupo-me por não desenvolver o processo de atendimento clínico em todas as suas fases 23 - Desejaria utilizar um sistema de classificação (diagnóstico, intervenção e resultado) informatizado 24 - Sinto-me desapontado por não utilizar um sistema de classificação 25 - Percebo a necessidade de padronização nos prontuários clínicos</p>	0,70	1,80	6,67%
<p><u>Fator 6 - Insegurança quanto ao sistema informatizado</u> 16 - Escondo das pessoas que não domino o conhecimento sobre sistema informatizado 17 - Escondo das pessoas a minha insegurança quanto ao uso do computador na prática assistencial</p>	0,77	1,61	5,97%
<p><u>Fator 7 –Desvalorização dos registros em saúde</u> 3 - Percebo que as informações registradas no prontuário clínico não são lidas pela equipe de saúde 4 - Tenho a impressão de que as informações registradas no prontuário não são valorizadas pelos demais profissionais</p>	0,76	1,56	5,77%

DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

Este estudo pode ser enquadrado dentro do campo da avaliação em saúde. Trata-se de uma avaliação de processo, na medida em que busca aferir o conhecimento e as atividades dos indivíduos envolvidos frente ao uso do prontuário clínico (THOROGOOD & COOMBES, 2000). Difere-se de inúmeros presentes no universo acadêmico relacionados à temática de avaliação do uso de prontuários, pois versa sobre o entendimento de profissionais e gestores sobre o uso dos registros em saúde em sua vivência no contexto dos serviços de atenção primária, e não simplesmente avalia a forma com que os prontuários são preenchidos.

Apesar de ter como base o questionário proposto por Santos, Paula e Lima (2003), esta pesquisa apresentou uma maior abrangência de resultados, pois foram estudados grupos diferenciados de profissionais que atuam na rede de atenção básica (gestores e membros da equipe multiprofissional de ESF e PSB), e não apenas enfermeiros que podem ou não atuar nesse nível de atenção. Vale salientar que, embora a amostra mínima calculada tenha sido de 20 médicos, 20 enfermeiros 20 cirurgiões-dentistas e 15 gestores, foi possível aumentar a quantidade de participantes para 38 enfermeiros e 34 cirurgiões-dentistas, mantendo-se os 20 médicos e 15 gestores.

Também cabe aqui ressaltar a limitação deste trabalho quanto à representatividade do universo em questão e à significância estatística dos resultados apresentados, uma vez que a amostragem obtida não pode ser considerada representativa quando comparada com a grandeza e

heterogeneidade do universo de todos os municípios brasileiros onde está implantada a Estratégia de Saúde da Família. Cada um deles operacionaliza a estratégia de acordo com a realidade em que se encontra. Os municípios pesquisados foram escolhidos por critérios definidos dentro da proposta metodológica do trabalho, ou seja, fazem parte de uma região do estado da Paraíba onde se percebem similaridades geográficas, socioeconômicas e culturais. Os dados coletados nesta pesquisa possuem representatividade no panorama da Estratégia de Saúde da Família da região analisada e não do Brasil como um todo.

Ao longo da pesquisa de campo – período que compreendeu o intervalo entre os meses de novembro de 2012 a agosto de 2013 - foram visitadas unidades de saúde pertencentes a diversos municípios que compõem a 9ª Regional de Saúde da Paraíba. Apesar de adentrar na UBS apenas com o intuito de abordar os médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros para que respondessem o questionário, foi possível observar inúmeras discrepâncias quanto às condições estruturais, disponibilidade de maquinário, medicamentos e materiais de uso contínuo nos atendimentos da equipe. Tal situação acaba por se refletir no comprometimento dos profissionais com o serviço em que prestam e, por conseguinte, na qualidade dos atendimentos. Entretanto, existem exceções: casos em que, mesmo possuindo condições favoráveis para a realização de um bom atendimento clínico, alguns simplesmente não demonstram estar motivados para fazê-lo, do mesmo modo em que havia unidades com estrutura deficiente, mas com a assistência aos usuários sendo realizada da melhor maneira possível, o que leva a supor que a formação de

vínculo entre cada membro da equipe e a comunidade é realmente fator primordial para a melhora na qualidade no serviço.

Outro fator observado foi quanto à disponibilidade e receptividade dos profissionais frente à aplicação do questionário. Os enfermeiros se demonstraram mais dispostos a responder e devolver o questionário em tempo hábil, enquanto que médicos e cirurgiões-dentistas alegaram estar indisponíveis ou não se interessaram pela temática proposta pela pesquisa.

Quanto aos gestores, estes se demonstraram, em sua maioria, receptivos ao questionário e o responderam sem maiores objeções.

Diante dos resultados conseguidos, foi possível constatar que os secretários e coordenadores, bem como as equipes que operam nas Unidades Básicas de Saúde que compõem a 9ª Região de Saúde do estado da Paraíba são, predominantemente, mulheres pertencentes à faixa etária dos 30 a 40 anos.

O grupo formado por profissionais da enfermagem, apesar de ser repleto de profissionais especialistas, é o mais jovem e, dentre os membros da equipe multidisciplinar que atua nas Unidades de Saúde, é o que possui menor tempo de trabalho (cerca de cinco anos), o que leva a crer que estes iniciam as suas atividades laborais de enfermeiros de UBS em pleno vigor da sua capacidade técnico-científica.

Embora o grupo de dentistas seja considerado o mais velho, estes possuem um tempo de atuação profissional maior, o que, proporcionalmente, também sugere que o trabalho na atenção básica nada mais foi do que a porta de entrada desses indivíduos, quando recém-graduados, para o mercado de

trabalho. Outra semelhança reside no grau de formação, indicando a sua preocupação em concluir uma especialização, servindo de subsídio para exercer outras modalidades de trabalho que não as que essencialmente são ofertadas aos usuários que adentram na unidade de saúde.

Um dado interessante acerca do que enfermeiros e cirurgiões-dentistas afirmaram ao responderem é quanto à sua renda. A maior parcela de ambos os grupos afirmou receber dois salários mínimos. Entretanto, todos os municípios estudados possuem uma média salarial superior a três salários mínimos para esses cargos, sugerindo uma incongruência entre o que foi afirmado em questionário e a realidade existente no mercado de trabalho.

Os médicos evidenciam ser os menos preocupados em progredir cientificamente, pois, em maior percentil, são apenas graduados. Assim, infere-se que os postos de saúde são repletos de médicos jovens que lá estão apenas enquanto não ingressam em uma residência médica. A escassez de profissionais do ramo da Medicina na região implica uma valorização do cargo de médico de UBS em detrimento dos outros cargos, com o oferecimento de valores salariais mais atraentes a essa classe, motivo este pelo qual a renda desses profissionais é maior do que a dos outros.

Os gestores, embora já sejam especialistas em maioria, possuem uma média de tempo de atuação pequena (cerca de dois anos e meio). Como os cargos comissionados de secretário e coordenadores em saúde geralmente são de escolha dos membros do poder executivo de cada município - os quais só permanecem no poder por, no máximo, oito anos - existe uma relativa rotatividade de indivíduos nessas funções. O fato da remuneração média para

gerir os serviços de saúde ser apenas de dois salários mínimos, o que demonstra ser desproporcional ao volume de trabalho, torna o cargo ainda menos atrativo.

É importante frisar que a grande maioria dos profissionais atuantes na APS destacou a importância de um prontuário bem preenchido. A não utilização ou falta de atualização do prontuário na Atenção Básica pode causar problemas tanto ao profissional de saúde quanto ao paciente, uma vez que eles não terão acesso ao histórico dos períodos em que o indivíduo, quando enfermo, esteve sob tratamento, dificultando diagnósticos, escolha de tratamentos e até o fluxo de encaminhamentos que compõem o sistema de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção à saúde. Entretanto, quase a metade dos médicos, CDs, e enfermeiros (percentagem variando entre 35 – 41,2%) afirmou que não dispõe esse serviço para os seus pacientes, fato que leva a crer que existe algum problema decorrente da gestão ou da própria equipe desencadeando tal desuso.

Dos vinte e sete enunciados respondidos no questionário, apenas vinte e quatro obtiveram carga fatorial significativa, ou seja, maior ou igual a 0,70. Dessa forma, os sete domínios ou fatores identificados receberam a seguinte interpretação de acordo com o agrupamento fatorial:

a) Fator 1 – Necessidade de sistema informatizado: É interessante atentar para o quão significativo para gestores e trabalhadores da atenção primária em saúde seria o uso de um sistema de prontuário informatizado, de modo a registrar os atendimentos do paciente com mais rapidez e

confiabilidade, fato que permite ao profissional dispendir mais tempo no exame clínico e execução de procedimentos.

Sistemas de Informação Computadorizados são criados quando se agregam vários computadores, formando uma rede. Essa rede utiliza uma base de dados e outros programas, os quais são operados continuamente por uma ou mais pessoas ao longo de um período de tempo. De maneira geral, esses sistemas realizam tarefas que contribuem para o funcionamento de uma organização, seja de caráter público ou privado. No momento em que os dados manipulados pelo sistema fazem sentido para o funcionamento da organização, eles geram informação (FERNANDES, 2013).

O propósito do sistema de informação automatizado é organizar os dados de modo a torna-los mais acessíveis. Mas, para isso, é indispensável que o trabalho dos profissionais de saúde obedeça a normas e rotinas (SANTOS; PAULA; LIMA, 2003).

Existem alguns estudos norte-americanos que analisaram a relação entre registros eletrônicos e melhoria na qualidade da atenção. Linder et al. (2007), após analisarem o uso dos registros eletrônicos dentro dos Estados Unidos, tendo como base 17 indicadores de qualidade ambulatorial, não encontraram associação entre esses registros em saúde e a melhoria da qualidade nos atendimentos ambulatoriais. No entanto, Adams et al. (2003) relataram que o uso de registros em saúde eletrônicos é primordial para a melhoria da qualidade dos atendimentos pediátricos e serviços de prevenção. Wager et al. (2000) indicam que implementação de sistema de registro eletrônico em clínicas de Atenção Primária à Saúde implica mudanças

no gerenciamento do prontuário do paciente, na estrutura organizacional do serviço e ainda na comunicação entre os profissionais.

Para Perez e Zwicker (2010), o uso de sistema de informação na área de saúde constitui descentralização de tarefas, uma vez que diferentes grupos de pessoas (médicos, enfermeiros, profissionais de apoio e assistentes sociais) podem ser usuários dos mesmos sistemas, visando o melhor atendimento aos pacientes.

b) Fator 2 – Incentivo para uso de prontuário e sistema informatizado: Pode-se perceber, conforme o que asseguram os profissionais, que não é comum haver incentivo por parte dos colegas no correto preenchimento do prontuário clínico e também na utilização de sistema informatizado.

Sabe-se que o sistema de prontuário eletrônico do paciente é um instrumento fundamental de um Sistema de Informação Hospitalar (SIH), como instrumento para a tomada de decisão. Assim, o PEP aliado ao enlace das redes de computadores com as redes de comunicação, sejam elas eletrônicas, virtuais ou humanas, impõe um novo modus operandi na gestão hospitalar e nos serviços de saúde (CUNHA; SILVA, 2005).

Segundo Zurita e colaboradores (2010), a utilização dos Sistemas de Informação de Saúde é estruturante para a qualidade de dados e uma ferramenta essencial na avaliação dos serviços e ações de saúde, salientando a necessidade de uniformização de critérios e estabelecimento de conexões com outros sistemas de informação para, desse modo, subsidiar as decisões de gestão.

No momento em que foram inquiridos se recebiam incentivos por parte da gestão em saúde, os profissionais da medicina, enfermagem e odontologia foram categóricos em se posicionar negativamente, alegando não receberem apoio da gestão para manter o prontuário preenchido e tampouco para utilizar a sua variável informatizada. O desenvolvimento e aperfeiçoamento de abordagens, técnicas e métodos para a avaliação da cobertura assistencial por parte dos gestores dos serviços de saúde auxiliam no processo de tomada de decisão. Tal avaliação pode se apoiar tanto em dados produzidos pelos sistemas de informação em saúde quanto em dados rotineiros produzidos pelos serviços (CARDOSO; VIEIRA-DA-SILVA, 2012). Outro fator de competência da gestão que contribui para a melhoria da qualidade da assistência é a liberação dos profissionais durante os seus períodos de trabalho para momentos de capacitação, garantindo maior participação, sobretudo, daqueles que possuem duas ou mais atividades laborais (VITURI; MATSUDA, 2009).

Em pesquisa realizada por Pereira et al. (2008) com equipes de saúde da família e Coordenações Municipais de Saúde, nos Estados do Maranhão, Tocantins, Pará e Amapá, no período de 2005 a 2006, foi detectado que, embora a maior parte dos gestores afirmem que suas equipes de PSF usam o prontuário, os profissionais relatam que possuem as dificuldades de implantação do instrumento por falta de material e de capacitação, destacando a falta de estímulo por parte da gestão em saúde.

c) Fator 3 – Insatisfação com registro manual: Para Prado e Fujimori (2006), o registro em prontuário deve ser considerado como sendo uma boa

prática dos profissionais de saúde, que confere ou agrega valor ao princípio da integralidade da atenção ao usuário. A presença de registro de todas as características do processo de atendimento contribui para que haja a continuidade da prestação do cuidado, associando-se a arranjos dos serviços para que a atenção oferecida apresente uma sucessão ininterrupta de eventos (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008).

É nítida a insatisfação de gestores, enfermeiros, médicos e, sobretudo, CDs com o atual sistema de registro, considerando-o limitado e ultrapassado. Santos, Paula e Lima (2003), afirmam que, a despeito de todo o avanço tecnológico ocorrido nos últimos anos, muitas instituições ainda utilizam o método manual de registro no prontuário, embora também o considerem um instrumento limitado e ultrapassado, devido a grande possibilidade de haver problemas no uso desse sistema, tais como perda de informações pessoais e clínicas, e até mesmo falhas no armazenamento dos prontuários escritos manualmente, o que dificulta o resgate de dados para fins de análise, pesquisa e incremento da assistência. Assim, para dentistas, médicos e gestores, o sistema manual de registro não satisfaz a complexidade que constitui o Sistema Único de Saúde. A opinião dos enfermeiros do presente estudo, discordante dos demais grupos, encontra respaldo na opinião retratada pelo grupo de profissionais da enfermagem estudados por Souza e Santos (2009), que destacam como vantagem da forma manual de registro o fato de ser de fácil manuseio, podendo ser transportada para todos os espaços.

Gonçalves e colaboradores (2013), ao observarem o uso do prontuário por Equipes de Saúde da família em Montes Claros (MG),

constataram que os registros apresentavam condições precárias, como rasuras, preenchimentos inadequados, incompletos, ilegíveis e com informações sucintas, o que vem a corroborar a falta de confiabilidade e a fragilidade no apoio à decisão clínica, prejudicando a atenção ao usuário e prejudicando a atuação dos profissionais e gestores como um todo. Souza e Santos (2009) afirmam em sua pesquisa que, nos prontuários em papel, são frequentes as incorreções ou omissões de registros, além da presença de erros ortográficos e gramaticais e emprego de termos generalistas, o que pode provocar distorções nas informações.

Muitos profissionais alegam que registrar todos os dados clínicos do usuário demanda bastante tempo e prioriza a escrita do prontuário em detrimento dos cuidados com paciente, burocratizando o trabalho de consulta. É o que sugerem gestores e enfermeiros, embora os dentistas e médicos discordem, provavelmente em razão do primeiro grupo trabalhar bem mais com registro manual de dados (a exemplo de fichas de notificação de doenças), fato que desmotiva a utilização de prontuário escrito. O segundo grupo se caracteriza por recorrer bastante à história clínica do doente nas suas atividades laborais. Contudo estes alegaram que não definiam o sistema manual de prontuário como desmotivante.

d) Fator 4 – Pouco conhecimento sobre sistemas de informação: O grupo de variáveis que compõe esse fator revela que, embora gestores e trabalhadores da AB destaquem a importância de se trabalhar com um sistema de prontuário informatizado, não se encontram devidamente familiarizados com a evolução constante na área da tecnologia da informação. Todavia, relatam

serem capazes de usar o computador na prática assistencial e dominar o conteúdo da informática.

Em pesquisa de Lopes Dias (2008), envolvendo médicos e hospitais de Belo Horizonte, foi percebida certa resistência dos profissionais de saúde ao sistema informatizado em decorrência da falta de habilidade no uso do computador, embora em nenhuma unidade os profissionais tenham se posicionado desfavoráveis ao PEP.

De acordo com Saltman, Rico e Boerma (2006), muitos profissionais que atuam na atenção à saúde creem que a formação atual sobre o uso de computadores pode ser deficitária e pouco atraente, o que dificulta a abordagem desses trabalhadores no processo de implantação dos sistemas eletrônicos. Considerando que todos os grupos participantes da pesquisa têm médias de idade maiores do que 31 anos, é possível sugerir que grande parte destes faz parte de uma geração mais familiarizada com as inúmeras e frequentes mudanças que ocorrem na área tecnológica, uma vez que conviveram em meio a inovações na tecnologia. Existe a tendência de que, nos próximos anos, gestores e profissionais de saúde estejam cada vez mais envolvidos com esse conhecimento tão indispensável para a melhoria da qualidade e produtividade da atenção.

e) Fator 5 – Desejo de classificar todas as fases do atendimento: Observa-se que existe interesse entre profissionais da APS em desenvolver, na sua prática assistencial, o processo de atendimento clínico em todas as suas fases (diagnóstico, intervenção, resultados), as quais proporcionam um canal mais eficiente e consistente de comunicação entre os profissionais.

Gestores e enfermeiros relataram desapontamento por não utilizarem um sistema de classificação. Segundo Santos, Paula e Lima (2003), a utilização de sistemas de classificação nos atendimentos, além de estabelecer padrões de cuidado, permite uma melhoria na qualidade da assistência, por meio da sistematização, registro e quantificação do que os profissionais de saúde registram nos prontuários. Dentre os reveses para a utilização de sistemas de classificação, destacam-se a falta de divulgação, carência de rotina para se desenvolver sistematicamente esse processo e ausência de padronização nos prontuários clínicos.

Todos os grupos destacaram a necessidade de padronização dos prontuários clínicos. Em um estudo de Escosteguy e colaboradores (2005), sobre os fatores associados à variação do risco de óbito hospitalar no infarto agudo do miocárdio, o prontuário foi considerado superior aos formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) no que concerne a uma melhor possibilidade de controle da gravidade dos casos e do processo da assistência. Uma vez que os registros em saúde são padronizados, existe maior facilidade entre os trabalhadores da saúde para interpretar as anotações e avaliar e reavaliar condutas clínicas.

Foi relatado também o desejo de utilizar um sistema de classificação de caráter informatizado. Em pesquisa realizada na cidade de Belo Horizonte (MG), onde foram ouvidas as opiniões dos profissionais de saúde sobre o uso do prontuário eletrônico do paciente, dos 27 entrevistados, 14 profissionais afirmaram que a utilização dos protocolos recomendados pelo programa eletrônico ajuda a padronizar o atendimento, e 25 deles citaram a garantia de

acesso rápido e a facilidade do compartilhamento de informações (MOURÃO; NEVES, 2007).

f) Fator 6 – Insegurança quanto ao sistema informatizado: Todos os grupos analisados são categóricos em afirmar que possuem conhecimento suficiente sobre sistemas informatizados de registros clínicos, bem como não demonstram insegurança quanto ao uso do computador na prática assistencial. Esses resultados contrariam os achados de uma pesquisa realizada por Souza e Santos (2009), sobre a concepção de profissionais de enfermagem sobre a utilização de registros em saúde, na qual foi possível perceber que os profissionais da saúde não se encontram familiarizados com o uso da tecnologia de informação, o que dificulta e causa insegurança no uso do computador.

Em pesquisa realizada por sobre o posicionamento de profissionais de saúde acerca da implantação do sistema de prontuários eletrônicos em serviços de saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (MOURÃO; NEVES, 2007), mais de 50% dos profissionais analisados, afirmaram gastar mais tempo com o atendimento de um Paciente utilizando o PEP do que quando utilizava o prontuário em papel, devido a, dentre outros fatores, dificuldade em lidar com a informatização.

De acordo com Gambi, Ferreira e Galvão (2013) o início do processo de informatização pode gerar insegurança, mas essas incertezas podem ser superadas através do uso adequado e o domínio na utilização das ferramentas instituídas nesse processo de transição. O uso de sistemas informatizados gera

no indivíduo a crença de que seu desempenho no trabalho será melhorado e isso o levará a fazer o seu uso.

g) Fator 7 – Desvalorização dos registros em saúde: É importante frisar que este conjunto de variáveis apontou uma falha em um dos itens primordiais para uma assistência integral ao usuário do serviço de saúde: o trabalho em equipe. A partir do momento em que gestores e profissionais alegaram que as informações registradas no prontuário clínico do paciente não são lidas nem valorizadas pelos demais profissionais da equipe, foi destacada a falta de comunicação entre os colegas e o interesse dos profissionais em ler apenas os seus próprios registros.

Não se deve desvalorizar nada do que está escrito no prontuário. Weissman e colaboradores (2008) estabeleceram uma comparação entre o relato de pacientes entrevistados acerca do cuidado recebido e seus respectivos registros médicos. Dos pacientes entrevistados, 23% tinham sofrido algum evento adverso, mas apenas 11% dos respectivos prontuários revelaram algum problema no cuidado recebido. Caso os profissionais de saúde se detenham apenas ao que anotarem, será maior a probabilidade de ignorar algum dado clínico importante que pode influenciar na resposta do paciente ao tratamento.

O atendimento odontológico é registrado em prontuário diferente do usado pelos demais membros da equipe de saúde, funcionando com normas e registros próprios, muitas vezes desconhecidos pelo restante dos profissionais (SCOCHI, 1994). Entretanto, os médicos afirmaram que suas anotações são acessadas por seus colegas, provavelmente devido ao fato de que,

geralmente, é o profissional da medicina que registra a maior quantidade de dados clínicos no momento da anamnese. Problemas como alergias, hipertensão e diabetes, por exemplo, também são importantes nos momentos de tomada de decisão clínica das outras especialidades que integram a UBS.

Souza e Santos (2009), versam que os enfermeiros têm predileção pelo prontuário unificado, devido à facilidade de acesso às informações de outros profissionais, fato que permite fazer uma maior intervenção da parte da enfermagem e personalizar a assistência.

Os sete fatores identificados refletem a necessidade de mudanças na forma de desenvolver os registros em saúde e no processo de sistematização do cuidado. Espera-se que gestores, dentistas, médicos e enfermeiros busquem alternativas que facilitem seu trabalho e possibilitem maior aproximação na relação profissional-paciente, atentando-se para os benefícios decorrentes do uso de sistemas de informação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relacionamento existente entre o paciente e o profissional de saúde envolve aspectos clínicos, éticos e jurídicos, permeando, desse modo, entre diversas vertentes da saúde e do direito. A questão da informação é uma necessidade real e atual, que deve ser tratada pelos envolvidos no processo de atenção básica da saúde de modo profilático e não ser vista como um fardo, conforme pensam e agem, alguns profissionais.

Não se pode formular um documento, por mais completo que seja, que contenha todas as intercorrências que podem acontecer durante a terapêutica, tampouco que possa contemplar a individualidade de cada paciente, no seu aspecto biopsicossocial. Porém, não há como desconsiderar a importância de se registrar o acompanhamento do paciente, sobretudo nos atendimentos realizados nos serviços de atenção básica. O prontuário familiar deve ser considerado um instrumento de trabalho decisivo para aferir a qualidade da atenção dada pela equipe de saúde à família, reunindo as informações necessárias à continuidade dos cuidados à saúde de seus membros. E, além de servir de subsídio aos processos de gestão em saúde (formulação, implementação e avaliação de políticas públicas), destina-se ao ensino e à pesquisa em saúde e é elemento fundamental em casos de auditoria ou de conflitos legais e éticos.

Além desses predicados, os registros em saúde contêm um elemento subjetivo bastante significativo, sobretudo no trabalho exercido pelos profissionais que atuam nos serviços de atenção básica: possibilitam o

estabelecimento de vínculo do profissional com o usuário. O paciente sente-se cuidado e acompanhado a cada atendimento prestado.

O Prontuário Eletrônico do Paciente se confirma como uma opção bastante vantajosa para ser instituída nos atendimentos. Todavia, a utilização de um sistema informatizado nem sempre é bem quista por gestores e profissionais da AB, pois carece de treinamento de profissionais e da presença de condições estruturais mínimas, a exemplo da existência de computadores em cada UBS, fato que demanda investimentos consideráveis por parte da gestão em saúde, bem como esforço dos profissionais em se adaptar a essa nova realidade.

É importante que exista, por parte dos secretários de saúde, uma constante avaliação externa dos serviços de atenção básica que compõem a rede municipal, de modo a sinalizar o nível de conformidade com os padrões de qualidade requeridos, inclusive quanto ao uso dos prontuários de cada usuário dos serviços de saúde. Uma vez que os responsáveis por gerir a saúde do município treinam e estimulam as equipes da ESF, estas passam a demonstrar domínio na utilização de prontuários familiares.

Assim sendo, os profissionais da atenção básica devem criar e desenvolver uma consciência profunda de sua responsabilidade como sendo o primeiro contato do usuário com o Sistema Único de Saúde, procurando desenvolver e praticar em seu ofício, atitudes éticas, comportamentos morais, atualizações científicas constantes, um eficiente e organizado sistema de documentação e um relacionamento amistoso e por vezes até caritativo com seus pacientes, contribuindo, portanto, para que as comunidades e indivíduos

que necessitam da sua atenção possam conquistar uma vida mais saudável e de melhor qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMS, W. G.; MANN, A. M.; BAUCHNER, H. Use of an Electronic Medical Record Improves the Quality of Urban Pediatric Primary Care. **Pediatrics**, v. 111, n. 3, p. 626-632, 2003.

AGUIAR, Z, N. **SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

ALVES, V. L. S. **Gestão da qualidade: ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde**. 2ª ed. São Paulo: Martinari, 2012.

ARAÚJO, Viviane Souza de. **A validade jurídica dos documentos eletrônicos como meio de prova no processo civil**. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/viewFile/2878/2171>. Porto Alegre, 2007. Acesso em Dez 2012.

BODENHEIMER, T.; GRUMBACH, K. **Electronic technology: a spark to revitalize primary care?** JAMA 2003; 290:259-64. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=196876>. Acesso em Jan 2013.

BOTAZZO, C. **Unidade Básica de Saúde: A porta do sistema revisitada**. Bauru: EDUSC, 1999.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p.

_____. Código Penal. **Vade Mecum Saraiva**. Ed. Saraiva, 2012.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003.

_____. Diário Oficial da União. **Lei nº 8080/90**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e

o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília – DF, 19 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. CNES: **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde** [homepage na Internet]. Brasília – DF. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 12 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **MEDIDA PROVISÓRIA No 2.200-2, DE 24 DE AGOSTO DE 2001**. Institui a Infra-Estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil, transforma o Instituto Nacional de Tecnologia da Informação em autarquia, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/Antigas_2001/2200-2.htm. Acesso em Jan 2013.

BROUWER, H.; BINDELS, P.; WEERT, H. **Data quality improvement in general practice**. *Fam Pract* 2006; 23:529-36.

CALLEGARI-JACQUES, SM. **Bioestatística: Princípios e Aplicações**. Porto Alegre: Ed. ARTMED, 2003.

CARDOSO, M. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, jul. 2012. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000700006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2013.

CARVALHO, G. P. **Prontuário clínico digital em odontologia**. *J. Amer. Orthodont.*, v. 3, n. 23, p. 21-6, 2000.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº. 1638, de 10 de julho de 2002.** Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. Diário Oficial da União; 09 de agosto de 2002.

_____. **Resolução CFM nº. 1821, de 11 de julho de 2007.** Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Diário Oficial da União; 09 de novembro de 2007.

CFO - CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução CFO nº. 91, de 20 de agosto de 2009.** Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização, uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, quanto aos Requisitos de Segurança em Documentos Eletrônicos em Saúde. Disponível em: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/ato-normativo/?id=1360>. Acesso em: 20 jul. 2013.

_____. **Resolução CFO nº. 118, de 11 de maio de 2012.** Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-42/2003 e aprova outro em substituição. Disponível em: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/ato-normativo/?id=1360>. Acesso em: 20 jul. 2013.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 311, de 08 de fevereiro de 2007.** Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf. Acesso em: 20 jul. 2013.

_____. **Resolução COFEN nº 429, de 30 de maio de 2012.** Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2012/iels.jun.12/lel_s108/U_RS-COFEN-429_300512.pdf. Acesso em: 20 jul. 2013.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários. **Atenção Primária, seminário para a estruturação de consensos**. Série CONASS documenta, caderno de informação técnica e memória de Progestores. Brasília, n. 2, 2004.

CONILL E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Públ.** 2004; 20(5): 1417-23.

CUNHA, F. J. A.; SILVA, H. P. **O prontuário eletrônico do paciente como unidade de transferência e criação de conhecimento**. In: ENCONTRO NACIONAL DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO - CINFORM, 6., Salvador, 14 a 17 de julho de 2005.

DINIZ, Maria Helena, **Curso de direito civil brasileiro: teoria das obrigações contratuais e extracontratuais**. São Paulo: Saraiva, 2002. p. 192 - 193.

ESCOSTEGUY, C. C. et al . AIH versus prontuário médico no estudo do risco de óbito hospitalar no infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, ago. 2005
Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 set. 2013.

FERNANDES, J. H. C. **Sistemas de Informação Computadorizados**. Disponível em:
http://www.cic.unb.br/~jhcf/MyBooks/iti/Sistemas%20de%20Informacao/sistema_sdeinformacaocomputacionais.html. Acesso em: 05 ago. 2013.

FERREIRA, T. S.; SOUZA-BRAGA, A. L.; CAVALCANTI-VALENTE, G. S.; FERREIRA DE SOUZA, D.; CARVALHO-ALVES, E. M. Auditoria em enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. **Revista Aquichan**, v. 9, n. 1, abril, 2009, p. 38-49.

FREIRE, M.; DAVINI, J.; CAMARGO, F.; MARTINS, M. C. **Observação, registro, reflexão instrumentos Metodológicos I**. São Paulo (SP): Artcolor; 1997.

GANDINI, J. A. D. ; SALOMÃO, D. P. S. ; JACOB, C. **A Validade jurídica dos documentos digitais**. Jus Navegandi, Teresina, ano6, n58, Ago. 2002. Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/3165/a-validade-juridica-dos-documentos-digitais>. Acessado em Jan 2013.

GAMBI, E. M. F.; FERREIRA, J. B. B.; GALVÃO, M. C. B. A transição do prontuário do paciente em suporte papel para o prontuário eletrônico do paciente e seu impacto para os profissionais de um arquivo de instituição de saúde. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.7, n.2, Jun., 2013. Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/641/1564>. Acesso em: 20 out. 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas; 1994.

GONÇALVES, J. P. P. et al. Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, Mar. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 ago. 2013.

GUIMARÃES, E. M. P. & ÉVORA, Y. D. M. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 33, n. 1, p. 72-80, jan./abr. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil**. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e de proteção à saúde. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2008.

_____. **Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/censo2010/dados_divulgados/index.php?uf=25>. Acesso em Jan 2012.

JUNQUEIRA, C.R.; RODE, S.M. **Ética na Odontologia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. 110p.

KLEINBAUM D. G, KUPPER L.L., MULLER K.E., NIZAM A. **Applied regression analysis and other multivariable methods**. Belmont, Duxbury Press, 1998.

LINDER, J. A. et al. Electronic health record use and the quality of ambulatory care in the United States. **Archives of Internal Medicine**, v. 167, n. 13, p. 1400-1405, 2007.

LOPES DIAS, J. A utilização do prontuário eletrônico do paciente pelos hospitais de Belo Horizonte. **Revista TEXTOS de la CiberSociedad**. 2008;16. Disponível em: <http://www.cibersociedad.net/textos/articulo.php?art=194>. Acesso em: 21 fev. 2013

MACIEL, S. M. L; XAVIER, Y. M. A; LEITE, P. H. A. S. L; ALVES, P. M. A. Documentação odontológica e a sua importância nas relações de consumo: um estudo na cidade de Campina Grande - PB. **Pesq. Bras. em Odontop. e Clin. Integ.** João Pessoa, v. 3, n. 2, p. 53-58, jul./dez. 2003.

MAJEED, A. Ten ways to improve information technology in the NHS. **BMJ** 2003; 326:202-5. Disponível em: <http://www.bmj.com/highwire/section-pdf/8734/2/1>. Acesso em Fev 2013.

MARCACINI, A. T. R. **O Documento Eletrônico como Meio de Prova**. Disponível em: <http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas/files/journals/2/articles/27165/public/27165-27175-1-PB.htm>, 1999. Acesso em Dez 2012.

MARQUES, Antônio Terêncio G. L. **A prova documental na internet**. Curitiba: Juruá, 2007. p. 122.

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

MENDES, EV. **A atenção primária à saúde no SUS**. São Paulo: Mimeo, 2002.

MEZZOMO, A. A. **Serviço do prontuário do paciente**, 4.^a ed., São Paulo: Cedas; 1991.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual do prontuário de saúde da família**. Belo Horizonte: SES/MG, 2007.254 p.

MOTA, E. L. A.; CARVALHO, D. M. Sistemas de informação em saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p.505-521.

MOURÃO, A. D.; NEVES, J. T. R. Impactos da Implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente sobre o Trabalho dos Profissionais de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. In: Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia SEGET 2007, 2007, Resende. **Anais...** Resende: AEDB, 2007.

OLIVEIRA T. L. R.; GIRIKO C. H.; PALOMO DM, DROVETTO JR A. S.; CARVALHO A. C. **Experiência de implantação de um prontuário eletrônico do paciente no projeto hemiplegia**. X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. 2006. p.1224-6. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2006/inic/inic/06/INIC0000833ok.pdf

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **O Prontuário Eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. Washington, DC: OPAS/OMS, 2003.

PATRÍCIO, C. M. et al. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 121-131, 2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/8723/6722>>. Acesso em: 17 out. 2012.

PAVÃO, A. L. B. et al . Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 14, n. 4, dez. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000400012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2013.

PEREIRA, A. T. S. et al . O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Jun 2012.

PEREZ, G.; ZWICKER, R. Fatores determinantes da adoção de sistemas de informação na área de saúde: um estudo sobre o prontuário médico eletrônico. **RAM** - Vol. 11, N. 1. São Paulo. jan./fev. 2010.

PINHEIRO, R.; LOBO, A. J. B. A importância do prontuário do paciente. **Revista Universo Acadêmico**, Ed. 07, p. 97-108, Nova Venécia, jan./jul. 2005.

PINHEIRO, M. B. G. N. Avaliação da Qualidade de Vida de trabalhadores da Indústria de Calçados do sertão Paraibano. [Dissertação]. Santos: Universidade Católica de Santos; 2013.

PINTO, V. B. Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de Informação e comunicação do domínio da saúde. **Revista Eletrônica Biblioteconomia e Ciência da Informação**, Florianópolis, v. 11, n. 21, p. 34-48. 1 sem. 2006. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/147/14702104.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2013.

PRADO, S. R. L. A.; FUJIMORI, E. Registro em prontuário de crianças e a prática da integralidade. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 59, n. 1, fev. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jul. 2013.

RATTER D.. A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta. **Cad. Saúde Pública**. 1996; Rio de Janeiro, 12(2): 21-32.

RIOLINO, A.N.; KLIUKAS, G.B.V. Relato de experiência de Enfermeiras no campo de auditoria de prontuário: uma ação inovadora. **Revista Nursing**. 65(6): 35-8; out. 2003.

SALES-PERES, A; SALES-PERES, S. H. C; SILVA, R. H. A; RAMIRES, I. **O novo Código de Ética Odontológica e atuação clínica do cirurgião-dentista: uma reflexão crítica das alterações promovidas**. *Rev Odontol Araçatuba*, v. 25, n.2, p. 09-13, jul/dez 2004.

SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. **Primary care in the driver's seat? organizational reform in European primary care**. Berkshire: open University press; 2006.

SAMPAIO, A. C.; BARROS, M. D. A. **Avaliação do preenchimento de prontuários e fichas clínicas médicas no IV Distrito Sanitário, Recife/PE**. Recife: Editora da Universidade de Pernambuco, 2007. 102 p.

SANTOS, N. M. **A gestão do prontuário do paciente com ênfase na atuação da comissão permanente de avaliação de documentos**. 2010. 57 f.. Trabalho de conclusão de curso (Graduação Arquivologia) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Ciência da Informação, Salvador, 2010.

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

SARTI, T.D.; ANDERSON, M. I. P.; MARTO, R. H. Registros clínicos e atenção primária: reflexões frente à abordagem biopsicosocial. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 4, p. 413-420, out./dez. 2008.

SCOCHI, M. J. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, (estado do Paraná, Brasil), 1991: um exercício de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, set. 1994
Disponível em
<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2013.

SILVA, M. **Compêndio de odontologia legal**. Rio de Janeiro: Ed. Medsi, 1997.

SOUZA, R. R. **O Sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SOUZA, A. K. D.; SANTOS, S. R. Registro de Informações de Enfermagem na Concepção de Enfermeiros. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.14, n.3, p.527-534. jul/set, 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16184/10703>>. Acesso em: 14 nov. 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade em saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde/UNESCO, 2004.

THIRU, K.; HASSEY, A.; SULLIVAN, F. **Systematic review of scope and quality of electronic patient record data in primary care**. BMJ 2003; 326:1070-2. Disponível em: http://www.bmj.com/highwire/filestream/355762/field_highwire_article_pdf_abri/0.pdf. Acesso em Mar 2013.

THOROGOOD, M.; COOMBES, Y. **Evaluating Health Promotion: Practice and Methods**. London, Oxford University Press, 2000.

TREVISAN, A. C. Papel ou arquivo eletrônico?. Disponível em: <http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas/files/journals/2/articles/5744/public/5744-5736-1-PB.htm>, 2005. Acesso em Dez 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina. Departamento de Informática em Saúde. **Sistemas de informação em saúde**. São Paulo: Faculdade de Medicina da UNIFESP, 2000.

VANRELL, J. P. **Odontologia Legal e Antropologia Forense**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

VANRELL, J. P.; BORBOREMA, M. L. **A responsabilidade civil do cirurgião-dentista**. Disponível em: www.abml-medicinalegal.org.br/artigos/responsabilidadecivil.pdf. Acesso em: Jan. 2013.

VASCONCELLOS, M.M.; GRIBEL, E.B.; MORAES, I.H.S.. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 2008; 24(1):173-182.

VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, June 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 jul. 2013.

WAGER, K. A. et al. Impact of an electronic medical record system on community-based primary care practices. **The Journal of the American Board of Family Practice**, v. 13, n. 5, p. 338-348, 2000.

WAINER, J. Princípios que devem reger um prontuário único do paciente, **Revista TEXTOS de la CiberSociedad**; 2008. Disponível em <http://www.cibersociedad.net/textos/articulo.php?art=193>

WEISSMAN, J. S. et al. Comparing patient-reported hospital adverse events with medical record review: do patients know something that hospitals do not?. **Annals of Internal Medicine**, v. 149, n. 2, p. 100-108, 2008.

WHO (World Health Organization). **The Ottawa Charter for Health Promotion**. First International Conference of Health Promotion. Ottawa, 1986. Disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf. Acesso em Jan. 2013.

ZURITA, R. C. M. et al. Análise de correspondência para avaliação dos registros das informações dos recém nascidos de risco. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, dez. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 17 jul. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA DE APRESENTAÇÃO

Prezado Sr(a).,

Eu, BRUNO VIEIRA CARIRY, aluno do Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Saúde Coletiva na Universidade Católica de Santos, sob orientação da Profa. Dra. Lourdes Conceição Martins, venho pelo meio desta, solicitar autorização para a realização da coleta de dados do meu trabalho de mestrado com o título: **“Avaliação do interesse dos profissionais atuantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no que concerne ao uso de prontuários e fichas clínicas nos serviços de Atenção Básica dos municípios que compõem a 9ª Região de Saúde da Paraíba”**.

O Sr(a). preencherá um questionário anonimamente contendo informações biodemográficas e de atitudes frente ao uso de prontuário. O questionário é anônimo composto por questões auto-aplicadas através de uma escala Likert variando de 1 (discordo totalmente) até 5 (concordo totalmente), portanto o senhor o preencherá sozinho, se por acaso encontrar alguma dificuldade o pesquisador responsável lhe ajudará no esclarecimento e preenchimento do questionário.

Se alguma questão lhe causar algum tipo de constrangimento ou desconforto poderá deixá-la sem resposta.

A sua participação possibilitará o conhecimento das atitudes frente a utilização do prontuário de saúde.

O projeto passou pela avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria e foi iniciado somente após sua aprovação. Se o Sr(a). concordar em participar deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde estará explicado todo o processo em que serão submetidos e que permitirá sua desistência em qualquer momento da pesquisa sem quaisquer prejuízos. Colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários pelo telefone 83 9600 0315.

Profa. Dra. Lourdes Conceição Martins Bruno Vieira Cariry

APÊNDICE B – MODELO DE QUESTIONÁRIO APLICADO NA PESQUISA

Idade:_____ (anos) Sexo: () F () M

Formação: () Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado

() Outra:_____

Função:_____

Tempo de trabalho nessa função:_____ (anos)

Renda: () 1 sm. () 2 a 4 sm. () 5 a 7 sm. () mais de 7 sm.

Usa o prontuário em seus atendimentos? () Sim () Não

O Sr(a).acha importante um prontuário bem preenchido: () Sim () Não

Se sim, por que:_____.

Se não, Por que:_____.

O Sr(a). acha importante a implantação do prontuário eletrônico:

() Sim () Não

Se sim, por que:_____

Se não, Por que:_____

Baseado na escala descrita abaixo que vai de 1=discordo totalmente até 5=concordo totalmente, assinale a resposta às questões:

1=discordo totalmente 2=discordo um pouco 3=neutro 4= concordo um pouco 5= concordo totalmente

Questões	1	2	3	4	5
1. Considero o sistema manual de prontuário clínico limitado					
2. Considero o sistema manual de prontuário clínico ultrapassado					
3. Percebo que as informações registradas no prontuário clínico não são lidas pela equipe de saúde					
4. Tenho a impressão de que as informações registradas no prontuário não são valorizadas pelos demais profissionais					
5. Considero desmotivante fazer o registro manual dos cuidados com o paciente					
6. Penso que o sistema manual de prontuário não satisfaz as complexas exigências do Sistema de Saúde					
7. Penso que registrar manualmente as informações é burocratizar o trabalho de atendimento ao paciente					
8. Penso que se tivéssemos um sistema de prontuário eletrônico haveria mais tempo para cuidar do paciente					
9. Considero o registro correto do prontuário clínico indispensável para nortear a continuidade da assistência					
10. Penso que os problemas nos registros das informações seriam minimizados com o uso de um sistema informatizado					
11. Desejaria utilizar um sistema de prontuário eletrônico					
12. Desejaria utilizar um sistema informatizado					
13. Sinto dificuldades em me adaptar às mudanças que ocorrem no sistema de informação					
14. Sinto-me incapaz de utilizar a tecnologia da informática na minha prática assistencial					
15. Tenho dificuldade em dominar o conteúdo da informática					
16. Escondo das pessoas que não domino o conhecimento sobre sistema informatizado					
17. Escondo das pessoas a minha insegurança quanto ao uso do computador na prática assistencial					
18. Recebo incentivo de colegas para a utilização de sistema informatizado					
19. Recebo incentivo do gestor para a utilização de sistema informatizado					
20. Recebo incentivo do gestor para o correto preenchimento do prontuário clínico					
21. Recebo incentivo dos colegas para o correto preenchimento do prontuário clínico					
22. Preocupo-me por não desenvolver o processo de atendimento clínico em todas as suas fases					
23. Desejaria utilizar um sistema de classificação (diagnóstico, intervenção e resultado) informatizado					
24. Sinto-me desapontado por não utilizar um sistema de classificação					
25. Percebo a necessidade de padronização nos prontuários clínicos					
26. Não consigo estimular a necessidade de padronização dos prontuários clínicos nos colegas					
27. Não consigo participar de todas as fases do processo clínico do paciente					

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
TCLE**

(De acordo com a resolução 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde, item IV)

Prezado(a) Sr(a),

Eu, Bruno Vieira Cariry, aluno do Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Saúde Coletiva na Universidade Católica de Santos, estou desenvolvendo uma pesquisa que é parte da minha dissertação de Mestrado. O estudo tem finalidades acadêmicas, assim como a divulgação científica de seus resultados. O objetivo deste projeto é a avaliação do interesse dos profissionais atuantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no que concerne ao uso de prontuários e fichas clínicas nos serviços de Atenção Básica dos municípios que compõem a 9ª Região de Saúde da Paraíba.

As informações necessárias serão obtidas através da aplicação de um questionário não identificado contendo informações biodemográficas e questões relacionadas a atitudes práticas do profissional de saúde e gestor de saúde frente à utilização do prontuário existente nas unidades básicas de saúde.

Todas essas atividades são orientadas pela Profa. Dra. Lourdes Conceição Martins, Professora Assistente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos – UNISANTOS.

O desconforto é mínimo ao responder ao questionário, porém, se alguma pergunta no questionário constrangê-lo(a) não precisa responder, e saiba que não haverá prejuízo algum para a sua pessoa. O benefício imediato é o conhecimento de atitudes dos profissionais de saúde frente a utilização de prontuário. Se acaso o Sr(a) quiserem conhecer o questionário este está disponível com os pesquisadores (Lourdes Martins, fone: 11-99680552; ou Bruno Cariry, fone: 83-9600-0315).

Se, durante qualquer etapa do estudo houver alguma dúvida sobre as informações coletadas dos participantes, os pesquisadores responsáveis

poderão ser contatados através do fone: 83-9600-0315; poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria no telefone 83-3531-1365. **É garantida a liberdade da retirada do termo de consentimento de participação em qualquer etapa do estudo**, e com isso as suas informações serão excluídas e destruídas e, portanto, não analisadas. Os coordenadores do projeto serão responsáveis por contatar os participantes diretamente, caso algum resultado da pesquisa seja de interesse imediato para o participante.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária, não haverá qualquer forma de remuneração para os participantes, não haverá qualquer custo para os participantes e não será divulgada a identidade de nenhum dos participantes. Mesmo concordando em participar, poderá desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer dano ou prejuízo.

Os dados colhidos serão utilizados única e exclusivamente aos objetivos propostos para o estudo. Há duas vias neste termo, sendo que uma ficará com o pesquisador e a outra com o Sr(a) para futuras consultas.

Eu, _____, após ter sido esclarecido pelos pesquisadores e ter entendido o que está acima escrito, ACEITO participar da pesquisa.

Assinatura _____ do _____ participante _____ da pesquisa: _____ Data: __/__/____

Eu, Bruno Vieira Cariry, responsável pela pesquisa, declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito de pesquisa (ou seu representante legal) para realizar este estudo.

Assinatura: _____ Data: __/__/____

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

FACULDADE SANTA MARIA/
FSM /PB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do interesse dos profissionais atuantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no que concerne ao uso de prontuários e fichas clínicas nos serviços de Atenção Básica dos municípios que compõem a 9ª Região de Saúde da Paraíba.

Pesquisador: Bruno Vieira Cariry

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11501812.9.0000.5180

Instituição Proponente: Faculdade Santa Maria/ FSM /PB

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 167.592

Data da Relatoria: 10/12/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto apresenta uma pesquisa cujo delineamento inclui os seguintes caracteres metodológicos: trata-se de um estudo transversal, com enfoque quantitativo, cujos dados serão produzidos através da aplicação de questionário junto a profissionais da saúde atuantes em instituições pertencentes ao âmbito da 9ª Gerência Regional de Saúde do Estado da Paraíba, nucleada no município de Cajazeiras - PB.

Objetivo da Pesquisa:

Consiste em abordar, numa perspectiva avaliativa, o que se considerou como interesse, um termo genérico de designa a motivação e intencionalidade de ação, por parte dos profissionais abordados quanto ao uso de prontuários e fichas clínicas nos serviços de Atenção Básica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos associados a pesquisa são indiretos, por se referirem à possibilidades de desconforto causado pela exposição dos participantes às perguntas que estruturam o questionário. No tocante aos benefícios, ressalta-se implicações positivas na melhoria dos serviços de saúde e formação de recursos humanos para uso de dispositivos de organização da Atenção Básica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não constam.

Endereço: BR 230, Km 504

Bairro: Cristo Rei

CEP: 58.900-000

UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3531-2722

Fax: (83)3531-1365

E-mail: cep@fsm.edu.br

FACULDADE SANTA MARIA/
FSM /PB



Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados a contento, conforme diretrizes normativas definidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Recomendações:

Não constam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não constam.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 10 de Dezembro de 2012

Assinador por:
José Leonardo Rolim de Lima Severo
(Coordenador)

Endereço: BR 230, Km 504

Bairro: Cristo Rei

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3531-2722

Fax: (83)3531-1365

E-mail: cep@fsm.edu.br