



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM BÁSICA (EBA)
DISCIPLINA: ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM I

Sistema de Informação em Enfermagem

DUTRA, Herica Silva
Profª. do Depto. EBA

1. Objetivos:

- Identificar a importância do sistema de informação em saúde e na Enfermagem;
- Conhecer os recursos de informação que subsidiam a gerência em Enfermagem.

2. Introdução

As organizações dependem de um sistema que permite concentrar as informações necessárias ao seu funcionamento. Tal sistema deve processar informações que possibilitem o planejamento, a organização, controle, avaliação. Esse sistema é conhecido como sistema de informação e é reconhecido como um dos mais importantes processos administrativos. Tem na comunicação seu principal componente (Takahashi, 1991).

Tratando do mundo globalizado e informatizado, um sistema de informação torna-se vital para a organização, já que *“a competitividade concentra-se na capacidade que a instituição tem de adquirir, tratar, interpretar e utilizar a informação de forma eficaz, o que não significa investimentos em tecnologia de informação, mas sim o uso inteligente da mesma”*(Peres e Leite, 2005: p. 66).

Na Enfermagem é indiscutível sua importância, pois, permite que todos os membros da equipe de enfermagem possam ter informação suficiente e atualizada para desempenho da assistência qualificada. Além disso, permite a integração com outros profissionais e também com a clientela (Takahashi, 1991).

Carvalho e Eduardo (1998) apud Peres e Leite (2005: p. 67) *“definem sistema de informação como um conjunto de procedimentos organizados que provêm informação de suporte às organizações”*.

3. Sistema de informação na área da saúde

O sistema de informação na saúde representa diversos benefícios, dentre os quais podemos citar:

- grande impacto na melhoria da gestão, da qualidade da assistência e da satisfação dos pacientes;
- desenvolvimento de métodos de comparação de práticas (benchmarking) e de ferramentas para assegurar a qualidade e a eficiência com redução de custos;
- intercâmbio com instituições nacionais e internacionais;

- pode gerar mudança nos padrões de conduta;
- conhecimento da realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica.

No Brasil, temos uma história de sucesso no sistema de informação do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecido nacional e internacionalmente. Apesar disso, reconhece-se que essa experiência ainda é insuficiente para atender as demandas de gestores, trabalhadores e usuários (Brasil, 2003). Identifica-se um excesso de questionários, fichas e formulários que, frequentemente não retornam como informação consolidada para o nível local que gerou os dados primários (Peres e Leite, 2005).

A proposta de melhoria do sistema de informação do SUS está descrita na Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) cujo propósito é *"promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços e, assim, contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população"* (Brasil, 2003). A PNIIS ainda cita o prontuário eletrônico do paciente (PEP) e o registro de eventos de saúde de forma unificada como meios para garantir esse propósito.

Dentre os desafios para a concretização desse propósito identifica-se a falta de infraestrutura do setor saúde em tecnologia de informação e também a falta de cultura de informação. Quanto ao prontuário do paciente, há que considerar aspectos legais das informações digitalizadas como assinatura digitalizada, sigilo, individualidade e privacidade e não adulteração das informações contidas no PEP (Tachinardi, 2000 apud Peres e Leite, 2005).

4. Sistema de informação em Enfermagem

A enfermagem exerce um papel fundamental no sistema de informação em saúde, tanto por contribuir significativamente com informações que integram os conhecimentos técnicos, de controle de qualidade e de documentação clínica e administrativa dos serviços prestados, quanto por necessitar de informações sobre o desenvolvimento científico, dos recursos institucionais disponíveis e relacionadas às necessidades dos pacientes para a tomada de decisões. Assim, esse grupo profissional deve poder acessar informações sobre planejamento de programas, execução e supervisão das intervenções clínicas e de gestão, bem como sobre a avaliação dos resultados da atenção à saúde (OMS, 2001 apud Peres e Leite, 2005).

Na Enfermagem, o sistema de informação é fundamental para subsidiar a assistência direta ao paciente e a gerência dos serviços de saúde. Seus dados servem de base para planejar, fornecer, avaliar e documentar o cuidado prestado ao paciente, apoiar a assistência prestada pela equipe e controlar os custos hospitalares. Além disso, poderá apoiar as atividades do enfermeiro quanto ao processo de enfermagem, permitindo maior aproximação com o cliente e melhora da qualidade da assistência prestada (Peres e Leite, 2005).

O uso de um sistema informatizado pode aumentar ainda mais os benefícios (Peres e Leite, 2005) do sistema de informação para a Enfermagem:

- minimiza o tempo gasto em documentar as informações do paciente;
- elimina redundâncias;
- melhora o tempo de comunicação entre a equipe;
- otimiza o acesso à informação;
- oferece informações à equipe multidisciplinar;
- auxilia no processo de trabalho;
- flexibilidade para visualizar e coletar informação necessária;
- informações *on-line* sobre medicamentos, guias de conduta e protocolos da prática;
- aumento do tempo dos enfermeiros para o cuidado direto;
- melhor qualidade da documentação;
- aumento da produtividade;
- reduz margem de erros;
- aumenta satisfação no trabalho;
- desenvolve uma base de dados clínica comum aos profissionais envolvidos na assistência.

5. O prontuário do paciente e os registros de enfermagem

“Prontuário do paciente é todo acervo documental padronizado, organizado e conciso, referente ao registro dos cuidados prestados ao paciente por todos os profissionais envolvidos na assistência” (Coren – SP, 2010: p.5). As informações contidas nesse documento poderão proporcionar a continuidade da assistência bem como a segurança ao cliente e atendimento às suas necessidades.

O prontuário tem funções diferentes: clínica, administrativa, legal, ensino e pesquisa. Para garantir que todas essas funções serão atendidas, o registro efetuado no prontuário deverá garantir a possibilidade de recuperação dos dados a qualquer momento para qualquer uma das funções acima citadas.

Embora as informações contidas no prontuário sejam do paciente, é de responsabilidade da instituição sua manutenção e guarda. Para que o paciente tenha acesso ao seu prontuário, é necessário um procedimento burocrático que varia de uma instituição para outra. Entretanto, na maioria das vezes essa demanda decorre da falta de confiança do cliente na equipe ou falta de informações adequadas. Em ambos os casos, o enfermeiro pode valer-se da dimensão do cuidar EDUCAR para reforçar uma relação franca e de confiança com o paciente e sua família. *“Uma documentação completa e feita com atenção constitui evidência contra comunicação ineficaz e compreensão falha, podendo ainda proteger contra um longo processo litigioso”* (Resnick, 2005 apud Marquis e Huston, 2010: p. 127).

Uma vez que o prontuário deixa de ser usado na unidade, deverá ser encaminhado ao Setor de Faturamento e Serviço de Prontuário do Paciente (SPP) ou Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) onde será arquivado (Almeida, s/d). *“O SAME tem por finalidade zelar pelo correto preenchimento dos prontuários, bem como pela guarda, conservação, utilização e controle dos mesmos; elaborar estatísticas, tabelas e gráficos representativos da realidade encontrada nos prontuários e colaborar com a administração e demais serviços fornecendo os dados que necessitarem”* (Mezzomo, 1991 apud Almeida, s/d).

“Os registros efetuados pela equipe de enfermagem têm a finalidade essencial de fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre os

membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações nas 24 horas, condição indispensável para a compreensão do paciente de modo global”(Coren – SP, 2010: p. 4). Considerando que a equipe de enfermagem está presente nas 24h e presta assistência contínua ao cliente, grande parte das informações contidas no prontuário são de responsabilidade desta.

Assim, é importante observar que as informações contidas no prontuário deverão ser: corretas, organizadas, seguras, completas e disponíveis. Os registros nos prontuários dos pacientes devem ser feitos de forma legível, com caneta azul ou preta. O uso de abreviaturas no cabeçalho deve ser evitado a fim de garantir a segurança do paciente quanto a sua identificação. O cabeçalho completamente preenchido com nome por extenso, número do prontuário, número do leito / apartamento / enfermaria são exigidos para evitar enganos nos cuidados e registros entre clientes. Não é permitido uso de carbono, canetas com tinta de outra cor, com ponta porosa ou marcadores. Os registros feitos em qualquer tipo de documento do prontuário devem: ter assinatura do profissional responsável, nome legível, número do registro profissional, data e hora. É vedado: rasura, destruição de documentos do prontuário, colocação de observações em documentos pré-existentes, uso de borracha, uso de corretivo e similares, riscar o documento por cima várias vezes. Se forem verificados erros ou enganos, estes devem ser apontados e corrigidos em um registro posterior, que faça referência aos problemas encontrados. Outro dado fundamental a lembrar é o sigilo das informações contidas no prontuário.

Não podemos esquecer de relembrar a importante distinção entre anotação de enfermagem e evolução de enfermagem. Gonçalves (2001) aponta que essa dificuldade em distinguir evolução de anotação provavelmente deve-se a duas razões: a anotação tem sido um registro mais frequente por não ter sido um hábito ou uma exigência a realização da evolução de enfermagem; e pela semelhança do conteúdo desses dois tipos de registro, embora essa semelhança se limite apenas nos dados listados e não na profundidade de investigação e análise.

A principal característica da anotação de enfermagem é que ela pode ser realizada por todos os membros da equipe de enfermagem, enquanto que a evolução é privativa do enfermeiro. Na anotação de enfermagem os dados são pontuais, com registro exato do que foi observado ou executado, sem comparações dos dados. Já a evolução exige reflexão para comparar e contextualizar os dados.

Quadro comparativo entre anotação e evolução de enfermagem

Anotação	Evolução
Dados brutos	Dados analisados
Elaborada por toda equipe de enfermagem (enfermeira, técnico e auxiliar de enfermagem)	Elaborada apenas pelo enfermeiro
Referente a um momento	Referente ao período de 24h
Dados pontuais	Dados processados e contextualizados
Registra uma observação	Registra a reflexão e análise de dados

6. Racionalização de impressos

O custo operacional dos serviços de saúde inclui diferentes componentes, dentre eles o custo com papel, impressos, formulários e documentos para registro do atendimento feito aos pacientes. Porém, o que se verifica na prática é que existem vários impressos que poderiam ser dispensados se um estudo de conjunto fosse implementado para evitar informações duplicadas ou formulários desnecessários (Mezzomo, 1982).

Para elaborar ou avaliar um impresso é preciso considerar: quem vai utilizar, para quem será enviado, prazo de arquivamento, quantas manipulações terá, qual seu uso e o que deve registrar. Além disso, devem ser considerados formato, medidas, gramatura (peso), tipo de papel, cor do papel, cor da tinta, letras gráficas, número de vias, conteúdo (Mezzomo, 1982).

Os impressos devem apresentar o nome da instituição, aproveitar todo o espaço do impresso, os campos devem ser preenchidos corretamente e de modo completo. O uso de impresso para outros fins, como rascunho, por exemplo, deve ser evitado, pois influencia diretamente nos custos da organização.

Considerações finais

O sistema de informação em Enfermagem apresenta um conjunto de informações indispensáveis ao adequado assistir. Sem tais informações, corremos o risco de prestar uma assistência pouco consistente e de baixa eficácia, o que resultaria em insatisfação do paciente e família, desvalorização da profissão de enfermagem e prejuízos para as organizações de saúde.

O prontuário do paciente e os registros de enfermagem são parte significativa desse sistema de informação e devem ser valorizados pelo enfermeiro enquanto líder da equipe de enfermagem, no sentido de orientar, supervisionar e sensibilizar toda a equipe quanto a importância dessa ação.

Referências:

ALMEIDA, A.C. **Sistema de Informação em Enfermagem**. UFJF. Faculdade de Enfermagem. Apostila de curso, s/d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Construção da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília, 2003. Disponível em: www2.datasus.gov.br/.../PoliticaInformacaoSaude1_3_27Nov2003.pdf. Acesso em: 13 out 2010.

COREN-SP. **Anotações de Enfermagem**. 2010. Disponível em: http://www.sobecc.org.br/programacao/coren/anotacoes_enfermagem.pdf. Acesso em: 13 out 2010.

GONÇALVES, V.L.M. Anotação de Enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. et al (Orgs.) **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001.

MARQUIS, B.L.; HUSTON, C.J. **Administração e Liderança em Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MEZZOMO, A.A. **Serviço do prontuário do paciente**: organização e técnica. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1982.

TAKAHASHI, R.T. Sistema de informação em Enfermagem. In: KURCGANT, P. (coord). **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.