

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Escola de Enfermagem

Departamento de Assistência e Orientação Profissional

Rosangela Rabassa Silveira

APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO
USUÁRIO COM LESÃO DE PELE NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE:
A UTILIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO

Porto Alegre

2016

Rosangela Rabassa Silveira

APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO
USUÁRIO COM LESÃO DE PELE NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE:
A UTILIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Cuidado Integral com a pele no Âmbito da Atenção Básica, do Departamento de Assistência e Orientação Profissional, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Profa. Dra. Amália de Fátima Lucena

Porto Alegre

2016

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha família base de tudo na vida,
Pais, filhos e esposo razão da minha jornada.

Agradecimento

Agradeço a prof^a e orientadora Amália de Fátima, que durante sua aula não só despertou meu interesse em realizar este trabalho como também uma reflexão crítica sobre o meu processo de trabalho.

RESUMO

O registro das informações inerentes ao processo de cuidar dos usuários e o gerenciamento dos processos de trabalho em prontuários é de responsabilidade legal dos profissionais de enfermagem. O Processo de Enfermagem é fundamental para o planejamento, direcionamento das ações, organização e registro dos dados. Neste sentido, este estudo quantitativo de caráter descritivo e retrospectivo teve como objetivo analisar como os registros de enfermagem no cuidado do usuário com lesão de pele estão sendo realizados nas unidades de saúde que possuem prontuário eletrônico em uma Gerência Distrital na cidade de Porto Alegre/ RS. Os dados foram coletados dos registros realizados no Prontuário Eletrônico do Cidadão nos meses de março e abril de 2016 e analisados por meio da estatística descritiva. Foram coletados registros feitos por enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem durante o atendimento ao usuário com lesão de pele na atenção básica em saúde. Identificou-se 330 registros, que demonstraram haver incompletude de informações de enfermagem, corroborando com a literatura, o que dificulta o entendimento, a continuidade e muito provavelmente a qualidade do cuidado. A falta de conhecimento, de tempo devido à sobrecarga de trabalho, de recursos humanos e fatores institucionais, seriam alguns obstáculos que o enfermeiro enfrentaria levando-o a ter resistência para colocar o processo de enfermagem em prática.

Descritores: Processo de Enfermagem; Atenção Básica em Saúde; Prontuário Eletrônico do Cidadão.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Motivo do Atendimento, conforme nomenclatura CIAP-2, escolhido pelo profissional de enfermagem para registro do atendimento de Pacientes com lesão de pele.....	34
Gráfico 2- Registros realizados por enfermeiros na opção ATENDER, relacionados à identificação do usuário com lesão de pele.....	36
Gráfico 3- Registros realizados por enfermeiros na opção ATENDER, relacionados aos hábitos e condições de moradia do usuário com lesão de pele.	36
Gráfico 4 - Registros realizados por enfermeiros na opção ATENDER, relacionados a problemas de saúde do usuário com lesão de pele.	37
Gráfico 5- Análise dos registros realizados por enfermeiros na opção ATENDER, relacionados ao Exame Físico.	38
Gráfico 6- Registros realizados por enfermeiros na opção ATENDER relacionados ao Diagnóstico de Enfermagem do usuário com lesão de pele.....	39
Gráfico 7- Registros realizados por enfermeiros na opção ATENDER relacionados ao Planejamento da Assistência de Enfermagem do usuário com lesão de pele.	40
Gráfico 8- Registros realizados por enfermeiros na opção ATENDER relacionados à Referência e Contra referência do usuário com lesão de pele.....	41
QUADRO 1- CAPÍTULOS E COMPONENTES DA CIAP.....	17
QUADRO 2- CIAP na Escuta Inicial	18
QUADRO 3- CIAP NO ATENDIMENTO / SUBJETIVO	19
QUADRO 4- CIAP NA AVALIAÇÃO	20
QUADRO 5- CIAP NO PLANO ASSISTENCIAL.....	21
Tabela 1 – Número de profissionais e de registros de enfermagem realizados por Unidade de Saúde a usuários com lesão de pele.	32

Tabela 2- Registros realizados por categoria profissional na opção de registro ESCUTA INICIAL e ATENDER a usuários com lesão de pele.....33

Tabela 3 - Registros realizados por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem na opção ESCUTA INICIAL para usuários com lesão de pele.....35

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS.....	13
2.1	Objetivo Geral.....	13
2.2	Objetivos Específicos.....	13
3	REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1	A Informatização na Atenção Básica em Saúde.....	14
3.2	O processo de enfermagem na atenção básica em saúde com a CIAP como sistema de classificação	22
3.3	A Atenção básica em saúde e o usuário com lesão de pele.....	28
4	METODO	29
4.1	Tipo de Estudo.....	29
4.2	Local do Estudo.....	29
4.3	População e amostra	30
4.4	Coleta de Dados	31
4.5	Análise dos Dados.....	31
4.6	Aspectos Éticos	31
5	RESULTADOS	33
6	Discussão	44
7	Conclusão.....	48
8	REFERÊNCIAS	50
9	APÊNDICE	56
9.1	Apêndice A- Instrumento de coleta de dados para análise dos registros de enfermagem no PEC durante o atendimento ao usuário com lesão de pele na atenção básica.....	56
10	ANEXOS	61

10.1	Anexo A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP / UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL / PRÓ – REITORIA DE PESQUISA. .61
10.2	Anexo B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP / SECRETARIA DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/ SMSPA.....62
10.3	ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DO PRONTUÁRIO.....63

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo faz parte da conclusão do Curso de Especialização em Lesões de Pele no Âmbito da Atenção Básica promovido pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e tem como tema a análise da aplicação do processo de enfermagem no atendimento ao usuário com lesão de pele realizado na atenção básica de saúde.

A motivação para abordar este tema se deu a partir de discussões realizadas durante as aulas da disciplina: O diagnóstico de saúde no cuidado à pele na saúde comunitária: enfoque à Enfermagem, do referido curso, quando os enfermeiros foram instigados a refletir sobre a importância e a forma que os registros de enfermagem são realizados em seus locais de trabalho e a repercussão que tal prática tem no gerenciamento do cuidado com o usuário.

O registro das informações inerentes ao processo de cuidar dos usuários e o gerenciamento dos processos de trabalho em prontuários ou em outros documentos é de responsabilidade legal dos profissionais da enfermagem, e visam assegurar a continuidade do cuidado e a qualidade da assistência (COFEN. Resolução 429/2012).

A Resolução nº 358/2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, estabelece que o processo de enfermagem organiza-se em cinco etapas: Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), Diagnóstico de Enfermagem (privativo do enfermeiro, com base nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana), Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem (COFEN. Resolução 358/2009)

Para Silva; Nóbrega; Macedo (2010), os registros realizados pela equipe de enfermagem têm sido alvo de estudos e críticas, sendo possível observar que em diversas situações não correspondem às determinações e orientações legais e de literatura. Segundo o autor outros fatores como a falta de infraestrutura adequada à

atuação do profissional da enfermagem e a demanda crescente de serviços, contribuiriam para que alguns quesitos relacionados à qualidade do cuidado sejam almejados.

Acredita-se que o registro das informações do usuário remota a Idade Antiga, na enfermagem, Florence Nightingale foi a precursora, durante suas atividades no cuidado com os feridos nos campos de concentração na Guerra da Criméia (1853-1856). Ela acreditava que os registros eram fundamentais para a continuidade do tratamento dos feridos e em especial aos cuidados de enfermagem Souza (2006).

Por vários séculos os registros das informações do usuário eram feitos em papéis, entretanto, com o avanço da tecnologia da informação nos serviços de saúde, estes documentos passaram a ser eletrônicos, denominando-se Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou ainda Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). No Brasil, o Ministério da Saúde por meio do Departamento de Atenção Básica, vem reunindo esforços para reestruturar as informações da atenção primária em saúde modernizando sua plataforma tecnológica, com o objetivo de informatizar as unidades básicas de saúde, oferecer ferramentas para ampliar o cuidado e melhorar o acompanhamento da gestão BRASIL (2012).

Alguns estudos apontam a importância do registro do processo de enfermagem em prontuário, segundo Santos (2010), é necessário sistematizar a assistência de enfermagem, estabelecendo as necessidades biológicas e sociais do indivíduo, utilizando-se de instrumentos estruturados e padronizados, que norteiem o planejamento das ações, o estabelecimento de prioridades assistenciais e a continuidade do cuidado de forma integrada. Para Foschiera (2004), o processo de enfermagem em especial o diagnóstico de enfermagem além de fornecer dados mensuráveis para avaliação, facilita o ensino e a pesquisa, contribuindo para a construção de um conhecimento próprio da enfermagem. Krauzer et al. (2015), ressalta que o processo de enfermagem é um instrumento do cuidado, com vistas a qualificar a assistência e minimizar riscos, direciona a organização do cuidado e possibilita que o profissional enfermeiro exerça sua autonomia por meio da identidade própria da enfermagem.

Segundo Vieira Santos et al. (2014), na área do cuidado de enfermagem ao usuário com lesões de pele, a literatura aponta uma importante demanda para o cuidado dos mesmos, uma vez que é a atenção básica a porta de entrada para o seu tratamento ou a referência após a alta hospitalar do usuário, assim, este nível de atenção possui o maior alcance e responsabilidade na prevenção e no tratamento das lesões. As autoras também apontam que o atendimento a este usuário é predominantemente da equipe de enfermagem, cabendo ao enfermeiro a elaboração, execução e coordenação do processo de enfermagem, ressaltando a importância de uma prática de cuidado reflexiva, consolidada em base científica. Alguns estudos na área já demonstraram a importância do registro desse tipo de cuidado, pois permitem conhecer as características dessa população e ao mesmo tempo obter subsídios para a qualificação da assistência.

Todavia, ainda são poucas as investigações que refletem como estes registros estão sendo realizados pela enfermagem no cuidado ao usuário com lesões de pele na atenção básica. Assim, o presente estudo com dados do prontuário eletrônico dos usuários realizou uma análise crítica e reflexiva dos registros encontrados, de forma a promover discussão de diferentes estratégias e alternativas para sua qualificação com base no processo de enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar os registros de enfermagem no prontuário eletrônico relativos ao cuidado do usuário com lesão de pele, nas unidades de saúde de uma Gerência Distrital na cidade de Porto Alegre.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar os registros de enfermagem no prontuário eletrônico realizados pelo profissional enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem;

Analisar registros feitos pelo enfermeiro no prontuário eletrônico contemplando as etapas do processo de enfermagem.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo será abordado a informatização na atenção básica em saúde, no intuito de relatar a trajetória do processo de informação e informatização no Brasil, com definições concernentes à temática. Na sequência, será apresentada uma explanação sobre o processo de enfermagem na atenção básica e a utilização da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) e o atendimento do usuário com lesão de pele na atenção básica em saúde.

3.1 A Informatização na Atenção Básica em Saúde

No Brasil, a Lei Orgânica da Saúde, no artigo 47 determina que o Ministério da Saúde (MS) articulado com Estados e Municípios implementem um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços (BRASIL, Lei Federal nº 8080 de 19 de setembro de 1990).

A 12ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 2003, reforça as deliberações da conferência anterior no sentido de elaborar e implementar políticas articuladas de um sistema nacional de informações em saúde. Esse teve um crescimento importante nos últimos anos o que constitui um marco histórico na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando a produção de informações, que podem ser acessadas pelos cidadãos, gestores e profissionais de saúde, garantindo ganhos de eficiência e qualidade, mensuráveis através da ampliação do acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços, contribuindo assim, para a melhoria da saúde da população (BRASIL, 2004).

Sendo assim, o MS, por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB), vem reunindo esforços para reestruturar as informações da atenção primária em saúde (APS) modernizando sua plataforma tecnológica, com o objetivo de informatizar as unidades de saúde (US), oferecer ferramentas para ampliar o cuidado e melhorar o acompanhamento da gestão (BRASIL, 2012). Neste sentido,

vem implantando o sistema de informação eletrônico e-sus Atenção Básica (e-sus AB), com o objetivo de reestruturar as informações em saúde a nível nacional, qualificando-as para melhorar a qualidade do atendimento ofertado à população, ampliando o cuidado e melhorando a gestão.

A Portaria nº 1.412 de 10 de junho de 2013 institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que substitui totalmente o sistema de informação atual denominado Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Diante dos diversos cenários de informatização e conectividade nos serviços de saúde, o SISAB oferece dois sistemas de software que podem operar, tanto em unidade de saúde que não possui computador, quanto em US já informatizada. O sistema de Coleta de Dados Simplificada (CDS) é composto por fichas para o registro de informações das ações realizadas pelas equipes de saúde nos serviços que não dispõem de sistema informatizado. O sistema Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) é formulado para atender às US, parcialmente ou totalmente informatizadas, onde os registros clínicos dos atendimentos e, também, as fichas de CDS preenchidas pela equipe são inseridos. Constitui-se de um banco de dados que contém informações sobre a história clínica do usuário, cujo objetivo é permitir o acesso aos profissionais de saúde, viabilizando uma assistência qualificada, evitando a perda ou adulteração de informações, a duplicação de exames e prescrições terapêuticas. O registro destas informações geram conhecimentos para a gestão da saúde, e possibilitam que o cidadão seja acompanhado em qualquer estabelecimento de saúde.

O Prontuário Eletrônico do Cidadão possui um sistema de classificação, denominada Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP), elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da Organização Mundial de Associações Nacionais, Acadêmicas e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/ Médicos de Família (WONCA), conhecida como Organização Mundial de Médicos de Família. Sua primeira publicação foi no final da década de oitenta e no ano de 2009 teve sua segunda publicação, denominando-se CIAP-2 utilizada nos dias atuais.

Esta classificação é disponibilizada para o DAB por meio da assinatura de um convênio com a Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade

(SBMFC), que permitiu o pagamento dos *royalties* para WONCA, possibilitando o uso na atenção primária em saúde.

A CIAP-2 classifica não só os problemas diagnosticados pelos profissionais de saúde, como também os motivos da consulta e as intervenções acordadas seguindo a sistematização SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação e plano). Este sistema não é uma alternativa à Classificação Internacional de Doenças (CID), utilizado para determinar morbimortalidade (SBMFC, 2009), pois permite qualificar a prática multiprofissional, auxiliando no planejamento das ações nos serviços de atenção básica como na programação das atividades de educação permanente.

A estrutura da CIAP-2 baseia-se em dois eixos, um composto por 17 capítulos e outro por 7 componentes. Os capítulos referem-se aos sistemas orgânicos, além de um capítulo geral e não específico e outro problemas sociais. Os componentes, iguais para todos os capítulos contemplam queixas/sinais e sintomas, procedimentos diagnósticos e preventivos, medicações, tratamentos e procedimentos terapêuticos, resultado de exames, administrativos, acompanhamento e outros motivos de consulta e diagnósticos e doenças. Embora a CIAP-2 permita a classificação dos principais aspectos da atenção primária, ainda possui algumas limitações, referentes ao processo de cuidados, sendo muito generalizada e não específica (SBMFC, 2009).

As classificações da CIAP-2 registradas no e-sus / PEC são oriundas das opções ESCUTA INICIAL ou ATENDER, onde se identifica os itens: motivo da consulta (subjetivo), problema de saúde detectado (avaliação) e intervenção (plano). O PEC permite a inclusão de mais de uma classificação, se for necessário.

Quadro 1: CAPÍTULOS E COMPONENTES DA CIAP

CAPÍTULOS E COMPONENTES DA CIAP*	
A	Geral e não-específico
B	Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos (baço, medula óssea)
D	Aparelho digestivo
F	Olhos
H	Ouvidos
K	Aparelho circulatório
L	Sistema musculoesquelético
N	Sistema nervoso
P	Psicológico
R	Aparelho respiratório
S	Pele
T	Endócrino, metabólico e nutricional
U	Aparelho urinário
W	Gravidez e planejamento familiar
X	Aparelho genital feminino (incluindo mama)
Y	Aparelho genital masculino
Z	Problemas sociais
Componentes (iguais para todos os capítulos)	
1	Componente de queixas e sintomas
2	Componente de procedimentos diagnósticos e preventivos
3	Componente de medicações, tratamentos e procedimentos terapêuticos
4	Componente de resultados de exames
5	Componente administrativo
6	Componente de acompanhamento e outros motivos de consulta
7	Componente de diagnósticos e doenças, incluindo: <ul style="list-style-type: none"> - doenças infecciosas - neoplasias - lesões - anomalias congênitas - outras doenças específicas
* Sempre que possível, foi utilizado um código alfa mnemônico.	

Fonte: Classificação Internacional de Atenção Primária, 2010.

Quadro 3: CIAP NO ATENDIMENTO / SUBJETIVOSUBJETIVO

PEC > Atendimentos > Prontuário > SOAP 13-03

MARIA
38 anos e 9 meses, feminino

FOLHA DE ROSTO

Subjetivo (motivo da consulta)

SOAP

HISTÓRICO

LISTA DE PROBLEMAS

ANTECEDENTES

DADOS CADASTRais

FICHAS CDS

CIAP

Nota

Confirmar

CIAP	Descrição	Notas
Nenhum item encontrado.		

Fonte: Classificação Internacional de Atenção Primária, 2010.

QUADRO 4: CIAP NA AVALIAÇÃO

AVALIAÇÃO

Avaliação (problema detectado)

B *I* U x_2 x^2

CIAP

CID10 * Filtro CIAP X CID10

Nota

Confirmar

CIAP	Descrição	CID10	Notas
Nenhum item encontrado.			

Fonte: Classificação Internacional de Atenção Primária, 2010.

3.2 O processo de enfermagem na atenção básica em saúde com a CIAP como sistema de classificação

A história dos registros de informação em saúde remonta a Idade Antiga, na enfermagem, Florence Nightingale foi a precursora durante seu trabalho na Guerra da Criméia (1853-1856), cuidando de feridos nos campos de concentração. Para ela, os registros, em especial os de enfermagem eram de extrema importância para a continuidade do cuidado ao usuário. Nightingale valorizava práticas tais como: a observação, a experiência e o registro de dados fundamentais para o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho que acentue a possibilidade de resolução. Analisava e organizava os dados que coletava em seus registros transformados em informações importantes para a melhoria do atendimento. Em seu livro *Notes on Nursing (Notas sobre Enfermagem)* de 1856, escreveu que os fatos observados pela enfermeira deviam ser relatados ao médico de forma precisa e correta. Maziero et al. (2012).

O processo de enfermagem (PE) no Brasil iniciou com os escritos de Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970, tendo sido um marco importante para a modernização do ensino e a prática de enfermagem, que é utilizado como referencial até os dias atuais. Horta, baseou o PE no referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas de Maslow e na denominação de Necessidades Psicobiológicas, Psicossociais e Psicoespirituais de João Mohana, estabelecendo que a assistência de enfermagem deveria se embasar em uma metodologia científica, que privilegiasse cinco etapas: levantamento de dados (histórico), diagnóstico, planejamento, execução e avaliação Horta(1979).

Segundo Kletemberg (2006), o primeiro artigo publicado na Revista Brasileira de Enfermagem sobre sistematização da assistência de enfermagem, é de autoria de Horta, intitulado *Considerações sobre o Diagnóstico de Enfermagem* (1967). Esse fato confirma a autora como precursora da aplicação deste modelo no Brasil, destacando-se que para ela diagnosticar era uma forma de aplicar o método científico.

Barra (2012), relata que ao longo do tempo a enfermagem vem percebendo a necessidade de tornar sua prática mais visível, legítima e autônoma, por meio de um corpo de conhecimentos próprios. Horta (1979) nos diz que o termo “Processo de Enfermagem” é empregado pela primeira vez por Ida Orlando, em 1961, sendo composto por três elementos básicos: o comportamento do cliente, as reações do enfermeiro e as ações da enfermagem e a partir destes elementos o cuidado seria planejado e executado.

Horta (1979, p. 35), define processo de enfermagem como sendo a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano, constituído por seis fases ou passos dinâmicos, inter-relacionados e de igual importância (histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição, evolução e prognóstico).

Para Crossetti et al.,

O processo de enfermagem é um instrumento de trabalho da enfermeira, fundamentado num referencial teórico que contemple o ser humano enquanto sujeito principal da enfermagem, é o registro essencial à qualidade e segurança das ações de cuidado (1999, p. 5).

Para Lucena (2006), o PE sistematiza a assistência a ser implementada, criando condições para organizar, individualizar e qualificar o cuidado. Para a autora, pode ser entendido como um modelo metodológico, utilizado, tanto para favorecer o cuidado quanto para organizar as condições adequadas para que ele aconteça, além de proporcionar maior integração do enfermeiro com o usuário, família, comunidade e equipe de trabalho.

Barra (2012) diz que a partir de uma terminologia unificada, própria e estruturada é possível codificar, armazenar e recuperar informações, bem como evidenciar elementos de sua prática, ou seja, os diagnósticos, os resultados esperados e as ações de enfermagem.

Corona (2004) ressalta que o processo de enfermagem é um guia para o enfermeiro realizar deliberadamente as etapas de identificar os problemas individuais, de cada usuário, os objetivos realistas e as intervenções individualizadas

o que favorece a comunicação e a continuidade do cuidado, impedindo omissões e repetições de informações.

Entende-se por processo de enfermagem como uma aplicação teórica na prática da assistência de enfermagem, um conjunto de ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência do indivíduo, família e comunidade. Pode ser compreendido também como um instrumento que auxilia a tomada de decisão, prevenindo e avaliando as consequências, ordenando e sistematizando a prática de enfermagem. Além de possibilitar que o enfermeiro aplique o conhecimento teórico-prático, embasando suas ações, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado.

Garcia; Nobrega nos dizem que,

O significado atribuído ao PE e o modo como ele é aplicado à prática profissional são dinâmicos, modificando-se ao longo do tempo e de acordo com os diferentes cenários da prática assistencial. Assim, podem ser identificadas gerações distintas do PE, cada uma delas influenciada pelo estágio do conhecimento e pelas forças atuantes que lhe são contemporâneas (2009, p.189).

Para Almeida (2011) o PE quando desenvolvido em todas as suas etapas representa: a anamnese e exame físico, ou ainda levantamento e coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento da intervenção, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, implementação ou execução da intervenção e avaliação do resultado ou evolução da enfermagem.

Corroborando estas definições encontradas na literatura, a Resolução nº 358/2009 do COFEN descreve a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) como uma atividade privativa do enfermeiro, que utiliza método e estratégia de trabalho científico para identificar situações de saúde/doença nos indivíduos, subsidiando ações de enfermagem que contribuem para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade, servindo como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro. Devendo ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem COFEN (2009).

A Resolução nº 358/2009 do COFEN define as etapas do Processo de Enfermagem como:

I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

Para Alves (2007), na primeira fase do processo, ocorre a coleta e a organização dos dados sobre o estado de saúde do usuário, buscando identificar os problemas reais e potenciais, fatores de riscos e os pontos fortes. Os dados sobre os aspectos físico, emocional, comportamental, social, cultural, intelectual e espiritual do usuário são obtidos de uma variedade de fontes e são fundamentais para tomadas de decisões nas fases subsequentes. Para o autor na fase do diagnóstico, os dados são analisados identificando-se os problemas de saúde reais e potenciais encontrados na presença dos fatores de riscos. A definição do(s) diagnóstico(s) de enfermagem se dá pelo julgamento clínico sobre a resposta humana a uma condição de saúde ou uma vulnerabilidade para esta resposta, serve como base para a escolha das intervenções de enfermagem (Garcia; Nóbrega 2009).

Na terceira fase do PE são definidas as prioridades, as metas, os resultados a serem alcançados e as ações de enfermagem (intervenções) individualizadas dos

cuidados. Na fase de implementação coloca-se em prática o plano de ação, investigando a situação atual e, se necessário, alterar-se o planejamento. A última etapa, a avaliação, determina-se se as intervenções de enfermagem alcançaram ou não o resultado esperado e, se necessário, são tomadas decisões quanto as mudanças a serem tomadas para que o resultado seja atingido Alves (2007).

O Conselho Federal de Enfermagem, pela Resolução nº429/ 2012 “*Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios*”, estabelece no artigo 1º que é de responsabilidade e dever dos profissionais da enfermagem registrar, no prontuário do usuário e em outros documentos próprios da área, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência. O artigo 2º estabelece que deve ser registrado no prontuário do usuário um resumo dos dados coletados, os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados e os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas COFEN (2012).

O diagnóstico de enfermagem, parte do processo de enfermagem, pode ser definido como julgamento crítico sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde reais e potenciais. Tem como objetivo nortear as tomadas de decisões e padronizar as terminologias utilizadas pelos enfermeiros nas definições de doenças, intervenções e resultados, além de tornar o processo de enfermagem mais científico, baseado em evidências e promover o pensamento crítico na prática de enfermagem COFEN (2012).

Envolve o raciocínio diagnóstico (conhecimento científico, experiência clínica) por meio do qual há o desenvolvimento da habilidade cognitiva, ou seja, habilidade de raciocinar crítica e cientificamente, sobre os dados coletados, permitindo sua obtenção e interpretação (BARROS et al.2015).

Para comunicar as decisões sobre os diagnósticos de enfermagem do indivíduo, da família ou da comunidade, é importante que se utilize um sistema de linguagem padronizada.

Carvalho (2013, p.135) define a expressão sistema de linguagem padronizada como “estruturas que organizam uma terminologia acordada entre os profissionais da enfermagem para descrever as avaliações, intervenções e resultados pertinentes ao cuidado de enfermagem”.

Atualmente existem sistemas de linguagem específicos da enfermagem, tais como: a Classificação de Diagnósticos da NANDA-International, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o Sistema Omaha, o Sistema de Classificação de Cuidados Clínicos de Sabba, dentre outras. Existem também sistemas de classificação que podem ser compartilhados com outros profissionais da saúde, como é o caso da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) (BARROS et al. 2015).

Segundo Freitas (2014), a sistematização do cuidado na atenção básica deve levar em conta a necessidade de utilização de instrumentos estruturais e padronizados para nortear o enfermeiro a estabelecer prioridades e planejar ações o que garante a continuidade integral do cuidado.

A assistência do enfermeiro ao portador de lesões de pele revela-se essencial e visa promover condições adequadas para a cicatrização dos tecidos. Exige do profissional uma assistência planejada e qualificada, e um conjunto de estratégias que possibilitem o alcance precoce dos objetivos propostos, por meio da sistematização da assistência de enfermagem. Ao utilizar os sistemas de classificação de enfermagem, o enfermeiro poderá oferecer cuidados que correspondam às reais necessidades do indivíduo favorecendo uma assistência integral, além de planejar cuidados que busquem o alcance de metas e resultados. Cavalcante et al.(2010).

3.3 A Atenção básica em saúde e o usuário com lesão de pele

O Ministério da Saúde conceitua Atenção Básica em Saúde como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que consideram o sujeito em sua singularidade, na sua complexidade, na integralidade e na inserção sócio- cultural na busca da promoção, prevenção, recuperação da saúde e redução de danos (BRASIL, 2006).

Para Santos et al. (2014) as lesões de pele constituem um sério problema de saúde pública no Brasil, sendo a atenção básica a porta de entrada deste usuário no serviço de saúde ou a referência para a continuidade do cuidado após sua alta do serviço de maior complexidade.

A assistência a usuários com lesões de pele é um desafio e tem se tornado uma competência intrínseca do enfermeiro e sua equipe na atenção básica (FERREIRA, BOGAMIL e TOMERA, 2008). Embora nos últimos anos a ABS tenha avançado muito no sentido de garantir o acesso do usuário ao serviço de saúde, a assistência de enfermagem ainda carece de ações sistematizadas e embasadas em conhecimento científico (Santos et al., 2014).

Para Cunha (2008) a sistematização da assistência de enfermagem proporciona um diagnóstico de enfermagem mais preciso; maior eficiência no tratamento; menor tempo de permanência no serviço de saúde; redução de custos e continuidade precisa e clara do cuidado.

4 METODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de caráter retrospectivo e descritivo dos registros feitos por profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) no PEC.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido em seis unidades de saúde (US) pertencentes a uma Gerência Distrital (GD) na cidade de Porto Alegre/ RS, que utilizam o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

As US oferecem atendimentos sob forma de: consultas de enfermagem, médicas e odontológicas, procedimentos de enfermagem como: curativos, retirada de pontos, nebulização, antropometria, administração de medicação, hemoglicoteste, vacinação, teste do pezinho, entre outros, além de dispensação de medicamentos e outros serviços.

A GD iniciou a utilização do PEC no ano de 2015 em grande parte das unidades de saúde, sendo que apenas um serviço foi informatizado em 2014. Entre as seis US do estudo, cinco utilizavam o PEC entre 9 e 12 meses e uma entre 12 e 15 meses. Os profissionais de enfermagem destes serviços estão divididos da seguinte forma:

Unidade de Saúde	Número de Enfermeiro	Número Técnico/ aux. enfermagem
A	4	6
B	2	6
C	3	7
D	2	4
E	2	4
F	2	3
Total	15	30

4.3 População e amostra

A população do estudo foram os registros de enfermagem de usuários em atendimento nas referidas unidades de saúde.

A amostra foi composta pelos registros de enfermagem de usuários, realizados no período entre março a abril de 2016, considerando-se os seguintes critérios de inclusão: registros nos prontuários de usuários com lesão de pele realizado em consulta de enfermagem, sala de curativo, acolhimento, retirada de pontos e visita domiciliar, realizado por profissional da enfermagem de uma US vinculado a Prefeitura Municipal de Porto Alegre ou ao Instituto de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), que possui sistema informatizado de PEC no período de realização da pesquisa.

Excluíram-se desta pesquisa as US que possuíam vínculo com outra instituição e as que não possuíam PEC no período da pesquisa.

Os dados foram coletados em um único momento, diretamente dos registros realizados no PEC, pelo enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem durante o atendimento ao usuário com lesão de pele.

Para este fim, foi elaborado um instrumento de coleta de dados preenchido pelo pesquisador que possibilitou a análise dos dados contidos nos registros feitos no prontuário eletrônico (Apêndice A).

O estudo foi realizado nas unidades de saúde que iniciaram com o sistema de prontuário eletrônico no ano de 2014 e 2015, os dados foram coletados dos registros realizados nos meses de março a abril de 2016. Para fins do estudo, foram avaliados os dois primeiros e os dois últimos registros de cada prontuário.

4.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados retrospectivamente pela pesquisadora, por meio do acesso aos prontuários dos usuários das respectivas unidades de saúde. Para este fim foi elaborado um instrumento com base nas etapas do processo de enfermagem, nas possibilidades de registros do PEC e da CIAP-2, denominado: Instrumento de Coleta de Dados para Análise dos Registros de Enfermagem Realizados no PEC Durante o Atendimento ao Usuário com Lesão de Pele na Atenção Básica (Apêndice A). O instrumento é composto por setenta e um itens, assim distribuídos: 1. Identificação, 2. Registros realizados na opção Escuta Inicial, 3. Registros realizados na opção Atender com os subitens: subjetivo e histórico de enfermagem, referência e contra referência, medicamentos e correlatos, objetivo e exame físico, avaliação e plano (Apêndice A).

Inicialmente o formulário foi aplicado em uma US piloto. Não sendo necessário ajustes, foi então digitado em um formulário do Google Drive.

4.5 Análise dos Dados

Os dados coletados foram tabulados em planilhas do Excel Office 2010 e analisados pela estatística descritiva.

4.6 Aspectos Éticos

O estudo está em consonância com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução n.466/2012 – CNS) e faz parte de um projeto de pesquisa maior intitulado “Pesquisas integradas sobre organização do trabalho e integralidade nos serviços: novas tecnologias no cuidado ao usuário com lesão de pele na rede de atenção à saúde no estado do Rio Grande do Sul” aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Secretaria Municipal de

Saúde do município de Porto Alegre (Anexos A e B). Para a liberação de acesso e coleta de dados nos prontuários das US foi apresentado o projeto à Gerente Distrital responsável pelas US avaliadas, onde o Termo de Compromisso para Utilização de Dados do Prontuário em Instituições foi assinado (Anexo C).

5 RESULTADOS

Foram analisados 330 registros referentes a 177 usuários em atendimento com lesão de pele. Destes, 96 usuários tiveram apenas um registro analisado, 45 usuários dois registros (totalizando 90 registros) e 36 usuários quatro registros (totalizando 144 registros). Para os usuários que possuíam mais de quatro registros, foram avaliados os dois primeiros, pois é nessa oportunidade em que estão descritos dados da história do usuário e o motivo do seu atendimento pela enfermagem.

Caracterizando a amostra tem-se 53,8% pacientes do sexo feminino e 46,2% do sexo masculino.

Nas seis US participantes do estudo há um total de 15 enfermeiros e 30 técnicos e auxiliares de enfermagem. Todavia, observou-se que a US que conta com o maior número de profissionais de enfermagem foi a que menos registros realizou (Tabela 1).

Tabela 1 – Número de profissionais e de registros de enfermagem realizados por Unidade de Saúde a usuários com lesão de pele. Porto Alegre, 2016.

Unidade de saúde	Enfermeiro	Técnico/ aux. enfermagem	Total registros avaliados
A	4	6	19
B	2	6	96
C	3	7	27
D	2	4	40
E	2	4	72
F	2	3	76
Total	15	30	330

Fonte: a autora

De acordo com os dados encontrados nos prontuários, 180 registros foram realizados durante a troca de curativo na US, 5 em visita domiciliar, 55 durante retirada de pontos, 47 durante consulta de enfermagem ao usuário com lesão de pele e 43 durante o acolhimento.

Do total de 330 registros realizados, identifica-se que o enfermeiro realizou apenas 59 (17,8%), cabendo aos demais membros da equipe os 271 (82,1%) dos outros registros feitos (Tabela 2).

Tabela 2- Registros realizados por categoria profissional na opção de registro ESCUTA INICIAL e ATENDER a usuários com lesão de pele. Porto Alegre, 2016.

Profissional	Opção ESCUTA INICIAL*	Opção ATENDER**	Total de registros por categoria profissional N(%)
Enfermeiro	10	49	59 (17,8)
Técnico / aux. enfermagem	271	–	271 (82,1)
TOTAL	281	49	330 (100)

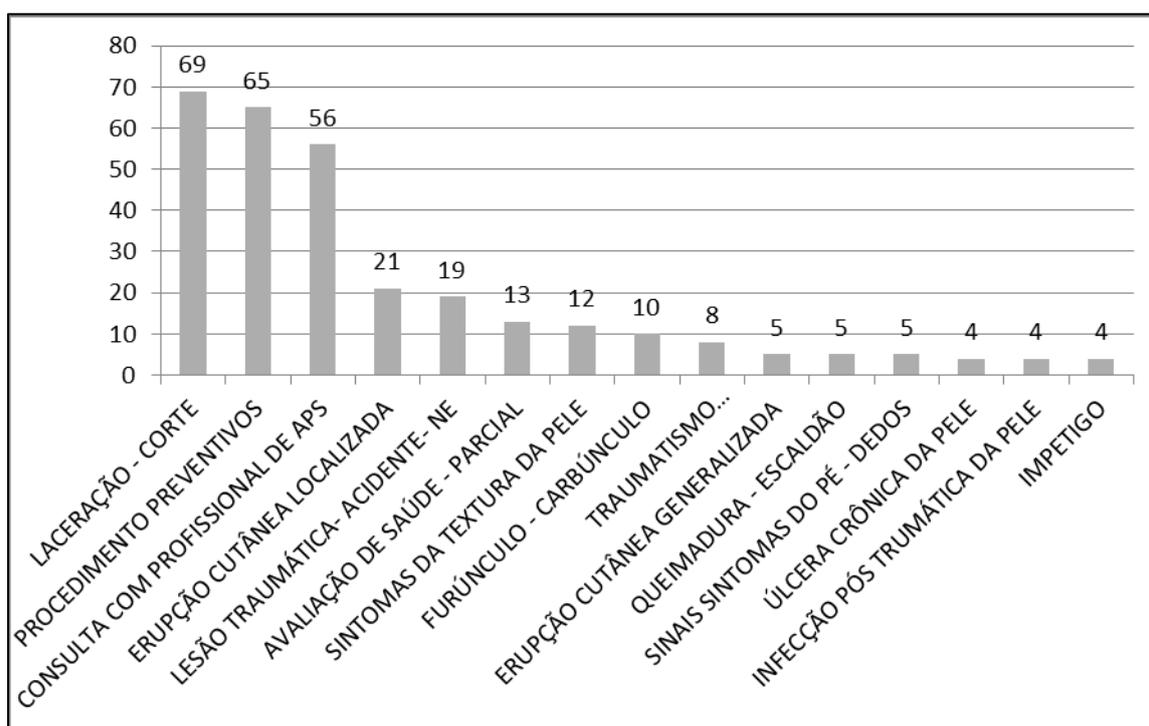
*Opção de atendimento e registro pode ser realizada tanto pelo enfermeiro como pelo técnico ou auxiliar de enfermagem.

** Opção de atendimento e registro que pode ser utilizado somente pelo enfermeiro.

Fonte: a autora

O motivo do atendimento, conforme a nomenclatura CIAP-2, mais frequentemente escolhido pelo profissional de enfermagem foi LACERAÇÃO – CORTE, seguido por OUTROS PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS, CONSULTA COM PROFISSIONAL DE APS e EXAME MÉDICO AVALIAÇÃO DE SAÚDE-PARCIAL utilizados em 70, 65, 56, e 13 registros respectivamente.

Gráfico 1 - Motivo do Atendimento, conforme nomenclatura CIAP-2, escolhido pelo profissional de enfermagem para registro do atendimento de usuários com lesão de pele. Porto Alegre, 2016.



Fonte: a autora

A Tabela 3 aponta os resultados dos registros de enfermagem realizados na opção ESCUTA INICIAL, no atendimento ao usuário com lesão e pele. O resultado mostra o número elevado de registros que não contemplam informações mínimas referentes ao estado geral do usuário (98,94%). Apesar disso a maioria (64%) dos registros descreviam o local da lesão.

Tabela 3 - Registros realizados por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem na opção ESCUTA INICIAL, para usuários com lesão de pele (n=281). Porto Alegre, 2016.

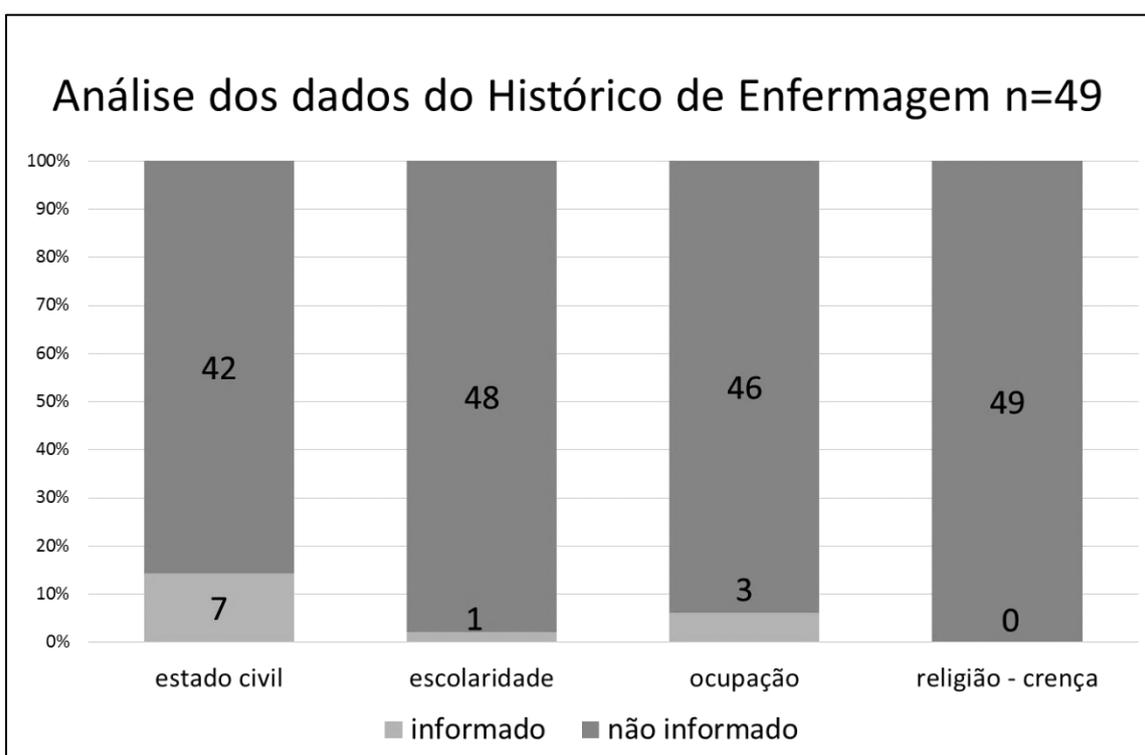
Variáveis referentes aos registros de enfermagem	Informado (n)	%	Não Informado	%
Localização da lesão	179	64	102	36
Procedimento realizado e conduta	108	38	173	62
Tipo de lesão	104	37	177	63
Orientações para usuário ou familiar	47	17	234	83
Aspecto da lesão	41	14,5	240	85,5
Estado geral do usuário	3	1,06	278	98,94

Fonte: a autora

Os resultados que seguem se referem aos registros realizados por enfermeiros (n=49) na opção ATENDER.

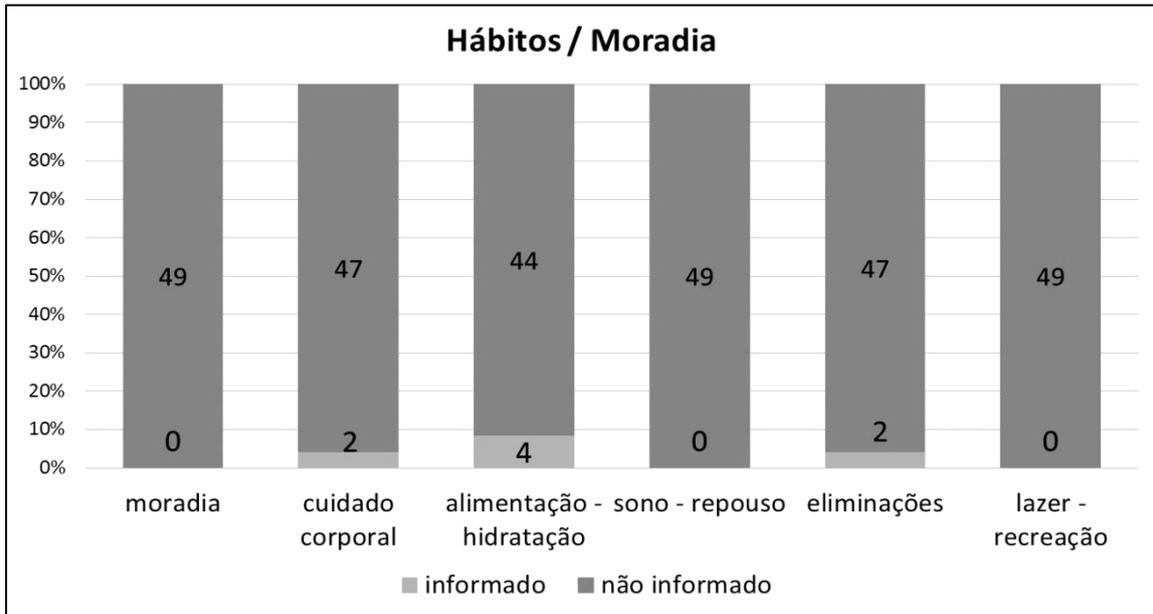
Os dados descritos nos Gráficos 2 e 3 apontam que, a grande maioria dos registros, realizados por enfermeiros, não informam o estado civil, escolaridade, ocupação e religião ou crença dos usuários atendidos.

Gráfico 2- Registros realizados por enfermeiros na opção ATENDER, relacionados à identificação do usuário com lesão de pele. Porto Alegre, 2016.



Fonte: a autora

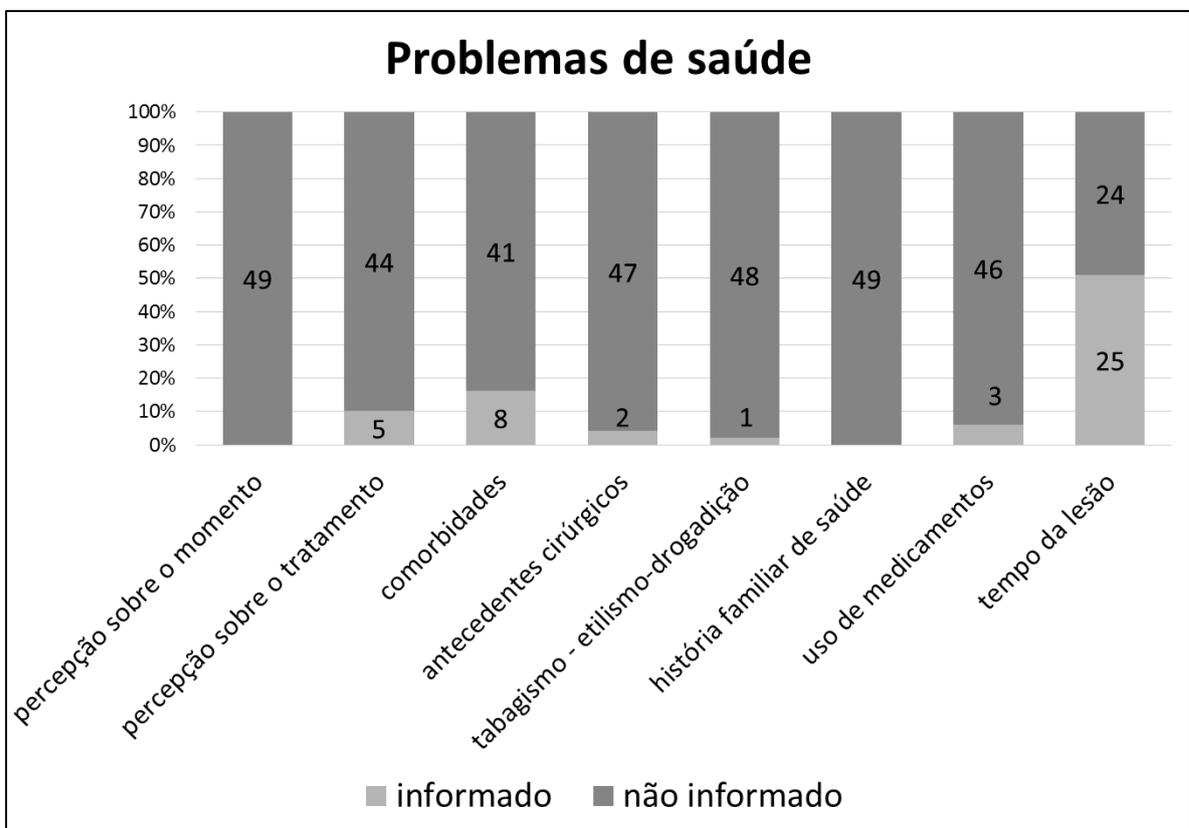
Gráfico 3- Registros realizados por enfermeiros na opção ATENDER, relacionados aos hábitos e condições de moradia do usuário com lesão de pele. Porto Alegre, 2016.



Fonte: a autora

Os dados do Gráfico 4 mostram que 50% dos registros referiram o tempo da lesão, aproximadamente 20% citaram comorbidades e 10% a percepção do usuário sobre o tratamento atual da lesão.

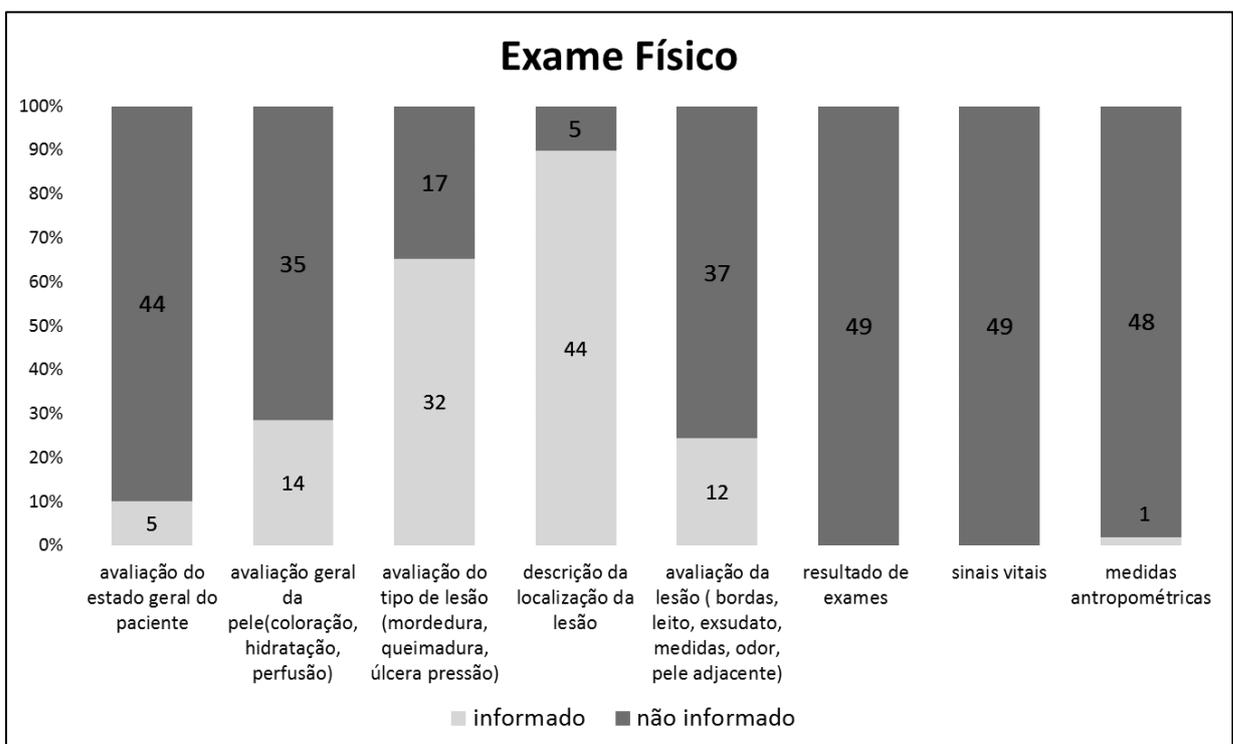
Gráfico 4 - Registros realizados por enfermeiros na opção ATENDER, relacionados a problemas de saúde do usuário com lesão de pele. Porto Alegre, 2016.



Fonte: a autora

O Gráfico 5, aponta dados referentes ao exame físico do usuário com lesão de pele, onde 44 registros descrevem a localização da lesão, 14 avaliam o estado geral da pele, 32 citam o tipo de lesão e 12 avaliam a lesão. Os itens resultados de exames e sinais vitais não foram registrados, medidas antropométricas foram descritas em apenas um registro e a avaliação geral do usuário foi descrita em cinco registros.

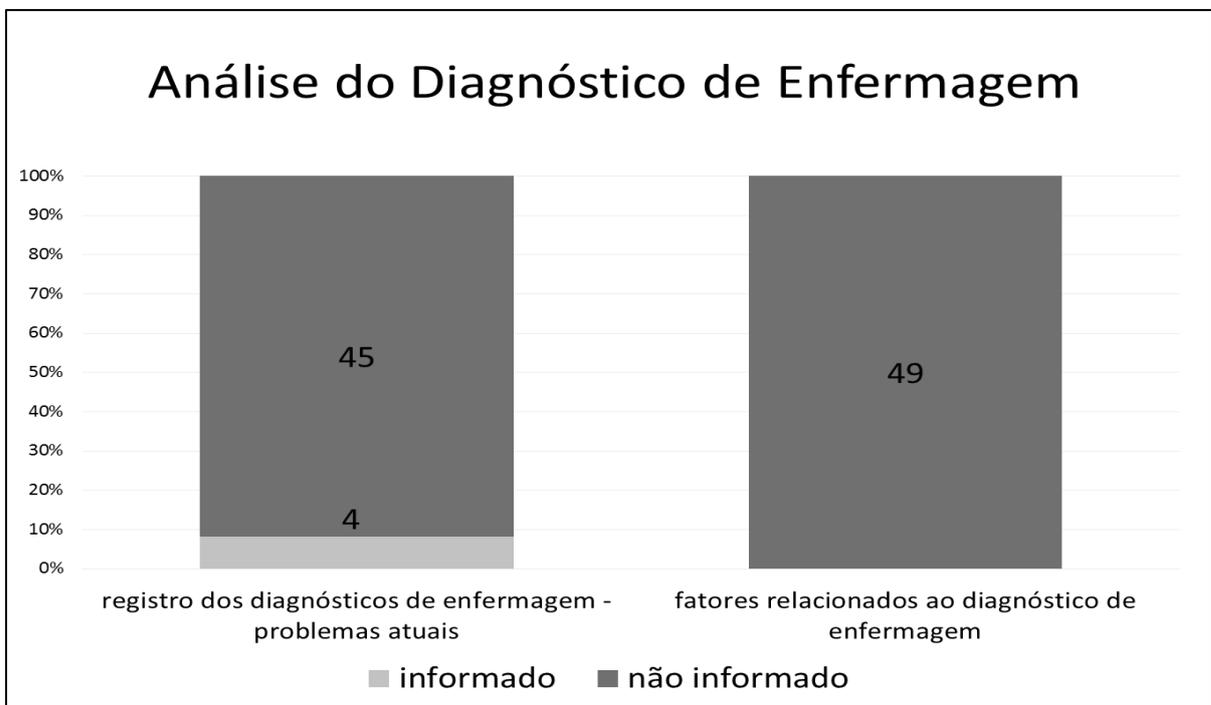
Gráfico 5- Análise dos registros realizados por enfermeiros na opção ATENDER, relacionados ao Exame Físico. Porto Alegre, 2016.



Fonte: a autora

O Gráfico 6 aponta os registros relacionados ao Diagnóstico de Enfermagem e aos seus Fatores Relacionados. Dentre os 49 registros realizados por enfermeiros, apenas quatro descreviam o diagnóstico de enfermagem relacionado à lesão de pele sendo que nenhum determinava os fatores relacionados.

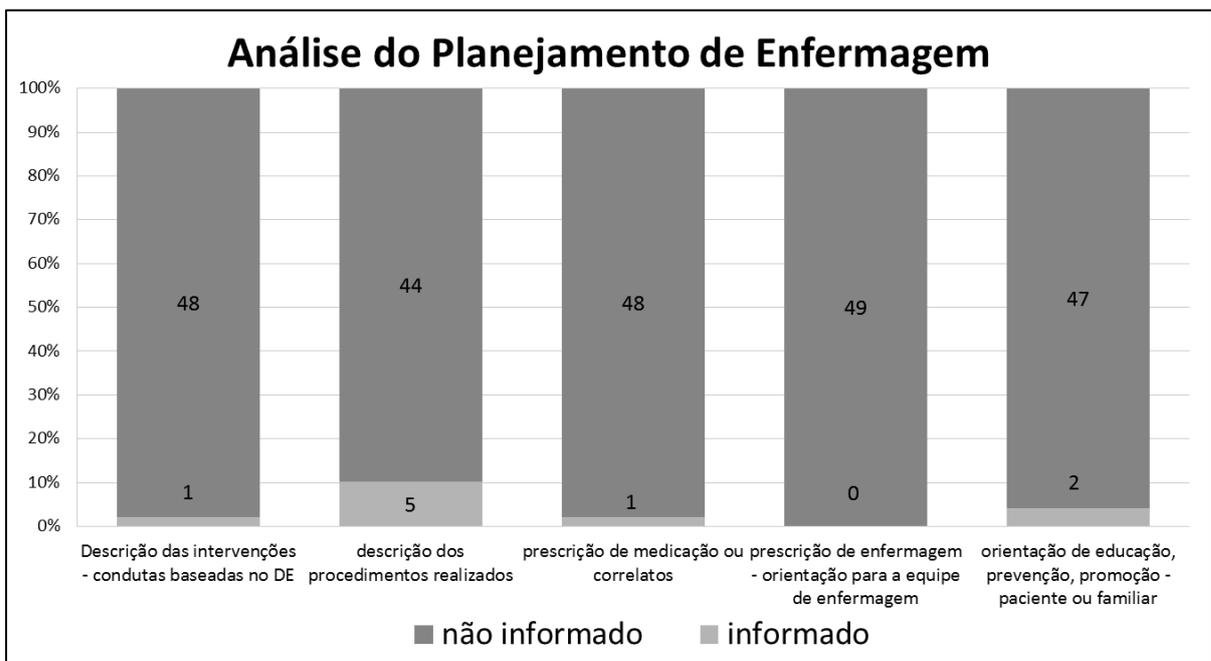
Gráfico 6- Registros realizados por enfermeiros na opção ATENDER relacionados ao Diagnóstico de Enfermagem do usuário com lesão de pele. Porto Alegre, 2016.



Fonte: a autora

O Gráfico 7 apresenta dados dos registros realizados por enfermeiros referentes ao Planejamento da Assistência de Enfermagem. Do total de 49, em cinco constam a descrição do procedimento, em dois as informações referentes às orientações de educação, prevenção, promoção, em um a descrição da conduta com base no DE e prescrição de medicamentos ou correlatos e em nenhum registro foi encontrada a prescrição ou orientações referentes ao cuidado para a equipe de enfermagem.

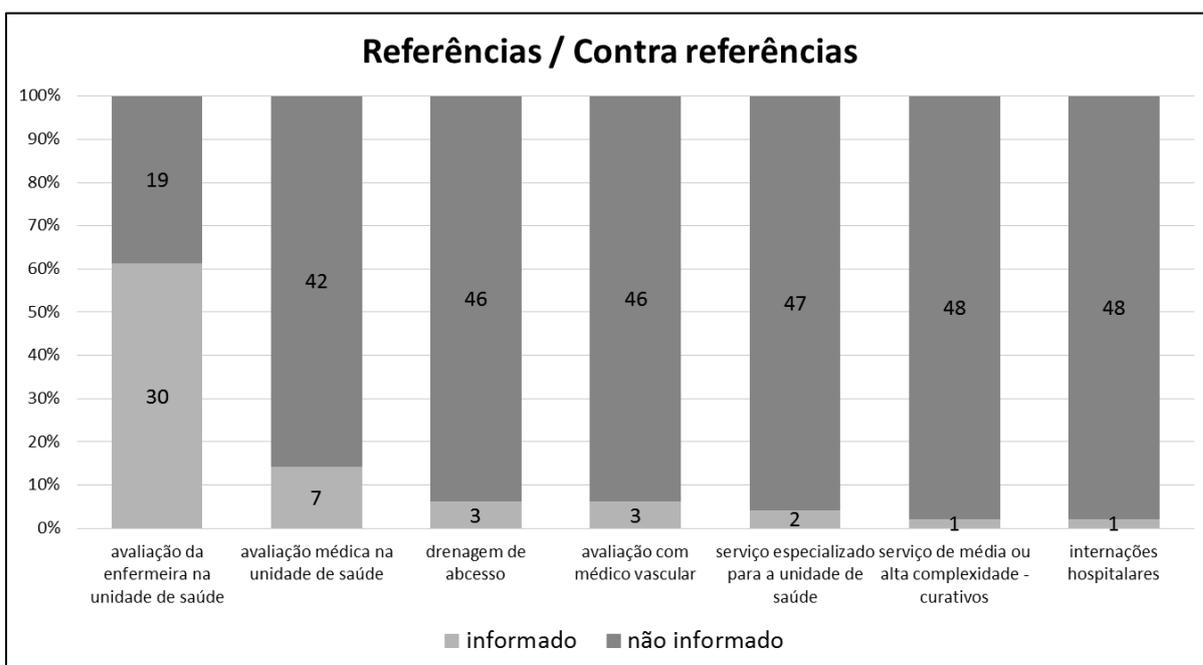
Gráfico 7- Registros realizados por enfermeiros na opção ATENDER relacionados ao Planejamento da Assistência de Enfermagem do usuário com lesão de pele. Porto Alegre, 2016.



Fonte: a autora

O Gráfico 8 aponta os registros realizados por enfermeiros relacionados à referência e contra referência, do total de 49 em 30 constam informações referentes ao encaminhamento para avaliação do enfermeiro na unidade de saúde, em sete para avaliação médica na unidade, encaminhamentos para avaliação em serviço de com médico vascular, em serviços de curativos especializados, serviços que realizam drenagem de abcesso e internação hospitalar também foram relatados.

Gráfico 8- Registros realizados por enfermeiros na opção ATENDER relacionados à Referência e Contra referência do usuário com lesão de pele (n=49). Porto Alegre, 2016.



Fonte: a autora

6 Discussão

Os registros de enfermagem completos são considerados um dos principais indicadores de qualidade da assistência (BARBOSA et al. 2011). Embora o processo de enfermagem, no Brasil, tenha sido introduzido por Horta, na década de setenta, e de se constituir em um instrumento para respaldo ético e legal, observa-se que muitos profissionais possuem pouco conhecimento acerca do que ele representa na sua totalidade.

Apesar de saber da importância da aplicação do processo de enfermagem, o enfermeiro mostra-se resistente em aplicar como método científico de trabalho, alegando, muitas vezes, falta de pessoal na equipe de enfermagem, sobrecarga de trabalho, pouco apoio institucional e pouca aplicabilidade do mesmo na prática (SOUZA; VASCONCELOS; PARRA, 2015).

Os resultados desta pesquisa de certa forma, corroboram estas ideias, pois apenas 59 registros (17,8%) identificados por enfermeiros, sendo 10 deles foram registrados na opção ESCUTA INICIAL, onde as opções para registros são simplificadas, e incompletos quando consideradas as etapas do PE.

Todavia, a pesquisa também aponta que a grande maioria dos registros foram realizados por outro membro da equipe de enfermagem (82,1%), durante o atendimento ao usuário com lesão de pele.

Assim, é preciso refletir sobre os motivos que levam a esses resultados, que demonstram que, além de não registrar adequadamente, o enfermeiro parece delegar e, até mesmo, relegar para segundo plano as atividades relacionadas ao PE que são de sua competência profissional (COFEN, 2009 e 2012; SOUZA; VASCONCELOS; PARRA, 2015).

O prontuário eletrônico do cidadão mostra - se uma ferramenta importante e facilitadora para a realização dos registros de enfermagem e a CIAP-2 possibilita a classificação dos problemas diagnosticados, como também os motivos da consulta e as intervenções acordadas seguindo a sistematização SOAP (subjetivo, objetivo,

avaliação e plano), o que auxilia no planejamento das ações e que, em muito, atendem as etapas do PE.

Apesar disto, os resultados da pesquisa apontam a falta de informações relacionadas ao histórico do usuário (anamnese, exame físico geral e avaliação da pele e da lesão), que é elementar para a identificação dos problemas, das necessidades básicas afetadas, além do grau de dependência do usuário, para direcionar as demais etapas do cuidado de enfermagem, e conseqüentemente o registro das mesmas pelo PE. Os registros focam a doença ou, simplesmente, o que motivou o atendimento, deixando de lado a avaliação detalhada do caso do usuário.

Constata-se também que os motivos do atendimento conforme a CIAP-2 escolhidos pelo profissional da enfermagem foram: Consulta com profissional da APS; Outros procedimentos preventivos; Exame médico para avaliação de saúde – parcial, que são opções que não especificam adequadamente o real motivo do atendimento, o que leva à dificuldade à assistência de qualidade e não contribui para a continuidade da mesma.

Avaliando os registros feitos na opção ESCUTA INICIAL (281), sendo que destes 10 foram realizados por enfermeiros, observa-se que um número expressivo de registros não citam informações mínimas da anamnese e exame físico do usuário necessária para a elaboração do PE. Quanto à descrição do procedimento realizado, 177 não descrevem o que foi feito e em 234 não constam as orientações dadas ao usuário e/ou familiar pelo profissional, o que aponta a precária qualidade dos registros realizados pela equipe de enfermagem. Com base no que é encontrado nos registros não é possível avaliar o usuário como um todo, tampouco a lesão de pele, o que dificulta a continuidade do cuidado.

O fato se repete ao avaliarmos os registros realizados na opção ATENDER (49), exclusiva do profissional nível superior onde: 44 dos registros não avaliam o estado geral do paciente, 35 não avaliam o estado geral da pele; 17 não citam o tipo de lesão; 5 não descrevem a localização da lesão; 37 não avaliam a lesão; 49 não citam resultado de exames laboratoriais e sinais vitais e 48 não referem medidas antropométricas.

A habilidade de raciocínio e julgamento clínico da enfermeira permite a identificação de problemas de saúde dos usuários (Santos; Marques, 2015), sendo a adoção de uma linguagem própria norteadora para a elaboração de um plano de assistência mais adequado com metas e resultados passíveis de serem atingidos. O DE é a fase que fornece uma fonte de conhecimentos científicos para a profissão, tornando-se fundamental para o planejamento da assistência ao paciente (Martins, 2014).

Segundo Souza; Vasconcelos; Parra (2015) o DE é o foco central da ciência de enfermagem, aproxima o enfermeiro do usuário direcionando a assistência de enfermagem para as necessidades específicas do usuário facilitando a escolha das intervenções mais adequadas. Salienta-se que os diagnósticos de enfermagem são diferentes dos diagnósticos médicos, pois está voltado para a prática do cuidado de enfermagem. Dos 49 registros realizados por enfermeiros na opção ATENDER, a qual contempla SOAP, o diagnóstico de enfermagem foi encontrado em apenas quatro registros, sendo que não havia fatores a ele relacionados.

A literatura aponta que a não realização desta etapa do PE está relacionada ao desconhecimento de uma metodologia e de referências literárias para a elaboração do DE (SOUZA; VASCONCELOS; PARRA, 2015).

Para Martins (2014) a atualização de uma linguagem padronizada aumenta a confiabilidade no profissional, o DE promove a qualidade do tratamento oferecido ao usuário, promovendo segurança durante a execução de suas atividades.

Sabe-se que o planejamento de enfermagem, etapa que envolve diferentes atores como o usuário, a família, os procedimentos necessários para a promoção, prevenção e reabilitação, a equipe de enfermagem e a equipe de saúde é baseado no diagnóstico de enfermagem, na definição de metas e resultados esperados e na prescrição das ações de enfermagem (COREN-SP, 2015), o que corrobora a importância da realização de todas as etapas do processo de enfermagem para uma assistência qualificada.

O estudo mostra que em apenas um dos 49 registros houve descrição da intervenção e conduta baseada no DE, em cinco foram descritos os procedimentos realizados, em dois foram registradas as orientações dadas ao usuário e/ou familiar

e não consta prescrição de enfermagem ou orientação sobre o cuidado nos registros avaliados.

Para Luna; Valadares:

“As ausências de registros efetivos realizados pelos enfermeiros deixam a falsa ideia de que os cuidados não foram desenvolvidos junto ao usuário. Com isso, o enfermeiro perde o respaldo no que tange a sua atuação, pois mesmo que tenha examinado, diagnosticado, planejado, implementado e avaliado, pouco ou nada aparece. O registro, além de muitas outras possibilidades, garante a visibilidade tão importante no contexto da enfermagem” (2009,p.14).

Os registros de enfermagem são importantes e imprescindíveis para a avaliação da quantidade e qualidade do cuidado de enfermagem (OCHOA-VITO et al., 2001) , assim, o PE se faz necessário para garantir a assistência com qualidade ao usuário com lesão de pele, além de promover o aperfeiçoamento profissional do enfermeiro e sua equipe.

7 Conclusão

O estudo possibilitou identificar e analisar a qualidade dos registros de enfermagem dos prontuários dos usuários com lesão de pele das US que utilizam PEC. Identificou-se que o registro é uma atividade que requer clareza e conhecimento quanto ao conteúdo, a fim de garantir a compreensão do caso de cada usuário, todavia, ainda é necessário qualificá-lo. A qualidade dos registros de enfermagem é de suma importância na continuidade do cuidado e diz respeito a uma série de atributos determinados por órgãos reguladores da profissão, por normas institucionais e pela responsabilidade profissional.

Todavia, identificou-se que a qualidade dos registros de enfermagem no atendimento ao usuário com lesão de pele na atenção básica é precária, com informações realizadas de maneira inadequadas e/ ou incompletas, o que dificulta o entendimento e a continuidade do cuidado desses usuários.

Acredita-se o que o estudo poderá fazer emergir maior interesse pelo assunto e conseqüentemente alertar os profissionais de enfermagem, em especial o enfermeiro, para a necessidade de registros claros sobre o usuário em atendimento, de modo a qualificar a assistência e a realizar o que lhe é de competência. Percebe-se que a realidade vivida na atenção básica ainda está longe da idealizada, pois possivelmente ainda são priorizadas outras atividades que, muitas vezes, não dizem respeito à prática profissional do enfermeiro, em detrimento do que realmente é de nossa competência e responsabilidade que é o PE.

Pensa-se que os resultados dessa pesquisa demonstram a ponta de um iceberg, que proporcionam uma série de reflexões a respeito do nosso processo de trabalho e fornecem subsídios, para que repensemos nossas práticas e a qualidade do que estamos ofertando ao usuário com lesão de pele.

Percebe-se que a equipe de enfermagem deve ser motivada e habilitada a desenvolver o PE em todas as suas etapas e que os espaços de discussão devem ser oportunizados. Procedimentos simples, como se habituar ao registro diário nos prontuários, orientar a equipe para que tenha uma visão individualizada e holística

do usuário podem fazer com que a quantidade do trabalho feito e, principalmente, a qualidade do mesmo possa ter maior visibilidade. Somente assim, os enfermeiros e sua equipe ocuparão e demonstrarão a sua importância enquanto membro de uma equipe de saúde multidisciplinar.

8 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F.L.T. **A essência do Processo de Enfermagem**. Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem. Universidade Fernando Pessoa, Ciências da Saúde. Porto, 2001.

ALVES, A.R. **O significado do Processo de Enfermagem para enfermeiros: uma abordagem interacionista**. 2007. 94f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde) – Ciência da Saúde, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

BARBOSA, S.F. et al. Qualidade dos registros de enfermagem: análise dos prontuários de usuários do Programa de Assistência Domiciliária de um hospital universitário. **O MUNDO DA SAÚDE**, São Paulo: v.35, n.4, p. 395-400, 2011.

BARRA, D.C.C.; SASSO, G.T.M.D. Processo de Enfermagem conforme a Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 440- 7, abr./jun. 2012.

BARROS, A.L.B.L. et al. Processo de Enfermagem Guia para a Prática. **Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN SP**, 113 p., out.2015.

BITTENCOURT, G.K.G.D.; CROSSETI, M.G.O. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP*, v.47,n. 2, p. 341-7, 2013.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF) - Seção 1 – de 20 de setembro de 1990, Página 18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde Proposta Versão 2.0. Brasil (DF), 2004.**

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. **Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF), 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

CARVALHO, E.M.; CRUZ, D.A.L.M.; HERDMAN, T.H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66 (esp), p.134-41, 2013.

CAVALCANTE, A.M.R.Z. et al. Diagnóstico de enfermagem: integralidade tissular prejudicada identificando em idosos na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** Goiânia, 2010, citado em abril 2016. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a19.htm

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, **Resolução nº 358/2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF) de 23 de outubro de 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, **Resolução nº 429/2012.** 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. Diário Oficial da União nº 110, Brasília (DF)- Seção 1- de 8 de junho de 2012, pág. 288 .

CORONA, M.B.E.F. **O significado do “Ensino do Processo de Enfermagem para o Docente”**. 2004. 190f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2004.

CROSSETI, M. G. O; BITTENCOURT, G.K.G.D. ; SCHAURICH, D.; TANCCINI, T.; Estratégias de ensino das habilidades do pensamento crítico em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.30, n.4, p. 732-41, dez. 2009.

CUNHA, N.A. **Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas**. 2006. 33f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Fundação de Ensino Superior de Olinda – FUNESCO, União de Escolas Superiores da Funesco- UNESF, Centro de Ciências da Saúde – CCS, Olinda, 2006.

DALLÉ, J; LUCENA, A.F. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes hospitalizados durante sessões de hemodiálise. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 25, n.4, p.504-510, 2012.

FERREIRA, I.M.A., BOGAMIL, D.D.D.; TORMERA, P.C. O Enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. **Arq. Ciência Saúde** 2008 jul/ set; 15(3): 105-9.

FOSCHIERA, F.; VIEIRA, C.S. O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.6, n.2, 2004. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>.

FREITAS, G.M.; SANTOS, N.S.S. Atuação do enfermeiro da atenção básica de saúde: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Enfermagem Centro Oeste Mineiro**, v.4, n.2, p.1194-1203, maio/ago., 2014.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v.13, n.1, p. 188 – 193, jan./mar., 2009.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU-EDUSP, 1979.

KLETEMBERG, D.F; SIQUEIRA, M.D; MANTOVANI, M.F. Uma história do processo de enfermagem nas publicações da Revista Brasileira de Enfermagem no período 1960-1986. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.10, n.3, jul./set., 2006.

KRAUZER, I.M. et al. Sistematização da assistência de enfermagem na atenção básica: o que dizem os enfermeiros ? **Ciência enfermagem**. vol. 21 n.2 , ago.,2015, citado em março 2016.

LUCENA, A.F. et al. Perfil clínico e diagnóstico de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.19, n.3, maio – jun., 2011.

LUCENA, A.F. **Mapeamento dos diagnósticos e intervenções de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva**. 2006. 193f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

LUNA, A.; VALADARES, G.V. A aplicabilidade do diagnóstico de enfermagem no setor de clínica médica: a vivência no hospital universitário. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental**, v.5, n.1 2009.

MARTINS, S. A. G. A importância do diagnóstico de enfermagem para o acadêmico. Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado – Enfermagem, Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Valparaíso, Goiás, 2014.

MAZIERO, V.G. et al. Qualidade dos registros dos controles de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Mineira de Enfermagem – REME**, v. 17, n.1, 2012, Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/587#>

OCHOA- VITO, K. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v.35, n.4, p. 390-8, 2001.

POLIT, D.F; BECK, C.; HUNGLER, B.P. Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem, métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre, ARTMED, 5ª edição, 2004.

PREFEITURA DE PORTO ALEGRE (BR). **Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre**. Quadriênio 2014/ 2017. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms>.

SANTOS, J.R.S. Metodologia e instrumentos para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção básica. **Revista Enfermagem UNISA**, v.11, n.1, pag. 43-7, 2010.

SANTOS, K.L.; MARQUES, D. Diagnóstico de Enfermagem na Atenção Básica: contributos da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v. 15, n. 2, p.108-13, dez. 2015.

S.B.M.F.C. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2) Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Florianópolis, Santa Catarina, 2.ed., 2009.

SILVA, A.F; NÉBREGA, M.M.L; MACEDO, W.C.M. Diagnósticos/resultados de enfermagem para parturientes e puérperas utilizando a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**.abr./jun,2012; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.11211>.

SOUZA, A.C.C et al. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n.6, nov./dec. 2006.

SOUZA, V.P.; VASCONCELLOS, C; PARRA, A.V. Processo de Enfermagem: dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros de um hospital público de grande porte

na Amazônia, Brasil. **Brazilian Journal of Suegery and Clinical Research – BJSCR**, v.10, n. 1, p, 05-20, mar./ mai.2015.

VIEIRA SANTOS, I.C.R. et al. Caracterização do atendimento de pacientes com feridas na atenção primária. **Revista Mineira de Enfermagem - REME**, v.15, n.4, p.613-20, jul./ ago., 2014.

9 APÊNDICE

9.1 Apêndice A- Instrumento de coleta de dados para análise dos registros de enfermagem no PEC durante o atendimento ao usuário com lesão de pele na atenção básica

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA ANÁLISE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM REALIZADOS NO PEC DURANTE O ATENDIMENTO AO USUÁRIO COM LESÃO DE PELE NA ATENÇÃO BÁSICA

1. IDENTIFICAÇÃO

Unidade de saúde

A B C D E F

TEMPO DE UTILIZAÇÃO DO ESUS : _____

PROFISSIONAL QUE REALIZOU O REGISTRO:

Enfermeiro (a) técnico de enfermagem auxiliar de enfermagem

REGISTRO REALIZADO EM QUE SITUAÇÃO

consulta de enfermagem curativo retirada de pontos troca de bolsa de estomia visita domiciliar acolhimento

QUAL OPÇÃO ESCOLHIDA PARA REGISTRO DAS INFORMAÇÕES:

registro realizado na opção ESCUTA INICIAL

registro realizado na opção ATENDER

2. PARA REGISTROS REALIZADOS NA OPÇÃO ESCUTA INICIAL

MOTIVO DA CONSULTA /

CIAP: _____

MOTIVO DA CONSULTA / DESCRIÇÃO: – avaliar se os registros contemplam as seguintes informações

descrição do estado geral do usuário () não () sim

descrição do tipo de lesão () não () sim

descrição do aspecto da lesão () não () sim

descrição da localização da lesão () não () sim

descrição do procedimento realizado e conduta () não () sim

registro das orientações ao paciente, cuidador ou familiar () não () sim

PROCEDIMENTOS /CIAP: _____

3. PARA REGISTROS REALIZADOS NA OPÇÃO ATENDER

3.1 SUBJETIVO - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM – avaliar se os registros contemplam as seguintes informações do usuário

Informações gerais sobre o usuário e seu histórico de saúde

sexo () feminino () masculino

estado civil: _____

escolaridade: _____

ocupação: _____

religião / crença: _____

moradia: _____

história da lesão atual () sim () não

tempo de lesão () sim () não consta

comorbidades () sim () não consta

antecedentes cirúrgicos () sim () não consta

diagnóstico médico (relacionado a lesão atual) : () sim Qual _____() não consta

comorbidades : ()sim () não

cirurgias prévias () sim () não

tabagismo – etilismo – uso de drogas : ()sim () não consta

história familiar : () sim () não consta

percepções sobre o momento atual () sim () não

percepções sobre o tratamento () sim () não

informações sobre autocuidado () sim () não

alimentação / hidratação () sim () não

sono / repouso () sim () não

cuidado corporal: () sim () não

eliminações : ()sim () não

lazer / recreação () sim () não

3.2 Referência e contra referência (relacionado a lesão de pele)

registro de encaminhamento / avaliação para a enfermeira da unidade

() sim () não

registro de encaminhamento / avaliação para o médico da unidade () sim () não

registros de encaminhamentos para serviços de média e alta complexidade no setor de curativos especializados () sim () não

registro de contra referência de serviço especializado de média ou alta complexidade para a unidade de saúde () sim () não

registros de internações hospitalares devido a lesão de pele () sim () não

registros de encaminhamentos para serviços de pronto atendimento ou emergência hospitalar () sim () não

registro de encaminhamento para serviço especializado para sutura

() sim () não

registro de encaminhamento para serviço especializado em vacinação antirábica

() sim () não

registro de encaminhamento para serviço especializado para drenagem de abscesso

() sim () não

registro de encaminhamento para serviço especializado para avaliação com médico vascular () sim () não

registro de informações referentes a hospitalização () sim () não

registro de encaminhamento para serviço de atendimento domiciliar (PAD, Melhor em Casa, outro) () sim () não

registro de encaminhamento para serviço social (CRAS, CREAS , outros)

() sim () não

registro de encaminhamento para saúde mental (CAPS, emergência, consultoria)

() sim () não

3.3 Informações referentes ao uso de medicamentos e correlatos

Antibiótico () sim () não

Analgésicos () sim () não

Anti-inflamatórios () sim () não

Corticoides () sim () não

Correlatos () sim () não

3.4 OBJETIVO/ EXAME FÍSICO – avaliar se os registros contemplam as seguintes informações do usuário

avaliação do estado geral do usuário () sim () não

avaliação geral da pele (coloração, hidratação, perfusão) () sim () não

tipo de lesão () sim (úlceras, pé diabético, mordedura, queimadura) () não

localização da lesão () sim () não

avaliação da lesão (leito da lesão, bordas, exsudato, medidas, odor, pele adjacente)

sim não

resultado de exames sim não

medidas antropométricas sim não

sinais vitais sim não

3.5 AVALIAÇÃO – avaliar se os registros contemplam as seguintes informações

registro dos diagnósticos de enfermagem / problemas atuais encontrados

sim não

fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem / problemas sim não

3.6 PLANO - avaliar se os registros contemplam as seguintes informações

descrição das intervenções (condutas) baseadas no diagnóstico / problemas encontrados sim não

descrição do procedimento realizado sim não

registro de prescrição de medicamentos ou correlatos sim não

orientação para equipe de enfermagem (prescrição de enfermagem)

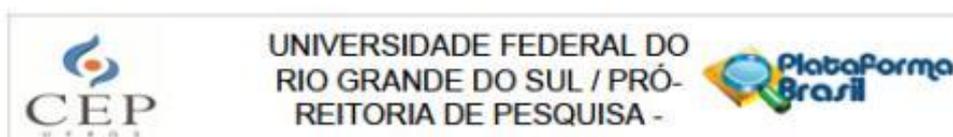
sim não

orientação de educação, prevenção , promoção sim não

registro de encaminhamentos realizados sim não

10 ANEXOS

10.1 Anexo A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP / UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL / PRÓ – REITORIA DE PESQUISA.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PESQUISAS INTEGRADAS SOBRE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E INTEGRALIDADE NOS SERVIÇOS: NOVAS TECNOLOGIAS NO CUIDADO AO USUÁRIO COM LESÃO DE PELE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Pesquisador: Erica Rosalba Mallmann Duarte

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 56382316.2.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

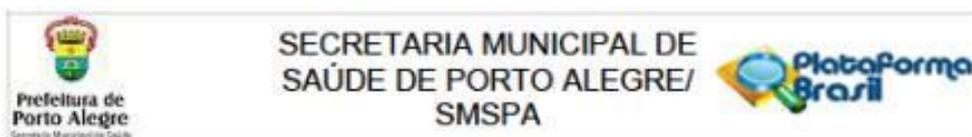
Número do Parecer: 1.673.204

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa sob coordenação geral da Prof^a Érica Rosalba Mallmann Duarte dividido em cinco diferentes temáticas com seus respectivos coordenadores e que tem por questão norteadora "Como se dá a gestão do processo de trabalho e do cuidado dos usuários com lesão de pele na rede de atenção à saúde no estado do Rio Grande do Sul?". O estudo está delineado como qualitativo e quantitativo, descritivo. O campo de pesquisa será composto de secretarias municipais, unidades assistenciais de saúde da rede de atenção à saúde que atendem usuários com lesão de pele nas unidades e/ou no domicílio, no estado do Rio Grande do Sul (Porto Alegre, Tapes, Gramado, Vale Real, Montenegro, Viamão e São José do Sul). A escolha do cenário de pesquisa se dará por conveniência, considerando-se a proximidade dos pesquisadores envolvidos no projeto e interesse dos municípios conveniados. O estudo envolve entrevistas, grupos focais, aplicação de questionários e utilização de dados secundários de prontuários e de relatórios gerenciais. Estima-se o envolvimento de 640 participantes no estudo. Nas etapas qualitativas, há a previsão de coleta com o critério de saturação de informações/dados. Os resultados esperados deverão compor inovações que ampliem o conhecimento na promoção, prevenção e os tratamentos de lesões realizados pelos profissionais e gestores das organizações

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farrroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br

10.2 Anexo B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP / SECRETARIA DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/ SMSPA.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PESQUISAS INTEGRADAS SOBRE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E INTEGRALIDADE NOS SERVIÇOS: NOVAS TENOLOGIAS NO CUIDADO AO USUÁRIO COM LESÃO DE PELE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Pesquisador: Erica Rosalba Mallmann Duarte

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56382316.2.3001.5338

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.737.204

Apresentação do Projeto:

As lesões de pele produzem significativo impacto na qualidade de vida das pessoas que são atingidas por elas e principalmente aquelas com doenças crônicas, ressaltando a necessidade de se valorizar essas situações como um problema de saúde pública. Essa realidade está determinada tanto pela quantidade de pessoas que desenvolvem feridas, como pela dificuldade em assegurar que o cuidado com as mesmas seja efetuado de maneira adequada para uma boa evolução no resultado final (MALAGUTTI, 2015). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil vem sendo desenvolvida no sentido de fortalecer a descentralização e produção de informações de saúde compartilhadas, tendo como ponto de convergência ou de coordenação as unidades de saúde da família (BRASIL, 2012), que são os núcleos mais próximos dos usuários/população/comunidade e devem ser o contato preferencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Dentre tantos aspectos, destaca-se a demanda por cuidados à pessoa com lesão de pele, problema que tem sido motivo de discussão em diferentes esferas das práticas de saúde, especialmente no âmbito da gestão em saúde, uma vez que este tipo de lesão apresenta morbidade significativa, possui caráter recidivante, contribui para a redução da qualidade de vida e eleva os gastos públicos com a saúde (GEOVANINI, 2014). Assim sendo, o projeto de pesquisa

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com

10.3 ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DO PRONTUÁRIO

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DO PRONTUÁRIO EM INSTITUIÇÕES

Projeto : AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO PACIENTE COM LESÃO DE PELE NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: UTILIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO	Cadastro CAAE 56382316.2.0000.5347
--	---------------------------------------

Pedimos a permissão de utilizar dados de prontuário para a pesquisa "CUIDADO AO USUÁRIO COM LESÃO DE PELE NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA: PESQUISAS INTEGRADAS SOBRE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E INTEGRALIDADE NOS SERVIÇOS", coordenada pela Profa. Dra. Erica Rosalba Mallmann Duarte, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que tem por objetivo geral identificar e analisar os cuidados e a gestão do processo de trabalho realizado a usuário com lesão de pele na rede de atenção básica no Rio Grande do Sul.

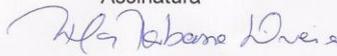
Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos usuários/pacientes cujos dados serão coletados nos prontuários e bases de dados da sua unidade de saúde /unidade ambulatorial/domicílio. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 05 de julho de 2016

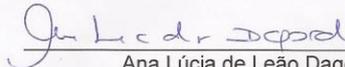
Nome dos Pesquisadores

Rosângela Rabassa Silveira

Assinatura



Ciente



Ana Lúcia de Leão Dagord
Gerente Distrital - NHNI