

Resumo: Avaliar o registro dos enfermeiros nos prontuários do paciente eletrônico e convencional, com vista à melhoria da qualidade do cuidado. Estudo descritivo, tipo estudo de caso. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 8 enfermeiros da enfermaria de coronariopatias e a análise dos registros nos dois tipos de prontuários do paciente. Nos 25 prontuários revistos, constatou-se o número de 51 registros, sendo 37 do prontuário eletrônico e 14 do prontuário convencional, média de 31 dias de internação. Atraiu-se a não realização ao número insuficiente de profissionais de enfermagem no setor em comparação à complexidade dos pacientes atendidos. Destaca-se como obstáculo o quantitativo de pessoal da equipe de enfermagem e sua carga de trabalho. Consequentemente, há necessidade de ajustes quantitativo e qualitativo no processo de trabalho relacionados a execução desta e das demais tarefas para que possam ser adequadamente conduzidas.

Descritores: Cuidados de Enfermagem, Registros Eletrônicos de Saúde, Carga de trabalho.

Nursing records and their implications for the quality of care

Abstract: To evaluate nurses' records in the electronic and conventional patient charts, with a view to improving the quality of care. Descriptive study, case study type. Semi-structured interviews were carried out with 8 nurses from the coronary artery disease ward and the analysis of the records in the two types of patient records. In the 25 revised records, the number of 51 records was verified, being 37 of the electronic records and 14 of the conventional medical records, average of 31 days of hospitalization. There was a lack of achievement of the insufficient number of nursing professionals in the sector compared to the complexity of the patients attended. The number of nursing staff and their workload stands out as an obstacle. Consequently, there is a need for quantitative and qualitative adjustments in the work process related to the execution of this and other tasks so that they can be properly conducted.

Descriptors: Nursing Care, Electronic Health Records, Workload.

Registros de enfermería y sus implicaciones para la calidad de la atención

Resumen: Evaluar el registro de los enfermeros en los prontuarios del paciente electrónico y convencional, con objetivo la mejora de la calidad del cuidado. Estudio descriptivo, tipo estudio de caso. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con 8 enfermeros de la enfermería de coronariopatias y el análisis de los registros en los dos tipos de prontuarios del paciente. En los 25 prontuarios revisados, se constató el número de 51 registros, siendo 37 del prontuario electrónico y 14 del prontuario convencional, promedio de 31 días de internación. La no realización se debe al número insuficiente de profesionales de enfermería en el sector en comparación a la complejidad de los pacientes atendidos. Se destaca como obstáculo el cuantitativo de personal del equipo de enfermería y su carga de trabajo. En consecuencia, hay necesidad de ajustes cuantitativos y cualitativos en el proceso de trabajo relacionados con la ejecución de ésta y de las demás tareas para que puedan ser adecuadamente conducidas.

Descriptor: Atención de Enfermería, Registros Electrónicos de Salud, Carga de Trabajo.

Priscila Sanchez Bosco

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública
ENSP/FIOCRUZ. Mestre em Enfermagem
EEAP/UNIRIO. Escola Nacional de Saúde
Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo
Cruz.

E-mail: priscilabosco@yahoo.com.br

Luiz Carlos Santiago

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto,
Universidade Federal do Estado do Rio de
Janeiro.

E-mail: luisolitrio@gmail.com

Mônica Martins

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio
Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

E-mail: martins@ensp.fiocruz.br

Submissão: 14/09/2018

Aprovação: 08/01/2019

Introdução

As informações geradas no atendimento ao paciente são requisitos essenciais para o aprimoramento da qualidade da assistência e gestão. O registro clínico, diário e contínuo no prontuário do paciente é o principal meio de comunicação entre os profissionais da equipe de saúde e ferramenta importante para a coordenação do cuidado e avaliação da qualidade da assistência prestada¹. No contexto marcado pela disseminação da informação e evolução tecnológica, evidências na literatura apontam que o uso dos registros eletrônicos em saúde facilitaria a melhoria da qualidade do cuidado, em especial os resultados (efetividade) e a segurança do paciente; através da redução de erros e enganos relacionados à medicação, prestação de cuidado desnecessário e melhoria na comunicação e interação entre os profissionais de saúde e pacientes, além de melhorar o fluxo do trabalho^{1,2}.

Nessa perspectiva, o efeito da implementação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) vem sendo visto como promissor para a garantia da melhoria da qualidade do cuidado em saúde, redução de custos e avanço do conhecimento. Nos últimos 10 anos uma nova geração de sistemas de informações hospitalares surgiu, priorizando a integração de informações clínicas e administrativas como a chave do seu sucesso³.

No cotidiano da enfermagem, os sistemas de informação podem ser considerados espaços permanentes de aprendizado, pois permitem aos enfermeiros dialogar com seus pares e a equipe multidisciplinar, aprimorar o raciocínio e o julgamento clínico e, assim, promover decisões clínicas adequadas, refletindo sobre a qualidade na prática de

Enfermagem. Ademais fornecem em tempo real, toda e qualquer informação necessária para realizar tarefas e ações e permitem que os enfermeiros registrem eletronicamente os documentos técnicos e científicos que o respaldam ética e legalmente perante os pacientes e a sociedade⁴.

Assim, o registro de enfermagem é fase importante da Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), pois, é a fase em que os enfermeiros selecionam os dados relevantes e fundamentais a serem monitorados, a fim de garantir à equipe de enfermagem e demais profissionais de saúde envolvidos no atendimento ao paciente o acesso a informações cruciais para o desenvolvimento da assistência de forma segura³. Os registros de enfermagem, componentes do prontuário do paciente, devem abranger dois grupos de informação: o primeiro inclui dados sobre o estado geral do paciente, capacidade funcional, desempenho físico, fisiológico e psicossocial, além das intervenções realizadas e os resultados obtidos com as mesmas. O segundo inclui aspectos gerenciais do cuidado de enfermagem, tais como movimentação do paciente extra ou intra-instituição, utilização de equipamentos e outros insumos⁵. Alguns elementos críticos devem estar presentes no registro de enfermagem no prontuário eletrônico e convencional, fundamentais para subsidiar a ação dos membros da equipe multidisciplinar. Assim, a construção junto ao paciente do histórico prévio de doenças, adicionadas de todas as intervenções precedentes fornecem informações que, conjugadas a evidência científica, propiciam a melhoria do cuidado a ser prestado^{6,7}.

Dessa forma, os registros de enfermagem, quando realizados de forma fidedigna e completa,

contribuem para (i) melhorar os ambientes da prática, do cuidado direto, dos resultados e da satisfação dos pacientes, (ii) reduzir o tempo de documentação e registro clínico, (iii) subsidiar o raciocínio e julgamento clínicos e discussão clínica entre os pares e equipe multidisciplinar, (iv) produzir continuamente informações que visam a garantia da continuidade dos cuidados de enfermagem, para assim diminuir a ocorrência de incidentes e erros que, porventura, possam comprometer o paciente tanto física quanto emocionalmente⁸.

Objetivo

Avaliar o registro nos prontuários do paciente eletrônico e convencional pelos enfermeiros.

Material e Método

Trata-se de estudo de caso, com abordagem qualitativa. Utilizou-se como cenário um hospital federal de ensino especializado, referência no tratamento de patologias cardiológicas e situado no município do Rio de Janeiro. Esse hospital possuía 173 leitos distribuídos nas clínicas cirúrgica e médica, contando com unidades de terapia intensiva, isolamento para pacientes adultos e pediátrico e habilitado para realização de transplantes.

As fontes de informação foram (i) os prontuários do paciente, revisto para verificar o grau de completude dos registros de enfermagem; (ii) entrevistas com esses profissionais para compreender as razões e desafios na realização dessa tarefa que expressa em alguma medida o cuidado em si e/ou a distribuição de tarefas institucionais. Optou-se pela codificação dos sujeitos por *enfermeiro*, independente do sexo ou gênero, atribuindo numeração arábica em ordem crescente conforme as entrevistas eram

realizadas (1 a 8 respectivamente). A coleta de dados ocorreu no período de outubro a dezembro do ano de 2013.

Foram analisados os dados registrados nos PEP e prontuário convencional, estes foram selecionados com base nos seguintes critérios: paciente internados há pelo menos 24 horas, em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca ou que já tivesse passado por algum procedimento invasivo. Na instituição utiliza-se o PEP e o prontuário convencional, haja vista a inexistência de assinatura eletrônica no primeiro, o que tornava necessária a impressão do registro realizada no PEP para assinatura posterior pelo profissional de saúde. Ao total, após a aplicação dos critérios de exclusão e inclusão, foram revistos 25 prontuários, incluindo sua versão eletrônica e convencional. Alguns profissionais optam por realizar o registro de enfermagem diretamente no prontuário convencional, por isso, foram coletadas informações nos dois prontuários do paciente.

Para coleta de informação nos prontuários dos pacientes utilizou-se um instrumento construído com base no Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem (Nursing Minimum Data Set - NMDS), para análise do conteúdo das informações anotadas nas evoluções. Os autores definem NMDS como sendo “um conjunto mínimo de itens (ou elementos) de informações, categorias e definições uniformes, relativas à dimensão específica da profissão de enfermagem e que atende as necessidades de informação de múltiplos usuários no sistema de saúde⁹”. Os parâmetros analisados incluíram itens dos seguintes elementos: (i) demográficos (elementos de identificação do paciente); (ii) do cuidado de enfermagem (anamnese e exame físico, diagnóstico

de enfermagem, intervenções e resultados de enfermagem obtidos/esperados); e (ii) do serviço ou unidade (registro único do paciente, características do profissional enfermeiro, tipo e data de admissão/alta do paciente). As informações coletadas foram interpretadas com base em temáticas centrais construídas a partir da análise documental dos prontuários convencional e eletrônico e análise de conteúdo das entrevistas realizadas^{10,11}.

As informações oriundas das entrevistas incluíram como sujeitos 8 enfermeiros, plantonistas e diaristas, da enfermagem de coronariopatias que voluntariamente preencheram um instrumento com questões semiestruturadas. Os critérios de inclusão utilizados foram: enfermeiros escalados para trabalhar na enfermagem de coronariopatias, responsáveis pelo cuidado direto ao paciente e cuja tarefa envolvia o registro do cuidado prestado pela enfermagem. Os entrevistados foram convidados a participar voluntariamente do estudo, no caso de aceite o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido elaborado foi assinado pelos enfermeiros.

O projeto foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas e aprovado sob o CAAE 10693712.3.3001.5272.

Resultados

Analisou-se 51 registros de enfermagem realizados na enfermagem, dentre os 25 prontuários revistos e desses registros, 37 foram realizados no PEP. Considerando que a norma institucional preconiza a realização da quantidade mínima de duas evoluções de enfermagem por dia-paciente, o quantitativo de 51 evoluções de enfermagem encontradas nos PEP e no prontuário convencional foi demasiadamente pequeno, sobretudo quando se

considera o tempo médio de dias de internação registrado nos prontuários: 50% dos pacientes tiveram tempo de internação maior ou igual a 31 dias.

Além disso, havia prontuários sem registro de enfermagem em nenhum dia de internação, embora houvesse registros do caso realizados pelos demais profissionais de saúde, diariamente e iniciada desde a data de admissão do paciente ao hospital. Ademais, a falta de registro de enfermagem no prontuário do paciente, seja este convencional ou eletrônico, implica em consequências legais para o profissional, já que o processo de cuidado de enfermagem deve ser formalmente registrado¹².

Fala de destaque e relevante de um dos sujeitos da pesquisa, tenta explicar os motivos pelos quais não foram encontrados registros de enfermagem em alguns prontuários, pois alegou *não ser possível realizá-los para todos os pacientes internados devido ao quantitativo reduzido de enfermeiros e a quantidade de procedimentos assistenciais e gerenciais a serem cumpridos por estes profissionais...*(Enfermeiro 4). Nessa perspectiva, destaca-se que o setor de internação analisado possui 29 leitos, atende pacientes que exigem cuidados intermediários, usualmente tem em seu quadro funcional um enfermeiro plantonista em regime de trabalho de 12h, um enfermeiro diarista trabalhando matutinameamente entre 7h-13h responsável pela parte administrativa e 3 a 4 técnicos de enfermagem em regime de trabalho de 12h. Comparativamente a legislação, a oferta de recursos de enfermagem é adequada, pois esta preconiza para cuidados intermediários o quantitativo da equipe de enfermagem com 1 enfermeiro e 4 técnicos de enfermagem a cada 20 pacientes¹³.

No presente estudo, embora o PEP fosse percebido como *facilitador do aprimoramento da qualidade do cuidado esse também afirmou achar difícil que o registro de enfermagem seja útil aos membros da equipe de saúde... (Enfermeiro 3)*. Dentre os motivos associados estão a carência de recursos humanos do local, considerado pelo entrevistado como abaixo do previsto pela legislação vigente, embora o quantitativo profissional encontrado estivesse conforme. Em contraponto, há enfermeiros nesse cenário que creem que o PEP não favorece a qualidade da assistência, pois *é de difícil visualização... (Enfermeiro 7)*. Tal fala é endossada por estudo de 2017 que apontou a necessidade de treinamento para melhor utilização do programa e consequente melhoria na qualidade do cuidado².

Os enfermeiros (8 e 4) em suas falas ratificam a percepção e expectativa quanto a maior qualidade dos registros encontrados no PEP quando comparados aos registros encontrados no prontuário convencional. De fato, as informações coletadas nos prontuários dos pacientes apresentaram maior completude no PEP, comparativamente ao convencional (Tabela 1).

Tabela 1. Informação clínica encontrada nos registros de enfermagem do PEP e prontuário convencional do paciente (n=25 prontuários) - Rio de Janeiro, RJ - 2013.

Folha de registro: item encontrado	PEP	Prontuários convencionais
Diagnóstico Médico	5	1
Exame Físico	7	0
Cuidados Prestados	22	3
Diagnóstico de Enfermagem	0	0
Total de Folha de registro	34	4

Discussão

A implementação do PEP foi associada a melhores resultados independentemente do quantitativo da equipe de enfermagem, mas tanto o PEP quanto o prontuário convencional são essenciais na garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, melhor coordenação de cuidados e segurança do paciente¹⁴. No entanto, revisão sistemática concluiu que, apesar da efetividade comprovada da tecnologia da informação (TI) sobre a qualidade do cuidado e eficiência do serviço de saúde, seu efeito no ambiente hospitalar, local em que os cuidados são mais complexos, ainda é incerta. Isso porque as TI são ferramentas de suporte à prestação de cuidados adequados e efetivos considerando aspectos relativos à gravidade do caso, mas não alteram por si o tipo e intensidade de recursos necessários. Portanto, a forma como tais ferramentas são usadas e o contexto em que elas são implementadas são pontos críticos a serem investigados¹⁵.

Estudo realizado em 2015 sobre PEP, ratificado por revisão sistemática publicada em 2017, apontou diminuição nos erros de medicação, melhora na aderência aos protocolos e diretrizes assistenciais, além de estar direta e positivamente relacionado com a satisfação de médicos com o ambiente de trabalho. Todavia, diversos problemas são apontados no uso do PEP, como dificuldades na usabilidade, interrupções devido a vírus ou quedas de energia e distrações no fluxo do trabalho o que, eventualmente, pode contribuir para ocorrência de enganos e erros, além da demora na obtenção das informações necessárias para a assistência imediata^{2,16,17}.

Comparando a completude do registro nos prontuários eletrônico e convencional do paciente, evidenciou-se que o número de evoluções de enfermagem no primeiro foi consideravelmente maior (37 no PEP-14 prontuário convencional). Esse achado parece corroborar o Relatório Nacional de 2016, incluindo 2.298 estabelecimentos de saúde que declararam usar a Internet, que apontou 74% de uso do PEP nessas instituições¹⁸. Por outro lado, estudo internacional relatou que 64% dos enfermeiros entrevistados afirmaram preferir o uso da documentação na forma convencional no leito hospitalar. Todavia, 75% destes entrevistados consideraram o uso do PEP como facilitador da qualidade da documentação, bem como concorria para diminuição significativa da carga de trabalho da enfermagem¹⁹. Ainda, estudo publicado em 2001 já evidencia a necessidade de revisão e reordenação do registro de enfermagem, especialmente o realizado pelo enfermeiro, com vistas a aprimorar a qualidade do cuidado fornecido²⁰.

Entretanto, cabe mencionar que no hospital estudado o dispositivo do PEP destinado ao registro de enfermagem foi habilitado após a implementação do programa computacional utilizado pelos demais profissionais. Tal fato, indica uma lacuna na implementação do PEP, sobretudo por postergar a participação de profissionais-chave no cuidado, e tradicionalmente elencados como ator responsável por alavancar iniciativas voltadas para a melhoria da qualidade do cuidado e da informação sobre este. No contexto de estudo, isto dificultou o acesso às evoluções de enfermagem por parte da equipe multidisciplinar, descaracterizando sua importância e relevância para a garantia da qualidade da assistência

e consequente segurança do paciente. Resultado similar foi encontrado em estudos nacionais que apontaram que, apesar do PEP ter se tornado ferramenta indispensável para a assistência de enfermagem, as diferenças entre o fluxo de atendimento do sistema e o fluxo real da unidade dificultavam o uso do mesmo, dando preferência ao uso do prontuário convencional^{21,22}.

No contexto da TI em saúde e do PEP em particular, o avanço no setor saúde em geral, e hospitalar em particular, exige formação complementar paralela dos profissionais de saúde e esforço voltado a melhorar as práticas de registro, indispensáveis à qualquer uso que se possa fazer destas²³. Nessa perspectiva, os relatos mostraram que, apesar das dificuldades destacadas pelos entrevistados, e mesmo preferências, há em sua maioria opiniões positivas quanto ao uso de sistemas eletrônicos de informação, neste caso o PEP, incluindo sua contribuição para a qualidade da assistência de enfermagem e segurança do paciente.

Conclusão

O presente estudo aponta como principal limite o fato de tratar-se de um estudo de caso, com número de sujeitos reduzidos, o que não possibilita a extrapolação dos achados. O fator “carga de trabalho de enfermagem” que muito influencia a prática diária dos enfermeiros do cenário, conforme suas falas, não foi objeto do presente estudo, o que certamente é um elemento de confundimento, aqui não mensurado, dificultando a interpretação dos achados.

Apesar dos limites do estudo, universo de estudo e incipiência da implementação do PEP, depreende-se que além da necessidade de realizar o registro de enfermagem, é necessário que esta respeite preceitos

e critérios mínimos de qualidade do registro. Somente, assim, poderá nortear a prática profissional dos enfermeiros, e paralelamente, estabelecer critérios fixos para avaliação do registro de enfermagem. Além de contribuir para o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, nó crítico para a qualidade do cuidado e iniciativas voltadas a sua melhoria.

Além dessas questões, faz-se necessário realizar estudos que abordem o dimensionamento da equipe de enfermagem, haja vista que esse aspecto surgiu como obstáculo ao registro das informações clínicas de enfermagem. Importante ressaltar, também, que os enfermeiros, entrevistados afirmaram prestar o cuidado de enfermagem ao paciente, no entanto, entendem que o registro em prontuário não constitui tarefa prioritária em sua rotina de trabalho. Consequentemente, emerge a necessidade de iniciativas de educação continuada e mesmo a revisão de conteúdo na graduação desse profissional. Aliada, evidentemente, à questão da suficiência do corpo de enfermagem e priorização correta de sua distribuição, pois implicam positiva ou negativamente sobre a realização dos cuidados diretos de enfermagem, bem como sobre as demais atividades gerenciais, educativas e assistenciais, sem prejuízos ou danos ao paciente.

Informação é essencial para a gestão, avaliação e melhoria do desempenho e qualidade dos serviços de saúde, prontuário eletrônico ou convencional devem ser uma das prioridades da organização de saúde, pois além do seu papel na assistência constitui fonte primária para uma gama de sistema de informação de uso interno e externo por distintos atores.

Referências

1. Manca DP. Do electronic medical records improve quality of care? *Can Fam Physician*. 2015; 61:846-47.
2. Kim MO, Coiera E, Magrabi F. Problems with health information technology and their effects on care delivery and patient outcomes: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc*. 2017; 24(2):246-50.
3. Dal Sasso GTM, Barra DCC, Paese F, Almeida SRW, Rios GC, Marinho MM, et al. Computerized nursing process: methodology to establish associations between clinical assessment, diagnosis, interventions, and outcomes. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(1):242-249.
4. D'Innocenzo M. Indicadores, auditorias e certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. 2ª ed. São Paulo: Martinari. 2010.
5. Nascimento KC, Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Systematization of nursing care: viewing care as interactive, complementary and multiprofessional *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(4):643-648.
6. Galvão CM, Sawada NO. O uso da informática na rede básica e hospitalar da cidade de Ribeirão Preto (SP). *Rev Latino Am Enferm*. 1996; 4(spe):51-59.
7. Hannah KJ, Ball MJ, Edwards MJA. Introdução à informática em Enfermagem. 3ªed. Porto Alegre: Artmed Editora. 2009.
8. Sousa PAF, Dal Sasso GTM, Barra DCC. Contributions of the electronic health records to the safety of intensive care unit patients: an integrative review. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(4):971-979.
9. Silveira DT, Marin HF. Nursing Minimum Data Set: identifying of categories and items for the nursing practice in ambulatory occupational health. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(2):142-147.
10. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2004.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução Luiz Antero Reto Augusto Pinheiro. 5ª ed. Lisboa: Setenta. 2010.

12. Conselho Federal de Enfermagem. Legislação. Resolução 358/2009 de 16 de Julho de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e, dá outras providências. Brasília: COFEN. 2009.
13. Conselho Federal de Enfermagem. Legislação. Resolução nº527/2016. Dispõe sobre o Código de ética dos profissionais de enfermagem. Brasília: COFEN. 2016.
14. Conselho Federal de Enfermagem. Legislação. Resolução nº293/2004 de 21 de setembro de 2004. Dispõe sobre a fixação e estabelecimentos de parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Brasília: COFEN. 2004.
15. Kutney-Lee A, Kelly D. The effect of hospital electronic health record adoption on nurse-assessed quality of care and patient safety. *J Nurs Adm.* 2011; 41(11):466-472.
16. Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E, et al. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Ann Intern Med.* 2006; 144:742-752.
17. Virginio LA, Ricarte IL. Identification of patient safety risks associated with electronic health records: a software quality perspective. *Stud Health Technol Inform.* 2015; 216:55-59.
18. Centro Regional de Estudos para o desenvolvimento da sociedade da informação. Pesquisa TIC em Saúde. São Paulo: Cetic. 2016.
19. Moody LE, Faan MPH, Slocumb E, Bruce B, Jackson D. Electronic Health Records Documentation in Nursing: Nurses' Perceptions, Attitudes, and Preferences. *Comput Inform Nurs.* 2004; 22(6):337-44.
20. Ochoa-Vigo K, Pace AE, Rossi LA, Hayashida M. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2001; 35(4):390-8.
21. Barros BC, Lima KSB, Carmo AFS, Moura LA, Barros AG, Korinfisky JP. O instrumento de registro do SAMU: com a palavra dos profissionais de saúde. *J Res.: Fundam Care Online.* 2014; 6(2):618-626.
22. Godoi JSM, Gonçalves LS, Peres AM, Wolff LDG. O uso do prontuário eletrônico por enfermeiros em unidades básicas de saúde brasileiras. *J Health Inform.* 2012; 4(1):3-9.
23. Rodrigues Filho J, Xavier JCB, Adriano AL. A tecnologia da informação na área hospitalar: um caso de implementação de um sistema de registro de pacientes. *Rev Adm Contemp.* 2001; 5(1):105-20.

Os autores do presente artigo ressaltam que não houve conflitos de interesse.